

# 麻薬の事故をなくそう！！

武蔵野赤十字病院 内科病棟(クローバー 6階) 新井 聡子

## 1、はじめに

当病棟では、肺癌の癌性疼痛緩和を目的に麻薬を使用している患者が多く入院している。麻薬は、「危険薬」として扱われるだけでなく、「麻薬及び向精神薬取締法」という法律をもとに管理・使用されなければならない重要な薬物である。そのため、通常の薬物に比して、独特の管理方法や使用方法となり、それに関連した特有の事故が起こっている。今回の活動は、従来のQC7つ道具を使用した方法ではなく、河野龍太郎先生の提唱するMedical SAFERという技法を用いて事故を分析し、対策を行った。

## 2、テーマ選定

問題点	評価							評価点 合計
	重要	緊急	経済	共有	実現	解決	整合	
1 麻薬のトラブルが多い	◎	◎	○	◎	◎	◎	◎	19
2 情報収集がまとまっていない	◎	○	△	◎	◎	○	◎	17
3 ワークシートの評価と改善	○	○	△	◎	◎	◎	◎	17
4 環境整備ができていない	◎	○	△	◎	◎	◎	◎	17
5 内服薬の返納が多く、手間やコストの無駄になっている	◎	◎	◎	◎	△	○	○	17
6 プライバシーを配慮したアナムネ聴取方法がない	◎	◎	△	◎	○	○	◎	17
7 決めたことが浸透しない	◎	○	△	◎	○	○	◎	16
8 申し送り時間が長い	◎	○	△	◎	○	○	◎	16
9 指示簿から指示を拾いにくい	◎	◎	△	○	○	○	○	15
10 処置台、机の上がキタナイ	○	○	△	○	◎	◎	○	15
11 物品の無駄が多い	◎	○	○	○	○	△	○	14
12 時間外を減らす	○	△	◎	○	△	△	◎	13
13 ナースコール対応のクレームがある	◎	○	△	△	○	△	○	12

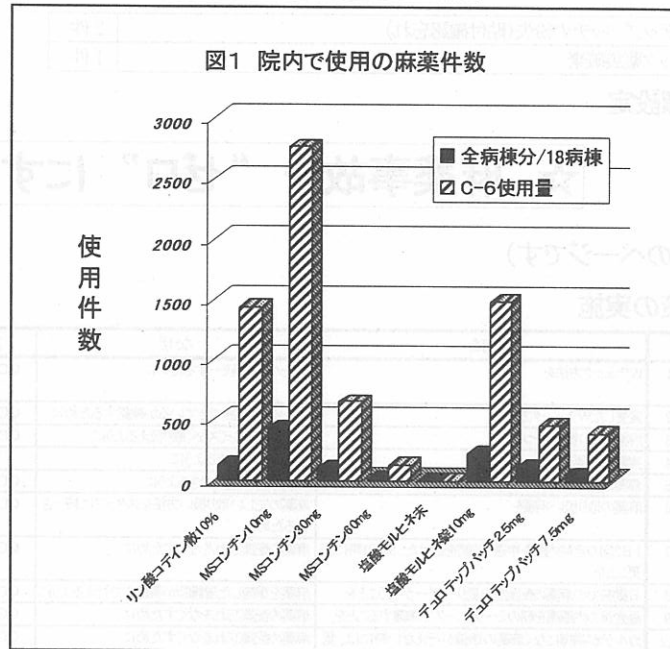
## 3、活動計画

活動計画：  
計画 ----->  
実施 ----->

実施項目	担当者	2005/04	05	06	07	08	09
テーマの選定	全員	→					
現状の把握と目標設定	全員	→	→				
活動計画の作成	全員		→	→			
要因の解析	全員		→	→			
対策の検討と実施	全員			→	→		
効果の確認	全員				→	→	
標準化と管理の定着	全員					→	→

## 4、現状把握

図1は、平成16年度に院内で使用された麻薬使用件数を全病棟での平均使用量とC-6病棟での使用量を比較したものである。この図より、C-6病棟では他病棟に比べ、非常に多くの麻薬を使用していることがわかる。平成16年度にC-6病棟で起こった麻薬事故は19件あり、全ての事故に対し、時系列事象関連図を使用して分析を行った。図2は、その1例である。



