内服管理方法を判断する統一した基準を得るための インシデント発生要因の検討

―― 看護師へのアンケート調査を通して ――

○澤田　智代、小山　順子、馬渕　彩、鬼村　美香、折戸　千恵子

京都府立医科大学附属病院 C6 病舎

キーワード：内服管理、インシデント、フローチャート

Ⅰ　はじめに

A 病院では年間 5000 件以上のインシデントが発生しており、そのうち内服に関するインシデント（以下内服インシデント）が全インシデント中 19.5％と最も多い。A 病棟では、内服インシデントが全病棟の中で 4 番目（外科系病棟では第 1 位）に多く発生している。A 病院では患者の内服方法を判断する指標として、内服管理マニュアルに規定された 1 から 5 段階までの内服レベルがある。そのレベルは、参考指標、配薬方法、援助、確認方法により分けられている。内服レベル 1 の確認方法は、内服終了までを看護師が確認し、内服レベル 2 以上は、患者が内服し、その空袋を各シフトで毎回確認する。援助については、内服レベル 1、2 は 1 回分を配薬し、内服レベル 3 以上は、1 日分以上を配薬する。しかし、患者の内服管理能力の判断は内服管理マニュアルではなく、看護師の経験に基づき決定していることが多い。内服インシデントが多い理由として、現在の内服管理マニュアルが実用的でないことから有効に活用されず、そのことがインシデント増加につながっていた可能性がある。インシデント減少のためには少なくとも実用的で標準化された内服管理フローチャートの作成が必要である。

内服インシデントに関する先行研究で近藤は、事故の構造を調査・分析し、エラーが誘発された具体的な要因を明らかにすることで、現状の問題点を正しく把握することができる[1]と述べている。そこで本研究ではまず、これまで報告されているインシデントの解析を行うことでインシデント発生の状況と現状の問題点を明らかにする。次に院内全体で看護師がどのような判断・観察から内服管理方法の選択をしているのか、インシデント防止のための工夫についてアンケート調査を行う。インシデントの発生要因が明らかとなり、さらに病棟看護師へのアンケート調査を行うことにより、看護師間での認識の差や解決方法が抽出され、患者の内服管理能力を評価する安全な方法と標準化が可能になると考える。それらを踏まえて、病棟内での実用的な内服管理フローチャートを作成することができれば、今後のインシデント減少につながる可能性がある。

Ⅱ　目的

内服に関するインシデントの発生要因を分析する。看護師へのアンケート調査によってその対策を検討し、内服管理方法の判断基準を統一するための項目を抽出する。

Ⅲ　方法

1　研究デザイン：量的研究・質的研究

2　研究期間：倫理審査承認日　平成 29 年 3 月 13 日～平成 29 年 10 月

3　研究対象者の選定

A 病棟で使用する内服フローチャート作成を目指すため、アンケート実施対象者となる看護師は手術室、ユニットケア病棟、小児科病棟、精神科病棟を除く一般病棟（合計 17 病棟）勤務者各 3 人（0-3 年目、4-9 年目、10 年目以上と当院のラダーに基づいた）の合計 51 人。

4　方法

1）インシデントの分析期間は 2014 年 4 月 1 日～ 2016 年 3 月 31 日までの過去 2 年間とする。A 病院のアンケート対象病棟における部署別内服インシデントの総数と、内服レベル別件数を出し、A 病棟との比較を行う。さらに A 病棟の内服インシデントの発生要因を、「過剰投与」「過小投与」「投与時間間違い」「その他」に分類し、内服レベル別の件数を比較する。

2）各病棟看護師 3 名（0-3 年目、4-9 年目、10 年目以上）を各病棟の師長に選択してもらう。その後研究者がスケジュール調整を行い、本研究の説明を行い書面による同意を得た上でアンケート調査を実施する。内服管理に関する自由記載の無記名自記式調査用紙を用いてアンケートを実施する。どのような観察・判断から内服管理方法を選択しているかを、アンケートから得られた情報について KJ 法を用いて分析する。上記の結果を用いて、インシデント減少に有効な方法を検討する。

