



誤薬・服用忘れ防止の取り組み

医療法人聖志会 渡辺病院

香月正憲 薬局長/医薬品安全管理責任者

かつき・まさのり◆1974年3月大阪大学薬学部卒業。国内製薬会社研究所に勤務後、二十数年以上、外資系製薬会社において臨床開発業務に従事。その後、臨床開発責任者、安全性情報・市販後調査責任者として勤務。2003年6月より渡辺病院に勤務。認定実務実習指導薬剤師、日病薬認定指導薬剤師。

猪井直樹 薬剤師

いのい・なおき◆2004年3月近畿大学薬学部卒業。2004年4月より渡辺病院に勤務。看護師の協力を得て、2007年に渡辺病院へ簡易懸濁法を導入。簡易懸濁法研究会会員。

田中シヅ子 看護部長

たなか・しづこ◆1992年渡辺病院に入職。1995年より現職。

仲 由紀子 認知症看護認定看護師



当院で実践している看護業務の簡素化・効率化と与薬方法の工夫を紹介します。

当院概要

当院は、認知症医療に特化した精神科および医療・介護療養の病院である。2008年4月に、認知症に特化した精神科医療の渡辺第二病院と高齢者医療専門の渡辺病院が合併して誕生した。

病床数は、10病棟、534床で、認知症病棟336床（精神療養47床、認知症治療病棟289床）、医療療養病棟198床（医療保険94床、介護保険104床）である。看護単位は約20対1、看護方式は機能別看護と一部受け持ち制である。看護師と准看護師の比率は、約6：4である。

当院でも同様であるが、高齢者看護（療養型施設）において、自分自身で内服薬を管理・服用できる患者はほとんどいない。内服薬の管理は、看護師が行っている。したがって、急性期病院などとは異なり、看護師が誤薬・服用忘れを防止すれば、これらの問題は解決する。

当院の品質マネジメントシステムと職種間の情報交換

◆品質マネジメントシステム

当院では2004年11月から、「より安全でより質の高い医療」を提供するため、品質マネジメントシステムとして、国際的な基準である「ISO9001：2000」の認定を取得し、その後、更新を繰り返し、維持している。医療理念は「人にやさしく」であり、「①医療及び介護サービスの提供を通して、社会に貢献する。②常に患者様の立場で考え、信頼に応えるサービスを提供する」を品質方針として、高齢者に医療・介護を提供している。

誤薬、転倒・転落などのインシデント・アクシデントだけでなく、設備・器具の不具合、患者の要望・意見など病院運営にかかわるすべての不具合・改善提案を改善事項報告書として病院に報告し、責任部署が必要な処置を取っている。

◆院内会議と職種間の情報交換

次に述べる会議を定期的開催・運営することにより、組織間および各職種間で情報交換を行っている。

管理職・ISO品質保証会議

病院の品質管理システムが適切に運営されているのを確認するため、毎月1回、内部監査を実施すると共に、ISO品質保証会議を開催している。その際、同時に部署間の情報を交換するため、管理職会議も開催している。

この管理職・ISO品質保証会議には、病院長、診療部長、医局長、医療安全責任者、看護部長、全10病棟の看護師長、薬局長（医薬品安全責任者）、栄養課長、事務長、ISOシステム管理者が参加する。

合同師長会

各病棟間の情報交換・意見統一と、医局から看護部への要望・情報伝達、逆に、看護部から医局への要望・情報伝達のために、月2回、合同師長会を開催している。参加者は、看護部長、全10病棟の看護師長、病院長、診療部長、医師などである。

