

配薬時の誤薬防止について

～新たなシステム構築～

施設名：シルバーピアしきな

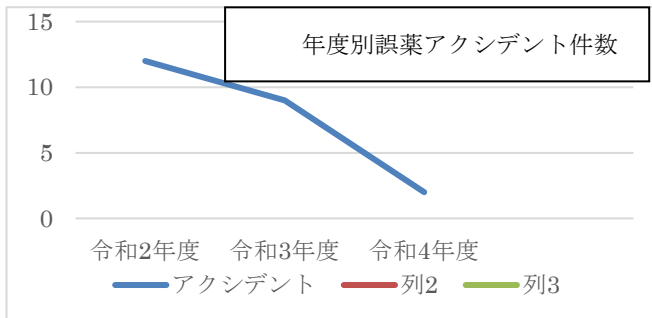
発表者：准看護師 宮平隆宏

【はじめに】

当施設の入所定員は95名でその殆ど9割以上の方が複数の薬を飲んでおります。集団生活をしているどこの高齢者施設でも服薬管理にはかなり神経を使うもので、間違えて薬を飲んだ場合には、生命に関わる事もあり「誤薬は限りなくゼロ」にすべきです。しかしながら現実には誤薬は起きてしまいその度に反省と再発防止が求められます。今回は対策で誤薬が減少した経緯を報告します。

【経過】

誤薬のアクシデントレポート件数、令和2年度12件、令和3年度9件、令和4年度2件。



令和2年度マニュアルでは、看護師の体制上で介護士が薬ケースをお膳にセットしており、他の職員とのダブルチェック無しで配膳していました。配膳した時に薬ケースと薬の氏名違い、食札と薬ケースの氏名違いに気づき、慌てて交換処理を行い、間に合わず誤薬事故になった場合もありました。その都度、マニュアル変更を行い、やはり看護師が配薬を行う事に戻し、配膳前のダブルチェックも強化しました。令和3年度マニュアルでは、前年度の誤薬事故の分析により、手順を更に細かく表記し職員全体で統一して把握するように努めました。

【現在の手順】

1. 看護師が声を出して名前を読み上げて薬ケースをお膳にのせる
2. 他職員が『食札・薬ケース・薬袋』の名前の確認を行う
3. 職員間で配膳先の入所者の『食札・氏名・顔』の確認を行う
4. 確認者は配膳先まで見届ける(配膳ミスを防ぐ為、違う場所に向かっていないか確認します)
5. 確認可能な入所者には、与薬する前に『食札・薬ケース・薬袋』の本人確認をしてもらう
6. 与薬し確実に飲み込めたかを確認してから席を離れる。
7. 食後に服用する利用者は薬袋を開封し薬ケースへ入れ

下膳者が中身を確認する

【結果】

年々誤薬件数は減少しており今年度は2件です。この2件はヒューマンエラーでした。1件は利用者誤認で配膳者の思い込みと、確認者が配膳先方向を見届けなかった手順漏れが原因です。別の1件は配膳時の誤薬ではなくアレルギーを見落とし屯服薬を与薬してしまいました。どれも防げた事故でした。しかしながら、配膳での誤薬は著しく改善されております。これまでは手順がチームで統一されていなかった事に着目し今回はしっかりマニュアルを見直し、手順を更に細かく表記した事でより明確になり、職員が統一した行動が図られかつ皆で順守している結果だと実感しています。又、配膳台近くの見やすい場所に「マニュアル」を貼り出し、更に、ひと月程、朝のミーティングで全員で読み上げた事も効果的で職員一人一人の意識改革に繋がったと思います。

【考察】

内服与薬事故防止の文献を調べてみると、著者川村氏において「シンプルに出来ないことは、できる限り複雑さを理解しやすいようにすることである」と、内服与薬を混乱させる要因へのシステム改善の考え方と対策について述べています。又、複数人によるクロスチェック方法は高度なスキルは必要なく、視点を変えて確認するためミスの発見率が高いと言われている様です。私達の現在の手順においても、複数人によるチェック体制を構築し実践している事、細分化した手順を表記したマニュアルを作成し貼り出し、職員全体で共有できており、そのシステムが誤薬防止に繋がっていると考えます。誤薬に限らず、その他の業務におけるヒューマンエラーによるミスを防ぐにも、まず個人のミスを誘発させない業務方法(システム)を確立する事が重要であり、事故が起きればすぐに分析し手順を見直す事で、慌ただしい中でも正しく安全なサービスが提供できると考えます。あらゆる分野でもこの「PDCAサイクル」を活用しながら業務見直しを進め、効率よく細分化した新たなシステム構築を図り、質の向上を図っていきたいと考えます。ご清聴有難うございました。