表１　内服管理に関するアンケート

内服に関するアンケート

問１　あなたの所属病棟をお答えください。

（　　）

問２　あなたの経験年数をお答えください。

１．０～３年目　２．４～９年目　３．１０年目以上

問３　院内の内服マニュアルがあることを

知っていますか。

１．知っている　　２．知らない

問４　問３で“知っている”と答えた方に

お尋ねします。内服マニュアルを使ってレベル判定を

していますか。

１．使っている　　２．使っていない

問５　問４で“使っていない”と答えた方に

お尋ねします。その理由をお聞かせください。

（自由記載）

問６　病棟独自の内服マニュアルはありますか。

１．あり　　２．なし

問７　病棟独自の内服マニュアルは必要だと思いますか。

１．必要　　２．不要

問８　今までに内服インシデントをおこしたことはありますか。

１．あり　　２．なし

問９　“あり”と答えた方にお尋ねします、それは何件ですか。

（　　）件

問１０　インシデントをおこしたときの①理由、

②反省点、③改善のための工夫をお答えください。（自由記載）

①理由；

②反省点；

③改善のための工夫；

5　評価項目：無記名自記式調査用紙（表1）

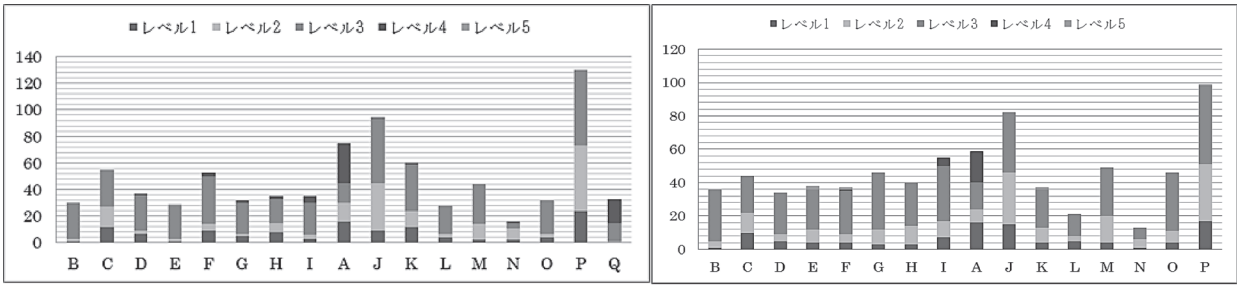
Ⅳ　倫理的配慮

対象者に研究目的・方法、研究への参加は自由意思でいつでも辞退できること、辞退することによる不利益は一切被らないこと、個人情報の保護、匿名性の保証、データは鍵のかかる棚に保管すること、研究に使用するパソコンはネットワークから遮断された状態で使用すること、得られたデータは保管期限終了後に、パソコン内のデータは全て削除し、記録用紙は溶解処分とすることを口頭および書面にて説明し、研究協力の同意を得た。なお本研究は、研究者の所属する施設の医学倫理審査委員会の承認を得ている。（承認番号：ERB-E-347）

Ⅴ　結果

1　インシデントの分析結果

2014年度と2015年度の内服レベルに関するインシデントの推移を比較すると、A病棟は他病棟に比べ内服レベル4



（2014年度）　（2015年度）

図1　内服レベル別インシデント×部署別内服インシデント

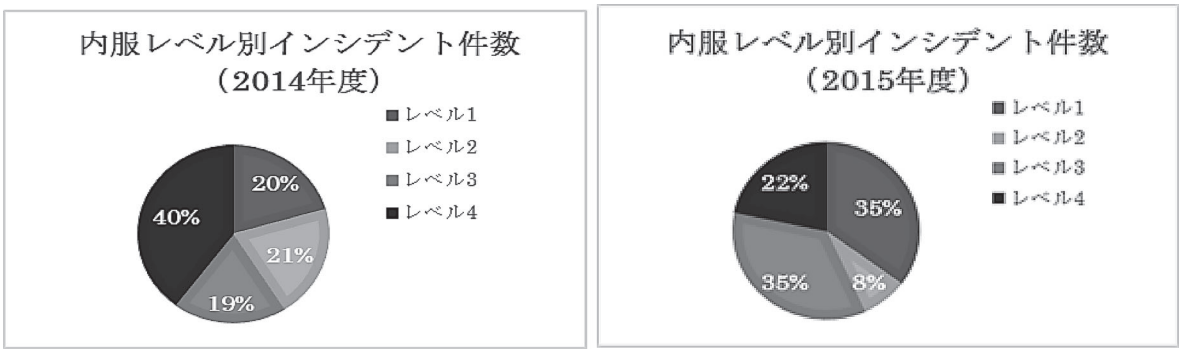
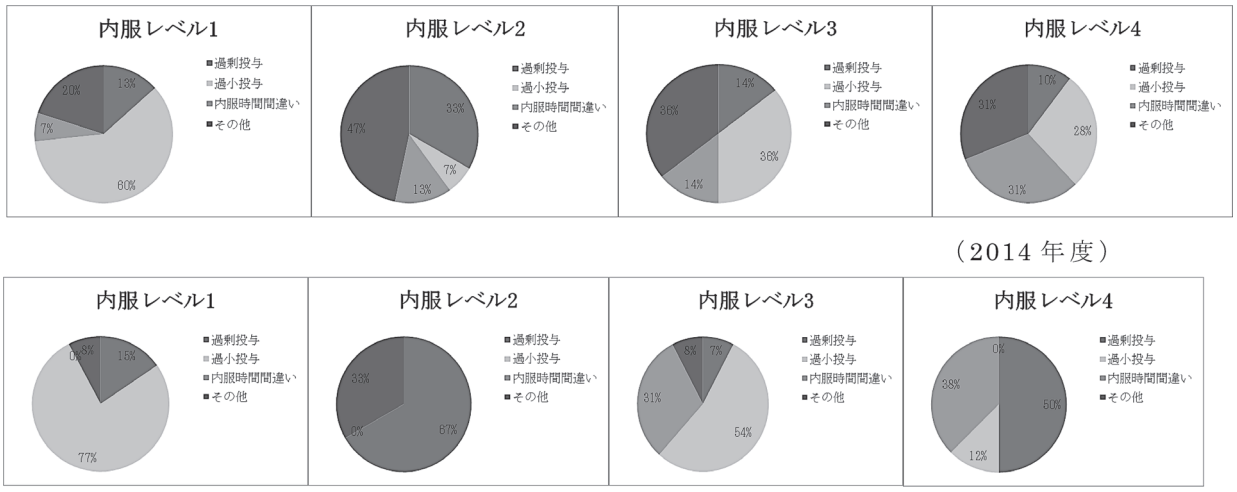


