

「薬剤投与に係る医療の質向上のための体制づくり」

施設名：神戸大学医学部附属病院 氏名：中屋ひとみ

【概要】

当院の年間医療安全報告は、看護師から全体の約 86%で、そのうち約 46%が薬剤に係るものである。患者に安心安全な薬剤投与を実施するためには、医師・看護師・薬剤師の連携は不可欠であるが、当院ではこの 3 職種で薬剤に特化して検討する体制がなかった。

そこで、①薬剤療法（薬剤処方—投与—効果判定の PDCA サイクル）に係る専門領域・専門性とは何かを、医師、看護師、薬剤師で話あう場を設定、②薬剤が正しく処方され、患者へ正しく投与されるまでの一連の過程をスリム化、③それぞれの専門職が協働して、薬剤投与に係る事柄の質を向上、の 3 点を目標とした 3 職種のチームを立ち上げた。

院内委員会である「業務標準化委員会」で承認を得て『薬剤投与に係るチーム医療ワーキング』を発足し、医師、薬剤師、看護師各 2 名、計 6 名のメンバーで検討を続けた。その結果、①PC・メカニカルなチェック方法を導入、②作業中断を防ぐ、③処方数を減らす、④処方日数を 1 日～3 日程度に減らす、⑤ヒューマンエラーを減らす環境を作る、という 5 つの提案が出た。今後は、それぞれの専門職が専門性を発揮し、役割拡大を協力し合い、具体的方法をモデル病棟で試行し、患者へ安心安全な薬剤投与が実施できる結果を出すことが必要である。そして 3 職種が協力し合う体制を継続できることが課題である。

【背景】

私は質管理担当の副看護部長で、「医療の質・安全管理部」の看護主任質安全マネージャーでもある。院内の年間医療安全報告約 4800 件のうち、看護師からの報告は、約 86%で、そのうち約 46%が薬剤に係るものである。看護師にとって薬剤投与は治療の一端を担う事柄であり、また患者への最終実施者でもあることから安心安全、医療の質の高さが要求される。患者に安心安全な薬剤投与を実施するためには、医師・看護師・薬剤師の連携は不可欠であるが、当院ではこの 3 職種で薬剤に特化して検討する体制がなかった。

そこで、①薬剤療法（薬剤処方—投与—効果判定の PDCA サイクル）に係る専門領域・専門性とは何かを、医師、看護師、薬剤師で話あう場を設定する、②薬剤が正しく処方され、患者へ正しく投与されるまでの一連の過程が整理されスリム化する、③それぞれの専門職が協働して、薬剤投与に係る事柄の質を向上させる、の 3 点を目標とした 3 職種の連携体制の構築が必要であると考え、本プロジェクトに取り組むことにした。

【実践計画】

1. 大学病院内委員会である「業務標準化委員会」へ『薬剤に係る各職種の専門性を発揮し標準化された質の高い医療を検討しあう会』の設定を提案する。
2. 11 月初旬までに第 1 回『薬剤投与に係るチーム医療ワーキング（以下 WG とする）』を開催する。3. 3 職種での話し合い及び改善策の提示、モデル病棟での試行を繰り返す。
4. 薬剤が正しく処方-投与-効果判定の PDCA サイクルが循環するように WG でサポートする。

【結果】

院内委員会である「業務標準化委員会」で、薬剤投与に係る医療の質向上のための体制づくりの必要性を説明した。その結果「薬剤に係るチーム医療 WG」の発足が承認された。WG メンバーは委員会の推薦等で総合内科科長、循環器内科医師、薬剤部長、副薬剤部長、副看護部長、看護安全委員会委員長

の看護師長の計 6 名が決定した。WG の開催は 1 回/月、1 時間程度の会議で司会、書記を輪番制で行った。

第 1 回は WG 開催の意義、目的の説明と同意、モデル病棟における定期薬剤処方から患者投与までのフローに相違があることを説明し、3 職種の役割と業務内容について確認しあった。薬剤師の役割が部署によって違うことや看護師が薬剤を整理するのに、2 時間程度かけていること、一連のフローの複雑性や処方の多さにも問題があることがわかった。また、「薬の流れの多様化によるインシデント発生リスクが懸念される。多職種で重複の無駄を省くことは大事、しかしそれぞれの役割に沿って確認することは重要である。処方数や処方変更が多いのは誤薬の元になる可能性がある。」などの意見が出た。

第 2 回は再度 WG の目標は、職種間で協力して、安全面での問題を解消し、良質な薬物療法を提供するための提案を行う、ということを確認しあった。持ち寄った問題点について検討し、「内服定期薬処方後の変更が多い事に関して、1 週間に 1 回という定期処方を中止し毎回処方にすると、処方変更、変更による薬剤間違いが減り、かつ返品による薬剤廃棄が減るのではないか。インシデントは看護師からが多く、薬剤に関することの 30%程度は無投薬であることから、無投薬に関して検討する。」という意見が出た。

第 3 回は薬剤に関するインシデントについて話し合い、平成 28 年 4 月から 11 月の薬剤インシデントは 1094 件中、看護師は 979 件、薬剤師は 68 件、医師からは 39 件その他 8 件という結果であった。看護師の 979 件中 259 件が無投薬で、その発生要因の大半である 242 件は確認を怠ったという回答であった。複数回答で勤務状況が繁忙だった 66 件、知識が不足していた 37 件、技術手技が未熟だった 18 件という結果であった。薬剤師のインシデントは 68 件で一番多いのは数量間違いの 16 件、医師はインシデント 39 件中処方薬剤間違い 6 件であった。薬剤部ではバーコードで処方と薬剤を確認しあうことができ、薬剤間違いは減るが数量間違いが起こる。医師は薬剤名で検索でき、複数選択肢が出るが選び間違いがあるなど、医師薬剤師にはメカニカルなエラーを防ぐ方法があるが、看護師は目視の確認という単純で個人に任された方法しかないのが現実である。また看護師はナースコール対応で作業中断が起こることも問題である。内服薬の配薬方法は複雑になるより、シンプルな方法で統一するのがよいという意見が出され、1.パソコン使用やメカニカルなチェック機構の導入、2.作業中断を防ぐ、3.処方数を減らす、4.処方日数を 3 日分から 1 日分程度にする、5.ヒューマンエラーを減らす環境を作る、という 5 つの提案を出した。今後は現実的に可能な具体的方策を検討することとした。

【評価及び今後の課題】

今回機会を得て、薬剤療法に係る専門職種で話し合う場が設定できた。3 職種でこの会について意見交換し、開催時期や時間間隔は適切だった、職種間で尊重しあい、率直な意見交換ができたという意見が出た。しかしモデル病棟での実践にまで進められず、薬剤投与に係る事柄の質向上までには至っていない。現在第 3 回まで終了し、6 回終了時点で中間評価を行い、開催から 1 年で、一定の成果を導き出そうという結論をメンバーで周知した。

今回の取り組みにより、薬剤療法に係る医療の質向上、標準化のための体制づくりの形は出来上がったと考える。当初は、「インシデントが低減する」、という直接的な結果を期待したが、適切な行動や確認などのプロセスを正しく踏むことで、それぞれの職種がその専門性を活かしながら、良質な医療に参画できる、という成果を再確認できた。そのためにも、この関連する職種間で検討する機会を継続することや、継続するために、病院や各部門、委員会へこの会が有益であるということを伝え、協力体制が取れ、質の高い安全な医療の提供ができるという結果を出していくことが課題である。