

小児科における家族管理下での内服誤薬に関する実態調査

キーワード：家族管理、小児、誤薬

小児センター ○赤埴真麻 木村知智 森綾 古立章子 平島規子

I. はじめに

小児医療の進歩に伴い、長期的かつ複雑な治療を要する小児が増加している。継続治療の中心となる内服薬を確実に服用していくことは、長期に亘り疾患の予後や経過を左右する。A病棟での入院対象疾患は、悪性腫瘍、急性呼吸器症候群、心疾患など多岐にわたり、複数の薬剤投与が必要である。また、慢性疾患を持ちながら家庭生活を送る患者にとって、合併症を抱えるため多種類の薬剤処方を受け、継続した内服管理が重要となる。小児の特徴として、乳幼児から学童期にかけての内服管理は、親あるいは近親家族の全面的援助が必要な点にある。小児用内服薬は、錠剤による嚥下困難を回避するためにその殆どが粉碎化され、乳糖添加の散剤状態での処方が多い。容易に一包化できない上、内服方法も発達段階・全身状態に応じた工夫が必要となる。

A病棟では、入院状況に応じて退院後の在宅療養を見据え、看護師による配薬管理から付き添い家族による内服管理への段階的な指導を実施してきた。しかし、家族管理による、「内服忘れ」や「重複内服」など、内服管理が困難な症例を経験した。

内服インシデントの減少を目指した取り組みとして、先行研究において家族管理下で発生した誤薬状況に特化した文献は少ない。今回、A病棟の過去のインシデント報告書を基に、家族管理で発生した誤薬状況について実態調査を行い要因について考察し、今後の内服管理方法への新たな介入に示唆を得たので報告する。

II. 研究方法

1. 研究期間：2012年6月～2012年10月
2. 研究対象：2010年2月～2012年6月までA病棟に入院した患児の中で、付き添い家

族の内服管理下での誤薬に関するインシデント報告書30件、および誤薬発生前後の看護記録

3. 方法

1) データの収集方法

(1)内服実態調査や誤薬に関する文献を参考に、大項目5項目小項目22項目で構成した独自のデータベースを作成した(表1)。

表1 データベース

大項目	小項目
1. 属性	①付添い家族の年齢 ②患児の年齢 ③同胞の数 ④入院日数 ⑤主な付添い家族
2. 内服管理状況	⑥内服方法 ⑦内服時間 ⑧管理方法 ⑨付添い交替人数 ⑩内服管理者 ⑪内服の種類 ⑫入院以前の内服の有無
3. 誤薬発生状況	⑬内服の種類 ⑭発生日時 ⑮発生時の付添い家族 ⑯家族管理に移行後日数
4. 治療内容	⑰内服内容 ⑱外泊経験の有無 ⑲検査や処置に関連した内服方法変更の有無 ⑳1週間以内のI.C.の有無 ㉑内服変更後1週間以内か
5. インシデント報告書	㉒記載されている要因

(2)インシデント報告書からデータベースの項目に沿い情報を抽出した。

(3)誤薬発生前後の看護記録からデータベースの項目に沿って情報を得た。

2) データの分析方法

データベースで得た内容から研究メンバー全員の同意が得られるまで一事例ずつ討議を繰り返し、類似した要因をグループ化した。

III. 倫理的配慮

1. インシデント報告書の閲覧に関して病棟師長より医療安全推進室に協力依頼書を提出し許可を得た。
2. 看護記録・インシデント報告書に関しては、個人が特定される可能性が高い項目は抽出せず不用意な閲覧を避けた。具体数値は年代・記号化を用い、コード化して取り扱った。
3. データを記録した書類は、詰所内の鍵付