医局会

医局内での情報伝達・交換、意見統一のため、月1回、医局会を開催している。医薬品に関するものがあれば、薬局長も参加する。

全体研修会

全職員を対象に、医療安全、感染対策、身体拘束などの研修のために、月1回、全体研修会を開催している。

誤薬防止対策チーム設立の経緯と運営方法

ここからは、現在、誤薬防止対策チームを中心として、看護部、医局、薬局と一緒に取り組んでいる病棟における誤薬防止活動の現状について説明する。

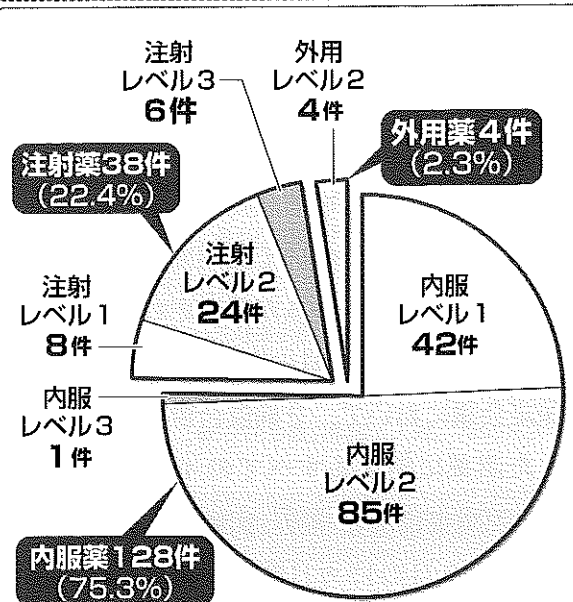
誤薬防止対策チームが設立されたきっかけは、2009年9月の管理職・ISO品質保証会議において、2病院合併後に集積した誤薬に関するすべてのインシデント・アクシデント報告（2008年4月～2009年6月の15カ月間）を集計・分析し、そのまとめを報告したことである。

2009年12月に誤薬防止対策チームを立ち上げ、月1回1～2時間程度、誤薬防止対策会議を開催した。誤薬防止対策チームは、薬局長をリーダーとし、薬剤師1人、実務に熟練している中堅の認知症治療病棟看護師と医療療養病棟看護師各1人の計4人である。必要に応じ、医療安全管理者と看護部長も加わる。

2010年3月までに、薬局で作成した原案を基に討議し、誤薬防止対策チームの業務内容と目標を設定し、薬局でまとめた集計・分析（レベル別、投与経路別、病棟別、認知症治療病棟・医療療養病棟別）を基に、看護師の視点を踏まえ、誤薬の原因を究明し、全般的な対策および個別対策を立案した。2010年2月ごろより、各種改善提案が出来上がるたびに、ISOシステムの改善事項報告書として一つずつ病院に提出した。

病棟への誤薬防止対策導入については、

図1 投与経路・レベル別誤薬件数の割合
(2008年4月～2009年6月)



- レベル1 : 50件 (29.4%)
(「服用を忘れそうになった」を含む)
- レベル2 : 113件 (66.5%)
- レベル3 : 7件 (4.1%)

【当院におけるインシデント・アクシデントのレベル規定】

種別	レベル	内容
インシデント	1	ヒヤリ・ハットしただけで、実施前に気が付いた。
	2	経過観察(間違っただが、損傷・被害が生じず、その後も問題ない)。
	3	バイタルサインに変化が生じた。処置または検査を一時的に行った。
アクシデント	4	治療が必要となる。
	5	重篤(骨折や意識障害)で障害が残る可能性が生じる。
	6	事故により死亡。

2010年2月ごろから4月ごろに、責任部署の看護部、医局あるいは薬局が、それぞれ、看護部内、合同師長会、医局会、薬局内でその内容を検討し、該当部署が最善と考える実施可能な対策を順次導入していった。

また、2010年4月の管理職・ISO品質保証会議において、誤薬防止対策チームでまとめた結果の承認を得ると共に、誤薬防止対策の導入状況を報告した。さらに、病院の職員、特に病棟に周知するため、同年5月の全体研修会において同一の内容を発表した。

誤薬防止対策の導入前の成績

最初にまとめた15カ月の誤薬データ(図1)を見ると、170件すべてがインシデントで、アクシデントはなかった。

レベル別では、レベル1 [ヒヤリ・ハットしただけで、実施前に気が付いた] が50件 (29.4%)、レベル2 ([経過観察(間違っただが、損傷・被害が生じず、その後も問題ない)] が113件 (66.5%)、レベル3 [バイタルサインに変化が生じた。処置または検査を一時的に行った] が7件 (4.1%) であった。

投与経路別では、内服薬によるものが128件と大部分 (75.3%) で、次に、注射薬38件 (22.4%)、外用薬4件 (2.3%) の順であった。

内服薬の内訳を見ると、「服用させ忘れ・忘れそうになった」が、最も多く、全体の約3分の1を占めていた。次いで、「ほかの患者に誤って服用・服用させそうになった」「患者が吐き出していた錠剤を発見した」「服用時期の間違い・間違えそうになった」の順であった。

注射剤では、インスリン製剤関連(指示された投与を忘れた、投与量を間違え

たなど)が最も多く、全体の約3分の1であった。

基本的な考え方と防止対策

誤薬防止対策を立案する際のチームとしての基本的な考えは、「各種業務を簡素化・最適化することにより、看護師の業務負担を軽減し、時間的な余裕をつくり、誤薬を減少させる」ことである。