図2　A病棟における内服レベル別インシデント件数



（2014年度）

（2015年度）

図3　内服レベル別インシデント発生要因の割合

表２　内服管理に関するアンケート調査結果

		はい	いいえ	未回答
問 1	内服マニュアルを知っているか	51	0	0
問 2	内服マニュアルを使用しているか	39	12	0
問 3	内服インシデントを起こしたことがあるか	48	1	2
問 4	内服マニュアルを使用していない理由			
	自己のカンファレンス判定は患者さんの理解度やそれまでの内服状況をみて判断、必要時チームカンファレンスを行って決めている。			
	聞いたことはあるが細部まで読んだことが無い。日々の記録や病状、年齢、性格など、その時のトータル的なコンディションをみて判断するよう教わった。			
	レベル３が多いこともあり、自分の思い込みが大きかった。			
	入院時に自分で勝手に判断して出来るだろうと思い込み、マニュアルに沿ってレベルを判定していなかった。			
	日頃の状態（認知や麻痺の状態、入院前に怠薬や内服忘れをしていなかった）など、患者の状態を見ながら内服レベル判定を行っている。			
	細かくは見ずに、大体の判断でしている。			
	チームカンファレンス時に内服レベルについてカンファレンスをするため、レベルアップの検討は看護師同士で意見を出し合って決めている。			
	マニュアルを記憶している。			
	経験上判断して困った事がない。			
	実際に患者が自宅でどの程度の管理をしているかで判断している。			
	毎回マニュアルを見て評価（判定）は、していない。			

表３　KJ 法まとめ

【入院初期の状態】

問題	解決策
拒薬や自己中断ある	拒薬や自己中断の理由をきく、薬剤指導を入れ必要性を伝える、知識提供
内服する錠数が理解できない	数えて内服する指導をする
内服歴がない	マニュアルに沿って内服管理ができるよう指導
巧緻性の低下や麻痺がある	服薬行動を見守り、どうすれば自己で開封し服用できるかの検討をする
自宅で自己管理していない	薬剤指導、服薬行動を見守る
持参薬と入院処方が混在している	薬剤指導、薬効の理解の程度を確認する

【入院中の状態】

問題	解決策
内服時間（朝・昼・夕・就）の区別がつかない	薬剤指導、見守り下で練習をする
内服レベル4の理解ができない	方法の説明をする、Nsが内服管理方法について理解し、統一した指導を行う。
普段とは異なるタイミングでの服用	レベル1から始める、薬剤指導
薬剤の変更・量の増減がある	レベル1から始める、薬剤指導
内服方法が適切ではない（薬杯を使用しない）	服薬行動や身体状況を確認、情報共有しカンファレンスにかける
先発品・後発品の切り替え中	レベル1から始める、薬剤指導

【看護師側の問題】

問題	解決策
忙しい、多忙で確認忘れ・遅れた	タイマー使用、無理のないスケジュール管理、患者に内服薬があることを伝える
患者に対する過信、思い込み	自己判断に頼らない、患者の状態把握、カンファレンスにかけ複数の目で評価
配薬セットを間違った	正しいWチェック方法を行う