き棚に保管し、パソコン上で処理したデータは、研究専用の USB で保存、書類同様の管理とし、研究終了後全て破棄した。

4. 本研究は看護部看護研究倫理委員会に承認を得た。

IV. 結果

1. 属性

年齢は母親が 32.9(±6.6)歳、父親が 35.8(±6.2)歳であった。患者の年齢は 4.5(±)歳であった。

普段の主な付き添いは母親が 28 件、祖母が 2 件であった。

2. 内服状況

内服方法は、経口内服が 18 件、経管栄養からの注入内服が 9 件、不明が 3 件であった。内服管理方法については、その都度薬袋から取り出して準備が 26 件、配薬 Box の使用が 3 件、不明 1 件であった。付き添い交替人数は 2 人の 20 件が最も多く、続いて交替なしが 7 件であった(図 1)。

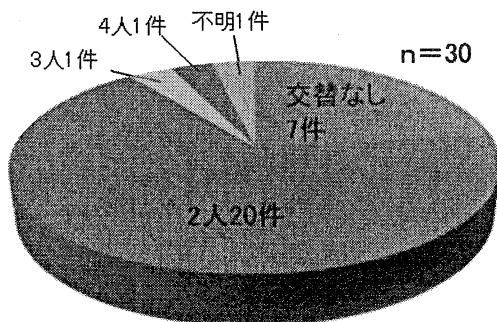


図1 付き添い交替人数(件)

入院中の内服の種類は、1 種類 2 件、2 種類 5 件、3 種類 7 件、4 種類 3 件、5 種類 4 件、6 種類 7 件、9 種類 10 種類は 1 件ずつであった(図 2)。

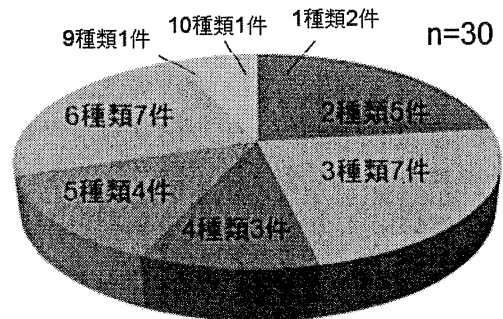


図2 入院中の内服の種類

3. 誤薬発生状況

誤薬発生日は休日が 12 件、平日 11 件、発生曜日不明 7 件であり、発生時間帯については 3 時～12 時が 11 件で最も多く、18 時～3 時が 8 件、12 時～18 時が 5 件と続いた(図 3)。

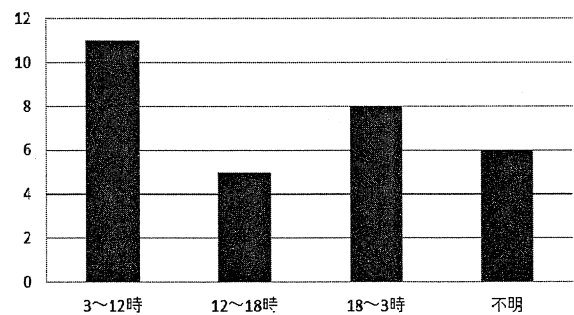


図3 誤薬発生の時間帯

誤薬した内服の種類については 1 種類のみが 19 件と最も多く、次いで 2 種類 3 件、3 種類 3 件であった(図 4)。

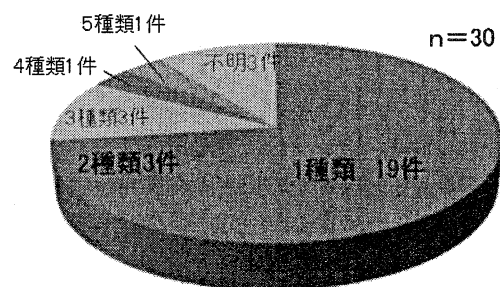


図4 誤薬した内服の種類

誤薬の内容は飲み忘れ 28 件、重複内服 2 件であった。発生時の内服管理者は母親 15 件、父親 10 件、祖母 2 件、不明 3 件であっ

た(図5)。家族管理に移行してからの日数は、3日以内が9件、4～14日目が8件であった。

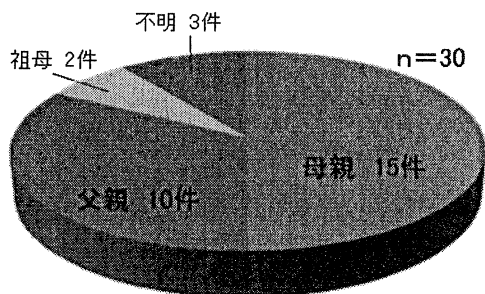


図5 誤薬発生時の内服管理者(件)