前述したように2病院が統合されたため、各種病棟作業が必ずしも、医療療養病棟と認知症治療病棟間で完全には統一されていなかった。したがって、簡素化し、より作業効率の良い方法を選択することにより、全体として作業が改善される可能性があり、また、作業のやり方が統一されていれば、看護師が配置換えとなっても新しい環境に早く慣れることができ、間違いなく業務を遂行できると考えたからである。

具体的には、注射剤・輸液、インスリン製剤の投与業務、内服薬の与薬業務を簡素化・最適化し、可能な限り統一した。病棟での注射箋と薬局から払い出した注射剤・輸液の照合は払い出し時に既に薬局で確認しているので、ダブルチェックをやめてシングルチェックにした。

個別対策のうちいくつかを紹介する。注射剤では、インスリン製剤関連が比較的多かったため、医療療養病棟で使用している「血糖測定・インスリン表(血糖を測定し、インスリン製剤<種類、単位、時期>の投与を確認・記録するためのも

の)」を全病棟に導入した。また、インスリン投与量の間違いの原因を調べると、スケーリング投与がほとんどであったので、インスリン製剤は、原則、固定投与とし、スケーリングする場合は、「統一スライディングスケール」を使用することとした。さらに、インスリン製剤も、バイアル製剤から個人用のフレックスペンに変更した。

次に、原則禁忌の抗生剤が病棟保管分から使用されたことがあったので(投与後、副作用なし)、禁忌薬剤がある患者カルテのファイルを違う色(赤)に変更し、薬局から払い出す注射ラベルには禁忌薬剤を印字するようにした。また、臨時薬の指示切れ防止対策として、ドキュメントファイル(1～31日の見出し付き)に、指示切れする薬袋を入れるよう統一した。さらに、臨時薬の薬包には、服薬する日付を印字するようにした。

内服薬の中で最も多かった「服用させ忘れ・忘れそうになった」の原因を究明しようと試みたが、単に「服用させられた」などの記載のみで、詳細が記載されておらず、集積したデータでは原因を明らかにできなかった。2010年4月以降は、報告用紙に詳細を「臨時薬の薬包を定期薬に付け忘れた」「病棟の投薬保管トレイ(7日分保管)から当日服用分を朝・昼・夕・眠前用の各トレイに移す時に取り忘れた」「服用させる時に、各トレイから取り忘れた」などと記載するよう依頼した。

Ⅲ. 新しい予薬手順

従来との変更点②

- ・当日木箱トレイ内の「患者の名前付き写真」を大きな「患者名」のプレートに変更
- ・プレートの高さも半減(縦8.5cm⇒3.5cm)
- ・服用時期別に患者名を貼る台紙の色を変更
朝:黒 昼:青 夕:赤 眠前:緑
- ・患者名は「白地に黒文字」(様は省略)で印字
理由:薬包の取り忘れを一目瞭然にするため

従来との変更点③

- ・患者の顔写真を撤去した代わりに「部屋ごとにまとめた患者の名前付き写真一覧」を別途作成
理由:写真一覧で患者を確認するため

到達目標

目標は、①最初にまとめたデータを基準とし、対策導入後1年間(2010年4月～2011年3月)の誤薬に関する報告件数を半減すること、②アクシデントがないこととした。

誤薬防止対策の導入後の中間集計

対策導入後5カ月間に集積した中間成績(2010年4月～8月)を基に、対策導入前と同様の集計・分析を行った。

アクシデントは見られず、すべてインシデントであった。

集積期間を勘案した誤薬件数は、医療療養病床で約40%減少したが、全体では減少していなかった。

レベル1・2・3の割合は、前回と同様であった。また、投与経路別でも、内服薬が全体の約4分の3であり、内服薬

関連のうち、「服川させ忘れ・忘れそうになった」が3分の1と最も多く、前回と同様の成績であった。

なお、今回の中間成績のデータを用いて「服用忘れ」を検討したところ、特に認知症病棟での服用忘れが多く、ほとんどが与薬担当看護師の当日分薬包(当院はすべて1包化調剤)の取り忘れであることが分かった。

