



Title	薬剤師によるリスクマネジメント事業：くすりに起因するインシデント事例の収集、原因分析及び改善策の検討
Author(s)	中村, 祥子; 小川, 祐司; 野中, 雅世子 他
Citation	大阪公衆衛生. 2007, 78, p. 21-23
Version Type	VoR
URL	https://hdl.handle.net/11094/83460
rights	
Note	

The University of Osaka Institutional Knowledge Archive : OUKA

<https://ir.library.osaka-u.ac.jp/>

The University of Osaka

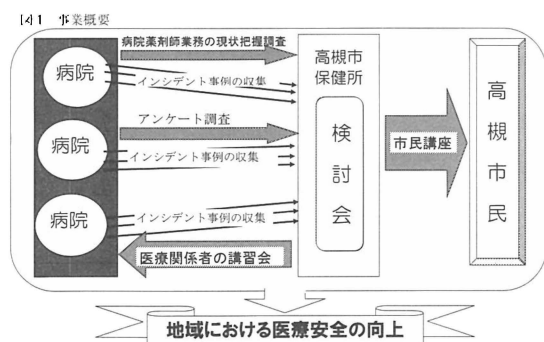
調査研究

ー薬剤師によるリスクマネジメント事業ーくすりに起因する インシデント事例の収集、原因分析及び改善策の検討

高槻市保健所 中村 祥子、小川 祐司、野中 雅世子、土生川 洋

はじめに

近年、医療事故が社会問題化しており、医療機関や行政などで様々な取り組みが進められているが、未だ十分な医療安全体制が確立されているとはいいがたい。また、医療ミスにはくすりに起因するものが約四割と多く、その防止の為にくすりの専門家である薬剤師の役割はきわめて大きいと思われる。そこで、本市では保健所がコーディネイト役となり、地域の病院・薬剤師会が連携して、医療事故防止のための院内での薬剤師の役割及びその取り組みについて検討することにより、患者サービス及び医療の質の向上を図る目的で、平成16年から3年間の予定で「薬剤師によるリスクマネジメント事業」を実施している。(図1)



これまでの調査から、病院内では様々な部署に多種類の医薬品が保管されているが、必ずしも薬剤師の実地管理が行なわれているとはいえないこと、また、薬剤師は医師・看護師から様々な薬に関する業務を担うことが期待されていることが明らかになり、医療ミス防止に対する具体的な取り組み方法の検討が課題となった。そこ

で、実際の医療ミス事例を分析し課題の洗い出しと共有化を行なうため、インシデント事例の収集、原因分析及び改善策の検討を行ったので、その結果について報告する。

調査方法

平成17年7月1日から12月31日までの間に市内の一般病床を有する全ての病院(13施設)の医療安全管理部門に報告されたインシデント・アクシデント事例のうち、薬に関するものを収集した。収集した事例はまず各病院の薬局長が分析し、更に保健所・病院薬局長・薬剤師会代表によって構成された検討会において定量分析を行い、うち共有すべき事例についてはSHEL分析モデルによる定性分析を行った。

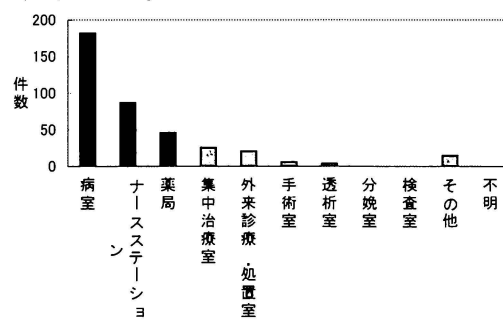
結果

収集した事例は387例で全てインシデント事例であった。

定量分析結果は次のとおりである。

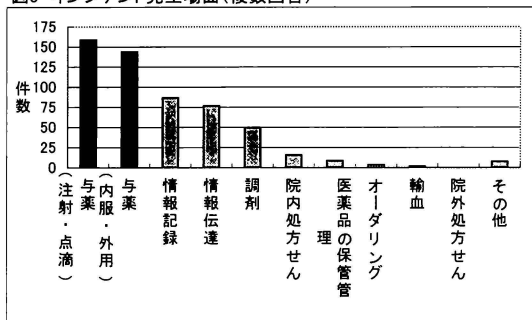
- (1) インシデント事例の発生場所は、病室47%、ナースステーション22%、合計69%と多くの病棟で起こっていた(図2)。

図2 インシデント発生場所



また、事例の内容は与薬の事例が79%と多くを占めた(図3)。

図3 インシデント発生場面(複数回答)



このことから、医療ミスの多くは病棟で発生していることが明らかになった。

- (2) インシデントの当事者は、最終的に患者に薬を投与する看護師が79%を占めた(図4)。また、ミスを発見した者は、看護師が79%であった(図5)。

図4 インシデント当事者の職種

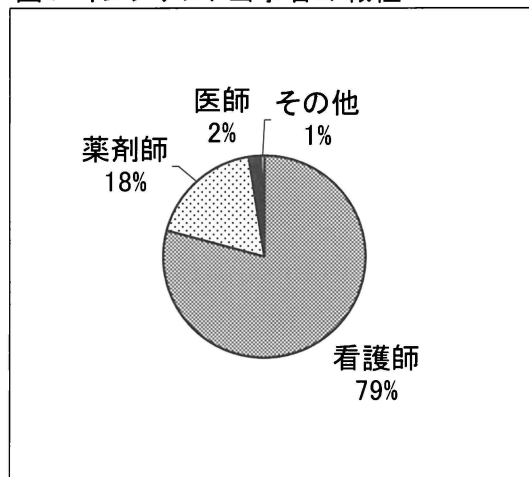
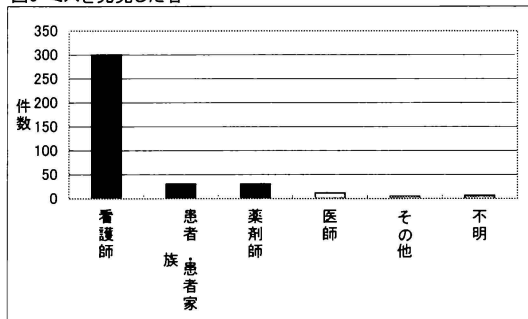