4. 治療内容

誤薬症例のうち、外泊経験があったのは1件だけであった。誤薬前1週間以内の病状説明の有無については有りが8件、無しが22件であった。入院前の服薬の有無については、有りが22件、無しが8件、不明1件であった。検査・処置に関連する内服変更があったのは2件のみであった。内服変更後1週間以内の誤薬は13件であった。

5. 要因のカテゴリー化

誤薬の要因について、21の要因から14のサブカテゴリーを形成し「付添い交替時の伝達不足」、「思い違い」、「理解不足」、「並行作業」、「動揺」、「疲労」、「原因不明」、以上7つのカテゴリーに分類した。

「コミュニケーション不足」「交替者の知識不足」というサブカテゴリーから「付添い時の伝達不足」というカテゴリーに、「曜日間違い」「時間間違い」「薬剤間違い」「用法間違い」というサブカテゴリーから、「思い違い」に、さらに「認識不足」や「内服薬の変更」というサブカテゴリーから「理解不足」というカテゴリーを抽出した。「並行作業」はサブカテゴリーと同様とし、「初回入院」「患児の状態変化」というカテゴリーからは「動揺」、「睡眠不足」と「行動制限」からは「疲労」というカテゴリーを抽出した。「無意識」は「原因不明」とした(表2)。

表2 カテゴリー

カテゴリー	サブカテゴリー	原因
付添い交替時の伝達不足	コミュニケーション不足	・薬袋の特徴の伝達なし・重要薬剤のみ伝達 ・内服時間の伝達不足・薬剤投与の伝達なし
	交替者の知識不足	・薬剤名の知識不足・用法の知識不足 ・薬剤内容の知識不足
思い違い	曜日間違い	・曜日投与の思い違い
	時間間違い	・投与時間の間違い・朝食後薬、夕食後薬の間違い
	薬剤間違い	・類似薬剤の同時内服・複数薬剤からの選択不足
	用法間違い	・分2と分3の間違い
理解不足	認識不足	・内服の重要性についての理解不足
	内服薬の変更	・内服種類の増減に伴う理解不足
並行作業	並行作業	・会話中の作業
動揺	初回入院	・初回緊急入院での動揺
	患児の状態変化	・患児の急変による緊張・動揺
疲労	睡眠不足	・在宅での介護疲れ
	行動制限	・患児のストレスと同調
原因不明	無意識	・発生日時不明

V. 考察

小児の内服の特徴として奈良間¹⁾らは、「小児は自己管理能力が十分に備わっていないため、看護師は家族に対して、実際の投与方法や注意点、薬物に関する知識などを指導する」と述べており、小児の内服管理に対しては、家族に対する内服管理方法の指導が重要であることが言われている。さらに、小児では親あるいは近親家族の24時間の全面的援助が必要である。主な付添い家族の休息時間の確保や家庭内での役割遂行のために、夜間や週末に付添い交替があるのが特徴である。

【交替時の伝達不足】は、平日の主な付添い者である母親から週末の父親への交替時に、内服状況が十分に伝達されていないことが示唆された。今回父親の誤薬が1/3を占めた要因には、看護師からの内服管理指導を直接受けておらず内服管理に不慣れな父と内服管理指導を受けた母では内服管理に対する認識の差が原因と考える。現在A病棟では、退院後もケアの多い在宅呼吸器使用患者に対し、両親を含めたサポート者全員に内服管理指導を実施している。その他は主な付添い家族への指導が中心である。今後は交替時の家族間での伝達に頼らず、限られた付添い時間内で父親への内服管理指導が提供できるよう検討していく必要がある。