サークルチーム名	<i>Bon Voyage !</i>		(H17年 2月結成)		
リーダー氏名 (職種)	新井 聡子 (看護師)	所属 部門	看護管理・医療技術・事務・ その他( )	月当たり会合回数	5回
リーダー経験年数	年 8ヶ月			平均会合時間	180分
メンバーの数	計 5名 うち男 名 うち女 5名	活動 内容	質・能率 CS・モラル コスト・安全	平均会合出席率	90%
				テーマ歴 (このテーマで)	1件目

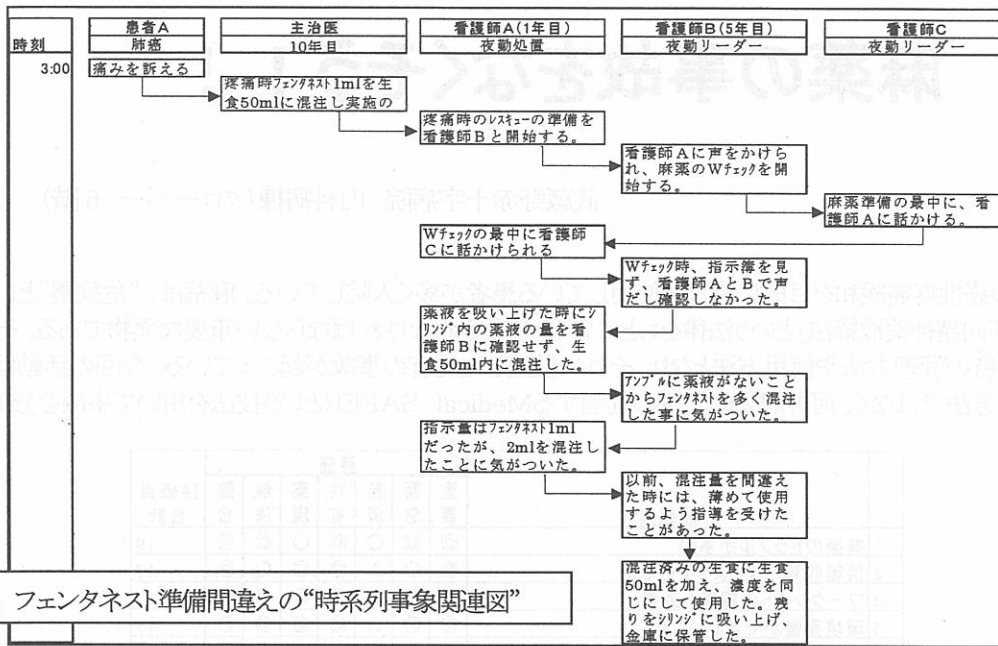


図2 フェンタネスト準備間違いの“時系列事象関連図”

### 麻薬事故 19件の内訳

注射	内服
フェンタネスト準備間違い(フェンタネストを指示量より多く多く吸い上げた)	MSコンチン投与忘れ
2件	2件
アンプルを捨ててしまった	リン酸コデイン投与忘れ
1件	3件
フェンタネストの過剰投与	塩酸モルヒネ錠内服確認ミス
1件	1件
塩酸モルヒネ注を準備したが、使用しなかった	MSコンチン内服確認ミス
1件	1件
フェンタネスト準備時にアンプルを落とし、破損した	リン酸コデインの包装破損
1件	1件
麻薬返納時アンプルを落とし、破損した	リン酸コデイン内服時、オブラートが破損し床にこぼれる
1件	1件
外用	
デュロテップパッチの紛失(貼付確認忘れ)	
2件	
アンパック薬袋破棄	
1件	