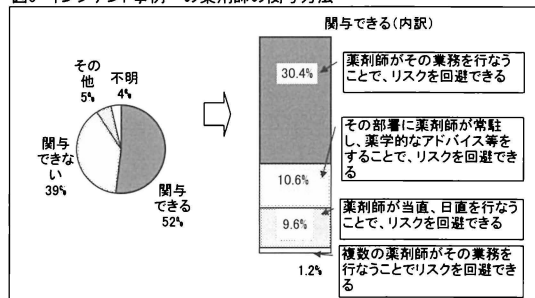
図5 ミスを発見した者



このことから、看護師の与薬業務への協力が必要なこと、また、看護師がアクシデントを未然に防止しているチェック者としても機能していることが示唆された。

- (3) 患者が発見した事例について分析したところ、患者や患者家族が発見したミスは31件、全体の8%であった。そのうち、14件が調剤ミス、11件が内服外用薬の与薬ミスであった。その内容は、薬剤名の間違いが11件と多いことから、患者が自分の使用する薬を知っていたことで防止できたと思われる事例であった。
- (4) 特定の種類・製剤では、持参薬の事例が11例、インスリン製剤の事例が22例あった。
- (5) すべての事例について、薬剤師が関与することで発生を回避できたかどうかを分析したところ、関与することで回避できると考えられる事例が52%であった。そのうち、薬剤師がその業務を行なうことでリスクを回避できる事例が30%、その部署に薬剤師が常駐し、薬学的なアドバイスを行うことで回避できる事例が9.6%、薬剤師が当直、日直を行なうことでリスクを回避できる事例が1.2%であった(図6)。

図6 インシデント事例への薬剤師の関与方法



SHEL 分析モデルによる定性分析は19例について行った。一例として、夜間における鎮痛剤(頓服)の取り違いという事例を挙げる。(表1)

持参薬の問題は、包括医療制度の導入やジェネリック医薬品の増加により今後更に深刻になると考えられるため、薬剤師が積極的に関与し、医師・看護師への情報伝達、調剤薬局との連携を行なう必要がある。

表1 夜間における鎮痛剤(頓服)の取り違え SHEL分析結果

【事例概要】 患者は頭痛薬と腹痛薬の2種類の持参薬を持って入院。高齢であったことから薬は病棟管理されていた。夜間に患者から腹痛の訴えがあったとき、看護師は医師の指示により、鎮痛薬を投与したが、腹痛薬を投与するはずが、頭痛薬を投与してしまった。		
【SHEL分析】		
	要 因	対 応 策
S (ソフトウェア)	医師の指示が口頭であり、しかも薬剤名で指示しなかった可能性が強い。	指示は、必ず薬剤名で行う。 指示は口頭ではなく、カルテに記入するなど文章で行う。
H (ハードウェア)	患者は2種類の痛み止め(頭痛薬と腹痛薬)を持参していた。薬局に鑑別依頼が行われていないため、看護師は薬剤の効能の違いを理解していなかった。	管理している薬の作用についてメモをつけておく。
E (環境)	発生時間が夜間なので日常勤務体制ではなかった。	準夜時間帯にも患者の変調に対応できる人員を確保する。
L (他人)	与薬時に、指示を出した医師や別の看護師に確認をしなかった。	与薬時にはカルテ又は直接医師や他の看護師に再確認をする。
L (当事者)	痛み止めが、どの部所の痛み止めか確認ができていなかった。	医師が指示を出した時は、すぐに再確認する習慣をつける。 与薬時、患者に症状を確認する。
【原因】 ① この病院では患者の入院時には薬剤部に持参薬鑑別依頼を行なうルールだったが、行われていなかった。 ② 医師の指示が口頭で、おそらく薬剤名の指示をしていなかった。 ③ 看護師が薬剤の効能の違いを理解していなかった。 ④ 夜間のため日常の勤務体制でなく、他の看護師などに確認する余裕がなかった。		
【改善策】 ① 医師の指示は、薬剤名で指示し、カルテに文書で記入する等の口頭以外の方法で行う。 ② 薬剤部に患者持参薬鑑別依頼を行って、薬効等を薬袋等に明記する。 ③ 与薬時はカルテを見て再確認するか、又は他のスタッフに再確認する。		

考察

今回、地域でインシデント事例の検討と共有化を行うことで、病院の規模に関わらず類似した事例が起きていることが明らかになり、様々な課題を洗い出すことができた。また、薬に起因する医療ミスを防ぐには、薬剤師だけの努力でなく他の職種との協力、連携が不可欠であること、薬剤師は薬の専門家として、病棟などで薬に関する統括的な業務を行なう必要があることが示された。更に、患者はリスクの発見者として重要な役割をもつと考えられることから、服薬説明やインフォームド・コンセントによって知識を

提供し、医療への能動的な参加を呼びかけることで医療安全を高められるのではないかとと思われる。これらの結果をもとに、現在、薬剤師の具体的な役割と取り組み方法を検討しており、検討結果は、各病院での業務に活かし、また今年度末に開催する市民講座や医療従事者対象の講習会などでフィードバックしていく予定である。