対策として、取り忘れがあった場合、すぐに分かるように工夫した。

【工夫前の与薬方法(与薬トレイ)】

当日1回分の薬包を置いている与薬トレイでは、確認用の「患者の名前付き写真」札が薬包よりも高い位置にあったので、薬包を取り忘れても気づき難かった。

【工夫後の与薬方法(与薬トレイ)】

取り忘れがあった場合すぐに分かるように、「患者名」だけのプレートに変更した。確認用の患者写真は、新人看護師や勤務異動者のために、ホワイトボードに「患者の名前付き写真一覧」をマグネットで貼り付けた。なお、具体的な方法について周知徹底を図るため、全体研修会で説明を行った(表)。

認知症治療病棟の一病棟で2010年12月中旬から開始したところ、短期間であるが服用忘れはなく、実施上も特に問題がなかったので、2011年3月からほかの認知症治療病棟でも導入を始めた。

参考のため、現在、認知症病棟で実施している与薬手順を、次に説明する。

与薬担当の看護師とほかの看護師の2

人が一緒に、ワゴンに服薬時期別トレイを載せ、患者の所に行き、1回分の薬剤を「トロミジュース10ml(トロミ剤0.3g:りんごジュース10mlの比率で混合)」に混ぜ、患者に服用してもらっている。その際、顔写真で患者を確認している(写真)。この方法で与薬を行うことにより、患者が口から錠剤・散薬などをこぼさない、口の中に残しにくい・吐き出すことがほとんどないなど、認知症患者にほぼ確実に服用してもらえている。

このトロミジュースを「おいしい」「もっと欲しい」と言う患者が多いのには、我々も驚いている。りんごジュースの代わりにオレンジジュースを使用したことがあるが、甘みが少なく、錠剤・散薬などを口から吐き出す患者が少なからずいたので、リンゴジュースを用いている。

経管患者には、簡易懸濁法でPEGより注入している。

全患者の服薬終了後、与薬担当以外の看護師(原則としてリーダー看護師)がトレイからの取り忘れがないことを確認し、「服薬最終確認チェック表」に署名している。

今後の予定

最終的には、2011年5月ごろまでに、2010年4月～2011年3月の1年間の誤薬に関する報告を集計し、目標に到達できたかどうかを確認する。同時に、誤薬の原因を分析し、さらなる対策を考え、関連部署に提案する予定である。

写真 与薬の工夫



薬を飲みやすいように、トロミ剤とりんごジュースを混ぜたトロミジュースを作成している。



誤薬・服用忘れ防止のために、「患者の名前付き写真一覧」で確認しながら服用してもらっている。

その後も引き続き、毎年1年分を集積し、誤薬件数の推移をモニターすると共に、可能な対策を順次提案していこうと考えている。

最後に

本稿で述べた当院での誤薬防止活動が、皆さんの施設の参考になれば幸いです。この活動から、特に誤薬防止対策を進める上で重要と感じたことを次にまとめる。

①日常の看護業務を簡素化・効率化する

アキオさんの 早すぎる『死』

施設入所者の生き方
逝き方を見つめて

特養の「看取り介護」を向上させる会 主宰
特別養護老人ホーム 主任看護師/看介護養育長

小村一左美 (こむら ひさみ)



1952年生まれ。和歌山県立高等看護学院卒業後、梅花女子大学大学院(人間福祉学専攻)修士課程修了。和歌山県立医科大学附属病院、広島県立広島病院看護師、看護専門学校専任教員を歴任し、2001年より特別養護老人ホームに勤務。看護師、認知症ケア専門士、心理カウンセラー、第一種衛生管理者、医療福祉環境アドバイザー。著書に『ダイ・サイレント～ある特別養護老人ホームでの死の迎え方』(文芸社ビジュアルアート)、『入所者・家族も納得のみとり』(日経出版)がある。

不安

とても切なく心が痛い。私が特別養護老人ホームに入職して9年余りの間に、看取った利用者の数は200人以上になるうか。けれど、これほどつらく切ない気持ちになったのは初めてだ。

アキオさん、68歳。“進行性胃がん”で治療法はないというのが、入院先の病院の医師が下した結論だ。「本人・家族は、施設に戻ることを望まれているので引き受けてほしい」と、病院側からの依頼があった。

私は今まで、どのような利用者・家族にも「一度入所という形でご縁を結んだからには、最期までお付き合いさせていただきます」と言い、またそれを実行してきた。しかし、今回は違う。自信がなかった。腹膜にまで転移したがんによる痛みや、腹水が現れた時はどうするか。68歳という若さで判断能力のある人と、私を含め職員が正面から向き合うことができるであろうか。食事が摂れなくなっ

