

安全な配薬を目指して

～誤薬を0にしていく取り組み～

介護老人保健施設 ウイング
発表者 久嶋 芳和
共同研究者 石坂 泰弘

○目的

マニュアル作成、手順変更以前（～平成20年度）と以後（平成21年度～）の誤薬件数を比較し、今回作成した配薬マニュアル、変更した手順の有用性について検証する。

○集計期間

平成19～22年度(4年間)

変更点

事故の内容	変更点
食前薬内服忘れ	薬杯の名前の上に、食前薬ありの札をつけた
翌日の定時薬を内服、当日の薬と合わせ二度配薬してしまった	薬杯を2日分出していたのを、1日分のみにした
全く別の利用者に内服させてしまった	薬の袋に記名し、配薬直前に最後の確認を行えるようにした
同姓の別の利用者に内服させた	同姓の利用者は薬箱の名札の色を変えた
漢字が類似している利用者に内服させた	名札を平仮名にしたり、ふりがなをふった
本来朝食後に内服する薬を、夕に配薬させてしまった	薬箱の上に、朝薬昼薬夕薬の大きな札を置いた

○以前から続けていること

- ・利用者の氏名を声に出し、配薬する
- ・短期入所者、入所者の名札の色を変え、区別する
- ・夕薬は夜勤者、日勤者とともに読み合わせ(ダブルチェック)をする

○マニュアル作成以降の変更点

- ・翌日の朝薬の処方確認を夜勤者が実施
→翌日の朝薬の処方確認を日勤者で実施。夜勤帯は一人で朝薬の確認をしていたが、日勤二人でダブルチェックするようにした
- ・朝夕食後の配薬担当者は決まっていなかった
→朝に関しては、夜勤者ではなく早番が実施

誤薬件数

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計
平成19年度 (H19.4~20.3)	0	0	1	3	1	2	0	1	0	0	2	2	12
平成20年度 (H20.4~21.3)	4	2	0	0	1	1	0	0	3	3	0	0	14
平成21年度 (H21.4~22.3)	0	0	1	2	3	0	1	1	0	0	0	0	8
平成22年度 (H22.4~23.3)	0	0	2	2	1	0	0	1	1	1	1	0	9

○考察

誤薬件数が平成19年度12件、同20年度14件となっていたが、マニュアル作成し、業務改善後は表のように平成21年度8件、同22年度9件と一桁に減少した。

しかし0にはならず、依然として誤薬は発生している。以上のことから、今後も更なるマニュアル改訂、手順の変更は必要である。

○まとめ

当施設は3フロアに分かれている。配薬する際、日勤帯は日勤看護師が実施する。朝夕に関しては、1フロアは夜勤看護師が、その他のフロアは介護士が配薬することになっている。それにより、すべてのケアスタッフが配薬業務に関わることになり、誤薬を起こしてしまう可能性がある。

誤薬により、利用者が重篤な副作用を発症する場合もある。また一方では医療事故を問われ、訴訟が行われる事例も以前より多くなっている。

医療従事者にとって、これがいつ自分に降りかかってくるかわからない。そのことを常に意識しつつ業務を行っていくのが、利用者の身を守ること、また自分自身の身を守ることに繋がる。

○最後に

マニュアルを作成することで誤薬件数は減少したが、依然として誤薬が発生しているのは事実である。

今後もし、どうして誤薬が発生してしまったかを検討し、適切な業務改善を続けていくことで、事故のない業務を行っていく。