誤薬要因の【疲労】【動揺】のカテゴリーで、千葉ら²⁾は「心身ともに疲労している状態では思考の統合機能の働きが悪くなり、思いこ

みや不注意が起りやすいことがわかっている。」と述べている。病状説明を受けた1週間以内に誤薬が発生している状況から、付き添い家族は容易に疲労・動揺を起ししやすい環境にあると考える。このような状況下では一時的に看護師管理への変更を考慮していくなど家族の健康について観察していくことが大切だと考える。

小児の内服薬は嚥下困難を回避するために殆どが粉剤化している。Wolf³⁾は、「薬剤パッケージのラベルの不備、似通ったラベルや容器サイズの混乱、欠陥機器の使用、間違った薬物容器の選択を薬剤エラーが起こる状況の一つとして定義づけている」と言っており、容易に一包化できないことや多数の薬剤を内服している現状が、【理解不足】や【思い違い】を引き起こしていると考えられる。内服変更後1週間以内の誤薬が約半数を占めている。千葉ら²⁾の「小児はその発達上の特徴から成人の薬物動態と異なる点があり、投与される薬物の薬用量についても注意が必要である」や「小児の薬用量の決定は発達を考慮し、適正な治療効果が得られ、安全が保たれるように算出される必要がある」と述べているように、内服薬・内服量の変更が理解不足や思い違いの原因と考える。

看護師による配薬管理から付き添い家族による内服管理への段階的な指導では、誤薬症例に関して配薬Boxを利用し、具体的な内服管理方法の工夫を行っている。今後は受け持ち看護師が家族と相談し、家族が主体的に提案でき、継続可能な内服管理方法について検討・評価していくことが必要である。

【並行作業】では、吉川⁴⁾が「乳児の内服においては、子どもの生活リズムを崩さないことや、空腹時に内服できるものはミルクや母乳、食事の前に投与することなど、与薬時間を考慮していく」と述べている。小児の生活リズムにより同時進行を伴う状況がある。また、入院環境は家族にとっても生活の場と

なるため、双方の生活リズムに合わせ、並行作業とならない与薬時間を考慮する必要がある。

Ⅶ. 結論

- ・内服誤薬実態調査の結果、主な要因は付き添い交替時の伝達不足であった。
- ・適切で確実な内服方法を家族に提供するために、現行の指導について時期、回数、方法など改善の必要性が示唆された。

引用文献

- 1) 奈良間美保ら: 系統看護学講座専門 22 小児看護学 1, 第 10 版第 1 刷, 医学書院, p370, 2003.
- 2) 千葉幸子: 医療事故につながる看護エラーの背景要因—与薬の関するヒヤリ・ハット経験の調査から—, 神奈川県立看護教育大学校看護教育研究集録, p236-242, 2001.
- 3) Wolf Z: Medication Error and Nursing Responsibility. Holistic Nursing Practice 4:8-17, 1989.
- 4) 吉川久美子: 特集 小児看護で求められる情報処理と管理 内服の援助における情報処理, 小児看護 33(4): 450, 2010.

参考文献

- 1) 八代利香, 松代裕子, 梯正之: 看護職における「与薬エラー発生」に関わる要因—国内外の研究動向と今後の課題—, 日職災医誌, 52: 299-307, 2004.
- 2) 山尾ら: 内服自己管理者の残薬に関する実態調査, 第 36 回成人看護Ⅱ: 243-245, 2005.
- 3) 藤山公美, 中森千恵子: 家庭生活における内服自己管理行動に関する調査, 第 32 回成人看護Ⅱ: 21-23, 2001.
- 4) 首藤久美, 久東美奈子, 大井洋子: 小児の内服に対する親の意識調査, 第 33 回小児看護: 30-32, 2002.