た時はどうするか。

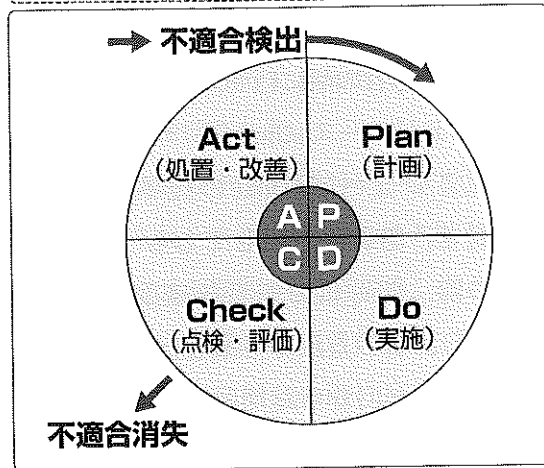
「お引き受けします」とは言ったものの、これほど不安な気持ちになったことは初めてだ。68歳という異例の若さの、しかも判断能力のある利用者を、将来と言ってもそう遠くはない時期に看取らねばならない。毎日を彼とどう向き合っていけばよいのか。

「人は必ず死ぬ。その死をどのように迎えさせてあげるかが、私たち施設職員の任務です。すなわち、苦しみを少なく、自然な形で逝けるお手伝いをする事なのです」と、常に私は職員に伝えてきた。これは9年余りの間に学び体験したことで、私の理念のようなものである。しかし、あくまでも高齢者を送る時のルールであって、この度は違う。アキオさんは、左半身麻痺はあるが、私たちと同じように会話ができて、思考することもできる68歳の人なのだ。

入所

アキオさんが私の勤める施設にやってきたのは今から3年前で、その時のアキ

図2 誤薬防止のPDCAサイクル



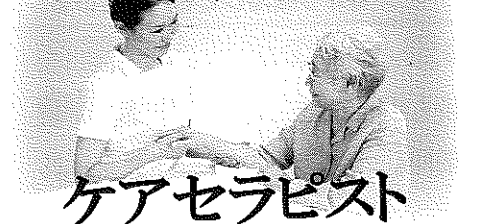
ことにより、看護師の業務負担を軽減する。それと同時に、インシデント・アクシデントを予防するために「看護業務手順」を遵守する。

- ②誤薬防止活動は1回だけで終了するのではなく、誤薬防止のPDCAサイクルを回す(図2)。
- ③単に誤薬とその種類を報告するだけでなく、後で分析できるように簡潔で明瞭な記載をする。また、実施前に気付き、誤薬しなかった・服用を忘れなかった場合などでも、すべて報告する。
- ④実施する際は、該当部署が提案内容をよく検討し、必要とあれば、実施可能な対策に改善する。

- ⑤高齢者では基礎疾患・合併症が多く、何種類もの薬剤を同時に服用している場合が多い。誤薬を減らすには、分子の誤薬自体を減らすと共に、分母の服薬回数(内服薬の種類も)を減らす。

介護・美容 ケアセラピストガイダンス講習会 開催中!

高齢者の皆様の
スキンケアと心のケア



ケアセラピスト

日程 時間(全日程) 13:00~17:00

東京 6月15日(水)
7月11日(月)

会場予定最寄駅: 東京駅

名古屋 6月6日(月)
7月23日(土)
8月27日(土)

※6/6のみ時間 10:30~15:30

会場最寄駅: 地下鉄 高畑駅

大阪 6月25日(土)
7月23日(土)
8月27日(土)

会場予定最寄駅: 大阪駅

【参加費】 一般 ¥8,000-
看護・介護のお資格をお持ちの方 ¥5,000-

その他の日程についてもご相談可能です。
お気軽にご連絡下さいませ。

※医師の皆様と連携をいただける場合は、特典をご用意しております。

講習内容

- 高齢者の皮膚について
- むくみ、乾燥のケアについて
- トリートメント化粧品~クリーム、オイル、ジェルの選択方法
- ハンドトリートメント実技体験
- 各県での活動、高齢者施設での活用の実例

◆膝下の乾燥



プチ講座

メールマガジンにご登録していただくとプチ講座を無料でご覧いただけます。

お申込方法

お電話、又はFAXにて「お名前・ご住所・ご連絡先・現在お持ちのお資格・ご職業・ご覧になった広告」をお伝えください。

日本ケアセラピスト協会

〒454-0927 名古屋市中川区打中2-105
浅井クリニックビル2F 階 グローリア21

ご連絡先はこちら⇒ TEL (052) 354-6211 FAX (052) 354-3211