

障害者施設等一般病床が過半数を占める病院の内服と薬ヒヤリ・ハット発生要因とプロセス

新潟医療福祉大学看護学科・高橋智美

【背景】

平成 22 年度の薬剤に関するヒヤリ・ハットの報告件数は 57,921 件であり、全報告件数の 34%を占める。そのため、多くの施設が対策を講じ、その減少を目指しているものの、ヒヤリ・ハットは減少せず、同様な事例が繰り返されている。

与薬業務には看護師だけでなく医師、薬剤師など多くの医療従事者が携わっており、患者に投与されるまでの経路も複雑である。また看護業務に占める与薬業務は、複雑、多様な業務であり、更にそのプロセスには複数の看護師が関わっている。医師のエラーの未然発生率は 48%、薬剤師は 34%で、そのエラーの多くは看護師により発見されているが、看護師のエラーは患者によるチェック機能のみであるため、未然発生率は 2%という低い値であるとされている。

内服と薬ヒヤリ・ハット発生要因とプロセスに関する先行研究では、その調査対象に一般病床が多く、障害者施設等一般病床を調査対象とした研究報告はない。そこで本研究では、障害者施設等一般病床が有床数の過半数を占める病院の内服と薬ヒヤリ・ハット発生要因とプロセスを明らかにする。

【方法】

- 研究デザイン：記述的デザイン 実態調査
 - 調査方法；障害者施設等一般病床が過半数以上の病院における内服薬ヒヤリ・ハット事例を収集。
 - 分析方法；
 - 「内服と薬エラー発生要因マップ」を用いた分類。
 - 「内服と薬ヒヤリ・ハット事例の整理・分析のための 6×5 マトリックス」を用いた半定量的評価。
 - 調査対象；障害者施設等一般病床が有床過半数の N 病院。
 - 調査期間；平成 23 年 4 月～平成 23 年 9 月

2. 倫理的配慮

データはすべてコード化を施して個事例が特定されないようにした。調査実施施設の倫理委員会を受審し承認を得た。

3. 用語の定義

内服と薬ヒヤリ・ハット：内服薬・外用薬の与薬に関するヒヤリ・ハットを指し、自己管理の患者も対象とする。

【結果】

N 病院における 6 ヶ月間の内服と薬ヒヤリ・ハット事例は 131 件で、多かった要因は薬剤エラーと薬剤量エラーであり、そのプロセスは共に与薬に関するものであった(表 1 参照)。

一般病院の内服と薬ヒヤリ・ハット発生要因及びプロセスと比較すると N 病院では薬剤エラーで与薬に関するものが多く、対象エラーで与薬に関するものが少なかった(表 2 参照)。

表 1. 障害者施設等一般病床が過半数以上ある N 病院の内服薬に関する事例分析マトリックス

	1. 処方エラー	2. 薬剤エラー	3. 薬剤量エラー	4. 投与方法エラー	5. その他のエラー	合計
A: 医師の指示	1	4	4	0	C	9
B: 処方箋の読み間違い・薬剤師の手配・申し送り	1	8	2	0	C	11
C: 与薬準備	1	3	1	0	C	5
D: 与薬(配薬)	2	66	22	8	C	98
E: 対象患者	0	1	0	0	1	2
F: 与薬後の観察・管理	1	3	0	0	2	6
合計	6	85	29	8	3	131

表 2. 事例分析マトリックス：一般病院と障害者施設等一般病床が過半数以上ある N 病院の比較

	施設	1. 処方エラー	2. 薬剤エラー	3. 薬剤量	4. 投与方法	5. その他のエラー	合計
A 医師の指示	一般病院	1.3%	1.3%	1.2%	0.5%	0.4%	4.8%
	N病院	0.8%	3.0%	3.0%	0.0%	0.0%	6.8%
B 処方箋の読み間違い・薬剤師の手配・申し送り	一般病院	1.0%	1.8%	1.6%	0.7%	0.1%	5.2%
	N病院	0.8%	6.1%	1.5%	0.0%	0.0%	8.4%
C 与薬準備	一般病院	4.7%	4.1%	2.9%	2.9%	0.0%	14.6%
	N病院	0.8%	2.3%	0.8%	0.0%	0.0%	3.9%
D 与薬(配薬)	一般病院	31.4%	14.1%	6.8%	10.0%	2.1%	64.4%
	N病院	1.5%	50.4%	18.7%	6.1%	0.0%	74.7%
E 対象患者	一般病院	1.6%	1.8%	1.3%	0.5%	1.0%	6.3%
	N病院	0.0%	0.8%	0.0%	0.0%	0.8%	1.6%
F 与薬後の観察・管理	一般病院	1.4%	1.4%	0.2%	0.4%	1.3%	4.8%
	N病院	0.8%	2.3%	0.0%	0.0%	1.5%	4.6%
合計	一般病院	41.4%	24.6%	14.1%	15.1%	4.9%	100.0%
	N病院	4.7%	64.9%	22.0%	6.1%	2.3%	100.0%

【考察】

一般病院に比べ薬剤エラーで与薬に関するプロセスが多い。与薬に関するプロセスに関わる主な職種は他職種からのエラーチェック機能が乏しい看護師である。障害者施設等一般病床には筋ジストロフィー、ALS 等の神経難病の患者が多く入院しており、患者は体位変換時も 1mm レベルの位置取りを希望する。N 病院の障害者施設等一般病床入院患者の約 1/3 が人工呼吸器を装着しており、その管理は概ね看護師が担っていた。調査当時、入院基本料は障害者施設等入院基本料 10 対 1 であり、看護師は多重課題、作業中断が多く注意力も散漫になりやすい環境下で業務を行っていた。時間切迫と多重課題によって看護師は行動モニター(確かに計画通りに行動できているか自分で自分を監視し間違いを訂正する)ができず、エラーをそのまま患者に届け、それが事故に繋がっているとされている。行動モニターができない忙しさは安全管理上あってはならないが、現実にはマンパワー不足で行動モニターが難しい状況が生じており、これが看護師のエラーの未然発生率が低い原因となっている。

反面、対象エラーで与薬に関するプロセスが少なかった。障害者施設等一般病床は一般病床に比べ入退院が少ないため、対象誤認が少なくなる。また比較対象にしたデータと本調査のデータには時期的に約 10 年間の開きがある。この 10 年間にバーコードやリストバンドの導入、患者自身に名乗って頂く方法などのエラー防止策が定着した。その結果、対象エラーが大きく減少したものと推察する。

【結論】

障害者施設等一般病床が過半数を占める病院の内服と薬ヒヤリ・ハット発生要因は薬剤エラーで与薬に関するプロセスが多い。このプロセスに主に関わる看護師は、時間切迫と多重課題により行動モニターが難しい状況にある。