### 5、目標設定

★ 麻薬事故を“ゼロ”にする！(7月の1ヶ月間) ★

### 6、(次のページです)

### 7、対策の実施

	何を	なぜ	誰が	いつ	どこで	どのように
麻薬取り決め	1 Wチェック方法を	スタッフ内で統一するために	QCメンバー	6月30日	カンファレンスルーム	Wチェック方法を見直し、ミーティングでスタッフ全員にオリエンテーションする
	2 変更したWチェック方法を	スタッフが実施できているか確認するために	QCメンバー	8月中旬	ナースステーション	スタッフ全員の実施方法を確認する
	3 麻薬の取り扱いについて	新人が麻薬をミスなく取り扱えるように	QCメンバー	8月中	カンファレンスルーム	作成する
	4 実際の麻薬を	新人が理解できるように	齊藤	8月中	ナースステーション	写真付きの麻薬見本の作成を薬剤師に依頼する
	5 麻薬準備中は話し掛けないことを	麻薬準備に集中できるように	QCメンバー	6月30日	ナースステーション	ミーティングでスタッフ全員に説明する
内服薬	6 麻薬の取り扱い手順を	麻薬の正しい取り扱い方法をスタッフに統一させるために	QCメンバー	6月30日	カンファレンスルーム	見直し、ミーティングでスタッフ全員にオリエンテーションする
	7 1日2回の定時内報を送り時間を選んだ、9時21時に変更ことを	麻薬の査薬忘れをなくすために	QCメンバー	6月30日	ナースステーション	ミーティングでスタッフ全員に説明する
	8 日勤帯での麻薬の査薬を日勤リーダーが行うことを	麻薬を準備した看護師が実施まで行えるように	QCメンバー	6月30日	ナースステーション	ミーティングでスタッフ全員に説明する
	9 昼食後の内服薬を朝のミーティングで準備することを	麻薬の査薬忘れをなくすために	QCメンバー	6月30日	ナースステーション	ミーティングでスタッフ全員に説明する
	12 カルテが汚損になく麻薬の準備が行えない時に、覚え書きをすることを	麻薬の査薬忘れをなくすために	QCメンバー	6月30日	ナースステーション	ミーティングでスタッフ全員に説明する
	10 検査の予定がある場合、麻と書かれたマグネットをホワイトボードに貼ることを	麻薬の準備がスムーズに行えるように	QCメンバー	6月30日	ナースステーション	ミーティングでスタッフ全員に説明する
	11 検査出しの際に、麻のマグネットが取付かれている場合にはリーダーに声をかけることを	麻薬の準備がスムーズに行えるように	QCメンバー	6月30日	ナースステーション	ミーティングでスタッフ・クラークに説明する
注射	16 麻薬は内服するところまで確認することを	患者が麻薬を内服するところまでが責任である事を意識させるために	QCメンバー	6月30日	ナースステーション	ミーティングでスタッフ全員に説明する
	14 麻薬の取り扱いについての勉強会を	麻薬の取り扱いを徹底に行うために	薬剤師	7月中	ナースステーション	開催する
	13 受け持ち看護師が患者の状態を十分に観察して、麻薬を使用することを	麻薬使用の判断を間違えないために	QCメンバー	6月30日	ナースステーション	ミーティングでスタッフ全員に説明する
外用	15 アンプルを吸い上げる時には必ずトレイの上で行うことを	アンプルを破損・落下しないために	QCメンバー	6月30日	ナースステーション	ミーティングでスタッフ全員に説明する
	17 デュロテップパッチの取り扱いマニュアルを	デュロテップパッチを正しく取り扱うために	QCメンバー	6月30日	カンファレンスルーム	作成し、ミーティングでスタッフ全員にオリエンテーションする
その他	18 外泊時の指専用パンフレットを	患者・家族が正しく麻薬を取り扱えるように	QCメンバー	6月30日	カンファレンスルーム	作成し、外泊時の麻薬取り扱いについての指導を統一する



## 8. 効果の確認

### 有形効果

1ヶ月間(7月)の対策中に、フェンタネスト持続点滴の事故が2件発生してしまった。残念ながら、目標達成とはいかなかったが、この事故についても時系列事象関連図を作成して、背後要因を探り、標準化と管理の定着作成の参考とした。

#### ①フェンタネスト持続点滴の準備量間違えの事故

これは対策前と同じ要因の、Wチェックをしなかったために起きた事故であった。フェンタネスト持続点滴は、1回に25A吸い上げ、1日のうち約5回の交換があった。1ヶ月で計算すると155回交換しなければならなかった。夜勤では、少ない人数の中で、他患者の対応をしながら、麻薬の準備や交換を行っている。このような集中できない環境の中での頻回な麻薬の準備交換が、今回の事故の最も大きな誘因になったと考えられる。

