

# 分包環境改善への取り組み ～ 作業中断によるインシデント削減に向けて～

日本赤十字社和歌山医療センター 看護部

市原 明子, 大槻 美紀, 上木場奈美, 谷口由紀美, 大西由美子

索引用語：インシデント削減, 作業中断, 分包環境

## 要 旨

看護師による医療過誤の中でも、内服与薬過誤の発生数は常に上位である。安全・安心な医療を提供する上で医療安全対策は必須であり、看護業務の中で内服管理は積極的な取り組みが必要である。今回、ヒューマンエラーを誘発する要因「業務中断」「時間切迫」「多重課題」に着目し、分包時の環境の改善と責任の所在の明確化を図った。その結果、分包時のインシデント件数は減少し、チェック機能も正確に働くようになった。看護師も一人の人間であるため、絶対に間違いを起こさないとは限らない。しかし、患者に安全・安心な医療の提供のために、アクシデントはあってはならないため、今後もインシデント集計を行い、業務改善をしていく必要がある。

## はじめに

看護師による医療過誤の中でも、内服与薬過誤の発生数は常に上位である。

看護職は「業務中断」「時間切迫」「多重課題」といった、ヒューマンエラーを誘発する要因に常に囲まれており、危険とプレッシャーにさらされる中で、看護を実践していることが指摘されている。

安全安心な医療を提供する上で医療安全対策は必須であり、看護業務の中で内服管理は積極的な取り組みが必要である。

## 目 的

当病棟の従来の内服マニュアルはインシデント発生毎に、マニュアルを追加し、内容が細かい、新人や中途採用者、配置転換者が理解しづらいものであった。また、インシデント報告の内、内服に関しての報告が多く、要因として作業中断によるものが多くみられていた。

そこで今回様々な視点から内服マニュアルを見直したのでここに報告する。

## 方 法

安全委員が内服に関しての他施設のマニュアルや文献を検索し、以下の点を中心にマニュアルの変更を行った。

### 1. 分包時の環境の改善

改善前はナースステーション内で分包を行っていた(図1)。

改善後はカンファレンス室を分包専用の部屋とした(図2)。取り決めとして、必ず一人ずつ使用し、使用時には部屋のドアをしめ

(平成28年10月31日受付)(平成28年11月17日受理)  
連絡先：(〒640-8558)

和歌山市小松原通四丁目20番地  
日本赤十字社和歌山医療センター  
看護部

市原 明子



図1



図2



図3

る、PHSは持って入室しないとす。

## 2. 責任の所在の明確化

処方箋をファイリングし(図3)、内服介助・確認時に持参するようにした。

内服介助する看護師が内服薬のダブルチェックを行うこととした。

## 結 果

業務改善後、インシデントの内服全体件数、分包業務中のインシデント件数、内服薬紛失件数ともに減少した(図4)。

また、内服介助する看護師が最終責任者であるという意識が高まり、チェック機能は働くようになった。

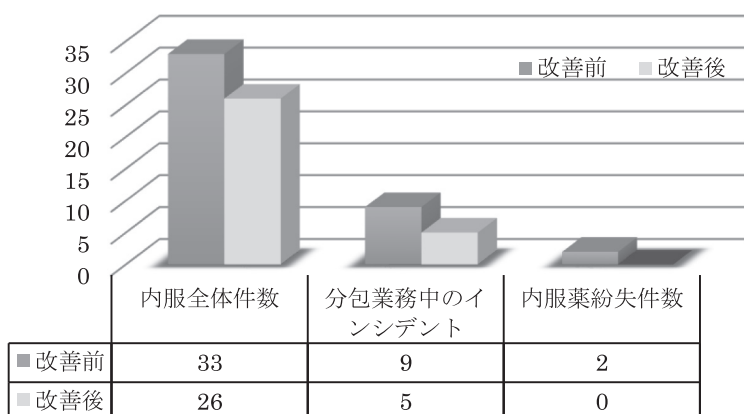


図 4

図 5 エラーを誘発する 12 の要因

① コミュニケーションの欠如
② 自己過信, 思い込み
③ 知識の不足
④ 注意逸脱, 気移り
⑤ チームワークの不足
⑥ 疲労
⑦ 資源の不備
⑧ 外部の圧力
⑨ 独断
⑩ ストレス
⑪ 状況認識の欠如
⑫ 規範、集団の行動欠如

## 考 察

業務改善前は、ナースステーションで分包を行っていたため、ナースコールや他の処置の時間が重なり中断することが多く、集中して分包できる環境ではなかった。また、本館はオープンカウンターであるため、中断中の内服薬が誰でも触れることができる環境であり、内服薬の紛失や複数の患者の分包を同じテーブルで行っていたりもしていたため、違う患者の内服薬が他の内服薬に混ざってしまうというインシデントが起きていた。

事故と安全の心理学（リスクとヒューマンエラー）に、医療現場にはたくさんのエラー誘発要因があると記されていた<sup>1)</sup>。その誘発要因の1つに中断作業が多いという項目がある。また、ダーディー・ダズン（エラーを誘起する 12 の要因）の医療版の1つに注意逸脱・気移りがあり（図 5）、注意の中断はエラーの原因のかなりを占めている。作業がなんらかの理由で中断したあと、その作業に戻る際、その STEP はすでに完了したと信じ、その先の作業にかかることがあると記されていた。分包専用の部屋を作り、ナースコールなどの他の業務で中断されない環境にしたことで、集中して分包することができるようになり、インシデント減少につながったと考える。

日本看護協会の医療安全推進のための標準テキスト内第 2 章医療安全推進のための基本的な考え方に、与薬するために最終的に手にとった薬剤が正しいものがどうかは、与薬する直前にその看護職自身が今一度確認しなければ、エラーを検出できないと記されている<sup>2)</sup>。内服介助する看護師が、内服薬のダブルチェックを行い、内容を把握した上で内服介助させることは、最終責任者であるという意識づけとなり、チェック機能が正確に働くことにつながると考える。

## おわりに

看護師も一人の人間であるため、絶対に間違いを起こさないとは限らない。しかし、患者に安全・安心な医療の提供のために、アクシデントはあってはならないため、今後もインシデント集計を行い、業務改善をしていく必要がある。

## 参考文献

- 1) 三浦利章, 原田悦子. 事故と安全の心理学 リスクとヒューマンエラー. 2007; 初版: 188~198.
- 2) 日本看護協会: 医療安全推進のための標準テキスト. <https://www.nurse.or.jp/nursing/practice/anzen/index.html#p1>

---

Key words ; incident reduction, duties interrupted, responsibility, environment of dividing oral medicine

---

## Undertaking to improve the process of the oral medicine — for reduction of errors due to interruption of the work —

Akiko Ichihara, Miki Otsuki, Nami Kamikoba, Yukimi Taniguchi, Yumiko Onishi

Nursing Department, Japanese Red Cross Wakayama Medical Center

### Abstract

The number of occurrences of oral medication error is always high among the medical malpractices that nurses cause.

Medical safety measures are required to provide safe and secure medical care. We make active efforts to oral medical management within nursing duties.

Firstly, we focused the factors that trigger human errors, namely, Duties interrupted, Overloaded duties, and Time-critical. Then, we tackled to improve working environment when dividing oral medicine and to clarify who is responsible.

As a result of its trial, the number of errors on oral medicine was reduced, and also the function check worked properly. We, nurse, are just another human being. It is not true that nurses never make errors. Needless to say, the medical malpractices are never to happen. We provide most safe and most secure medical care for all the patients. We keep on working to encourage each duties by incident analysis.