

Y3-1

配薬形態別エラー発生の原因と低減への取組み

日本赤十字社長崎原爆諫早病院¹⁾、
長崎大学教育学部²⁾
○高倉 雅子¹⁾、平田 敏男¹⁾、林田 恵美子¹⁾、
綿巻 徹²⁾

【はじめに】調査施設の16か月間に、看護師の提出した475件のヒアリ・ハット報告書から、報告件数が第3位の内服に関する報告書の73件（全報告書の15.4%）を抽出した。調査施設では入院患者内服薬は、1回配薬、1日配薬、複数日配薬の3種類の配薬形態がある。本研究は、配薬方法別エラー発生の頻度と要因について分析し、低減の方策を計画したので報告する。

【結果】与薬業務エラー73件を配薬形態別に分類した結果、エラー生起頻度は、1回配薬が27件、複数日配薬が22件、1日配薬は12件、配薬形態不明が11件だった。配薬形態とエラーを起こした人との関係及び、配薬形態と与薬業務の流れを見ると、1回配薬のエラーはすべて看護師が起こし、1日配薬は患者によるエラーが多かった。複数日配薬では、看護師も患者もほぼ同程度にエラーを起こしていた。与薬エラーをコミュニケーションに起因するもの、与薬者または、服薬者の認知・行動に起因するものに大別した結果、1日配薬は12件全てが認知・行動面のエラーに起因していた。つまり、患者の勘違いによる重複服薬や看護師による与薬忘れから起こっていた。一方、1回配薬と複数日配薬では、コミュニケーションエラーに起因するものと、認知・行動エラーに起因するものが同程度に起こっていた。

【エラー低減の方策】1日配薬を廃止し、1回配薬を次のように改善することにした。まず、看護師と薬剤師の2職種でのダブルチェック体制の実施。配薬カードを導入した1日分の準備方法の改善案がまとまった。これによって、1日配薬廃止の16%と1回配薬改善分の最大24%のエラー減少が見込まれるが、その実施実績については次年度本学会で報告する。

Y3-2

1年目看護師による自発的勉強会を用いた薬剤インシデント減少への取組み

神戸赤十字病院 医療安全推進室
○高田 ゆかり、杉本 浩司、松林 照久

【はじめに】神戸赤十字病院（急性期・310床）における平成19年度、インシデント報告総件数は1510件であった。その内、薬剤関連の報告は358件（23.7%）であり、中でも1年目看護師による報告件数は74件（20.6%）であった。一方、平成20年度は7対1看護の基準到達のため、新人看護師を多数採用したことから、1年目看護師が前年度の2.8倍になった。我々はこれら諸事情を鑑み1年目看護師による薬剤インシデント増加の可能性を予測し、それに対する取組みを行って良好な結果を得たので報告する。【方法】期間：平成20年6月～平成21年3月内容：1) 各部署の1年目看護師で小グループを構成。2) グループ内で既出の薬剤インシデントに関する反省会を行い、それに対する防止策を立案する。3) これを年次計画書にまとめて医療安全推進室に提出する。4) これを実践し、年度末に成果報告会を行う。なお、取組みの主な支援は係長が行い、内容は薬剤関連であればすべて可とした。

【結果】平成20年度の1年目看護師による薬剤関連インシデント報告件数は137件（1.8倍）であったが、一人当たりで換算すると前年度比58.5%と減少傾向であった。アンケート調査の結果、他の成果として、1年目看護師の安全意識の向上、医療事故防止における情報共有の重要性の再認識、成果報告会による達成感などがあげられた。

【考察】1年目看護師による自主的なテーマ決定、問題点の抽出、ならびに解決策の立案と実践は、インシデント提言に寄与し、その安全対策を部署全体で実践することにより、指導者を含めたスタッフ全体に対する安全意識の植え付けなどの教育的効果も期待できる。