#### ②フェンタネスト持続点滴の投与速度の事故

これは、対策前とは別の要因であった。フェンタネストの速度変更をWチェックで正しく行っていたのにも関わらず、注射箋の記入漏れにより起こった事故であった。この事故は麻薬に限らず、注射箋の使用 방법이徹底されていないことで起きたと考えられる。

### 無形効果

対策実施前のアンケート結果ではスタッフの半数がWチェックの方法に自信があるという結果だった。

しかし、実際にWチェックについて、QCサークルチームで、抜き打ちで、チェックをしたところ、マニュアルどおりに行っていたスタッフは2名のみであった。また、Wチェックができていない事による事故が起きており、Wチェック方法の修正を行った。

対策実施後のアンケート結果では2/3以上が、Wチェックの方法に自信があるという結果だった。対策後では23名のスタッフがマニュアル通り行うことができ、Wチェック方法のマニュアルが浸透したと言える。

	対策前	対策後
Wチェック方法に自信がある	13/25	17/25
Wチェック方法が正しく行える	2/25	23/25

## 9. 標準化と管理の定着

	何を	なぜ	誰が	いつ	どこで	どうする
管理	C-6病棟の麻薬手順を	麻薬の事故をなくすために	手順係	1年に1回(3月)	Nsステーション	手順の見直しをする
	新人オリエンテーション内容を	新人が麻薬を正しく取り扱えるために	教育係	1年に1回(3月)	Nsステーション	内容の見直しをする
標準化	麻(麻薬)のマグネットを	クレークに麻薬使用患者がわかるように	夜勤Ns	夜勤帯で	Nsステーション	ホワイトボードに貼る
	カルテから麻薬の指示簿を	麻薬の準備がスムーズに行えるため	クレーク	検査前に	Nsステーション	抜き出す
	麻薬のWチェックの方法を	麻薬の投薬プロセスを再認識するために	安全係	1年に1回(3月)	Nsステーション	確認する(ミーティングで呼びかける)
	外泊時の指導用パンフレットを	患者・家族が正しく麻薬を取り扱えるように	受け持ちNs	外泊前に	病室	使用してオリエンテーションする
	1日2回の定時内服を	送り時間に重ならないように	受け持ちNs	9時と21時に	Nsステーション	準備する
	院内の麻薬手順を	麻薬が正しく取り扱えるように	受け持ちNs	取り扱いに迷った時	Nsステーション	確認する
教育	昼のリン酸コデインを	準備し忘れないように	受け持ちNs	朝のミーティング	Nsステーション	準備する
	麻薬の返納・中止薬を	責任の所在を看護師にするため	各リターナーNs	朝のミーティング	Nsステーション	金庫から取り出し、クレークに渡す
	新人オリエンテーションを	新人が麻薬を正しく取り扱えるために	教育係	4月	カンファレンスルーム	新人に教育・指導する
	麻薬の勉強会を	麻薬の重要性を理解するために	薬局	4月	カンファレンスルーム	新人に教育・指導する
	麻薬の注射箋記入方法を	麻薬を正しく取り扱えるために	教育係	4月	Nsステーション	新人に教育・指導する

## 10. 反省と今後の課題

今回の活動では、本来のQC技法ではなく、Medical SAFERを用いてQCサークル活動を行った。時系列事象関連図を用いたことで、事故発生までの経過の中に潜んでいる問題点を明らかにし、背後要因を探ることで、具体的な対策に結びつけることができた。

“麻薬”は法律に管理された特殊な薬であり、その取り扱いや管理には十分な注意と知識が必要である。麻薬を取り扱うスタッフ1人1人が、その特殊性を理解し、正しい取り扱い方法を実施し、管理がなされることで、より質の高い、安全な看護の提供につながると考える。

今後の課題として、変更した業務内容の標準化と管理の定着を行い、麻薬事故“ゼロ”を目指していきたい。また、再発防止のために実施した対策が事故を誘発していないか、今後も対策の再検討が必要である。今回C-6病棟で考えた麻薬の取り扱い手順を1つの手段として、手順委員会を通して院内に水平展開させていきたい。

メンバー:北浦 なつ美、渡辺 恵、齊藤 亜紀子、井田 香織