の患者が多く、内服レベル別インシデントも他病棟に比べ顕著に多い（図1）。さらに、A病棟の内服レベル別インシデントの内訳をみると、レベル1～2が4割、レベル3～4が6割を占めている（図2）。インシデント発生要因別に見ると、レベル1～2は過剰・過小投与によるインシデントが多いが、レベル3～4では内服時間間違いのインシデントの割合が増加している（図3）。

2　アンケートの分析結果

A病院における、内服管理マニュアルの使用状況は表2問1-3であった（表2）。内服マニュアルを使用していない理由及び内服インシデント件数は、表2問4-5であった。また、アンケート内容のうち、「インシデントを起こした時の状況について」の回答から、KJ法を用いて分析すると「入院初期の状態」、「入院中の状態」、「看護師側の問題」の項目が抽出された（表3）。

Ⅵ　考察

インシデントの分析から、内服レベル1～2は看護師管理の元、1回分を配薬しているため、過剰・過小投与ともに看護師のミスや不備によるインシデントが多く発生している。一方で内服レベル3～4は、1日分以上の内服薬を患者管理とし、内服時間をある程度患者に委ねているため、内服レベル1～2と比較し、内服時間間違いが生じている。内服レベル3～4で内服時間間違いが多く発生していることは、患者の状態に適した内服レベルの評価ができていない可能性があると考える。院内の内服管理マニュアルの存在について、本研究の対象看護師全員が知っていたにも関わらず、3割程度の看護師が使用していない状況がある。「使用していない」と回答した中でも、経験値やカンファレンス、患者の状態に応じて看護師が判断していることがわかった。また、おそらく内服はできる（患者自身、内服薬があることは理解できている）が、どの薬をいつ内服するのかという時間の認知不足がインシデントに繋がっていると考える。しかしA病院の内服管理マニュアルは患者の内服への時間認識評価が出来ない。このため実用性がないと看護師が判断し、活用していない現状につながっていると可能性があると考える。インシデントの多い項目でもあり、看護師が共通の認識・評価できることは重要であるため内服時間の認知機能の評価を含めたフローチャートを作成し活用していくことは大切とだと考える。管理マニュアルの存在について、本研究の対象看護師全員が知っていたにも関わらず、3割程度の看護師が使用していない状況がある。「使用している」と回答した中でも、経験値やカンファレンス、患者の状態に応じて看護師が判断していることがわかった。そのため、内服レベル評価が正しく行われるための判断指標が必要であると考える。また先行研究で取り上げられているフローチャート[2) 3)]は、急変や手術当日など患者の状態が変化した場合に、内服レベルを下げる方法が示されていないため、日々の状態変化に対応したフローチャートを作成する必要があると考える。

Ⅶ　結論

1　正確な内服レベルの評価が行えていないことがインシデントの分析により明らかとなった。

2　その理由として、院内の内服マニュアルの存在は病棟看護師全員が認識しているものの、実用性にかけることから、現場では23％の看護師が経験で内服レベルを判断していた。

3　患者の状態に柔軟かつ正確に対応でき、看護師の経験により判断が変わることのない、簡便で実用的なフローチャートが必要であると考えた。

引用・参考文献

1）近藤直美，松本美幸：内服与薬エラー防止の取り組みSHEL分析を活用した業務改善，日本精神科看護学術集会誌，58（1），p.240-241, 2015.

2）井上真理ら他：内服管理フローチャートの検討：服薬管理判定試験を用いて，信州大学医学部附属病院看護研究収録，33（1），p.76-82, 2004.

3）村岡夕子：患者のセルフケア能力を生かした服薬方法の選定～内服方法選定アセスメントフローシートを活用して～ブレインナーシング，30（1），p.103-107, 2014.

4）塩見利明ら他:服薬能力評価スケール（RCS）の作成，日本老年医学会誌，34（3），p.210-214, 1997.

5）新井俊美，入澤初美，伊藤まゆみら他:内服管理判断基準作成と内服管理状況の変化，日本看護協会論文集，老年看護，(36), p.151-153, 2005.

6）山口優実，森佳代子，間瀬照美：他；患者に適した内服管理方法確立への取り組み - フローチャートを導入して -，日本看護協会論文集，成人看護Ⅱ，(35), p.208-209, 2009.

7）井上真理ら他：内服管理フローチャートの検討：服薬管理判定試験を用いて，信州大学医学部附属病院看護研究収録，33（1），p.76-82, 2004