



Asahikawa Medical University Repository <http://amcor.asahikawa-med.ac.jp/>

看護研究抄録(2022.4)令和2・3年度:49-50

看護師が正しく与薬できない要因についての一考察

近藤聡子, 斉藤容加, 塩谷今日子

看護師が正しく与薬できない要因についての一考察

旭川医科大学病院 5階東ナースステーション

○近藤聡子 齊藤容加 塩谷今日子

キーワード：看護師管理、与薬、手順

I. 目的

患者の安全保障とは、不測の事態による患者への危害がない状況を看護師が維持し続けることである。原理原則に則り、確実に看護師が与薬を行うためには、内服に関する院内のルールや手順を理解し、それを遵守しなければならない。しかし、手順を理解していても遵守できず看護師管理の内服に関するインシデントが後を絶たない現状がある。これまでに内服に関するインシデント減少に向け、要因を分析しシステム改善を行ってきたが、減少しなかった。看護師が与薬している状況でなぜインシデントが発生するのか、なぜ与薬手順を遵守できないのか要因を分析し、安全対策の強化に繋げていきたい。

II. 研究方法

1. 研究の種類：観察研究
2. 研究対象：2020年4月以降、A病棟に在籍している看護師22名
3. 研究期間：2020年4月1日～2021年3月31日
4. データ収集・分析方法
 - 1) 看護師管理薬のインシデント件数・内容の集計
 - 2) 発生した時間別インシデント件数と集計
 - 3) 看護師経験年数別のインシデント件数と集計
 - 4) 看護師の与薬方法と結果の集計
 - 5) 看護師管理薬に関する無記名自記式アンケートの集計（個人が特定できない情報のみを集計・分析）

III. 倫理的配慮

旭川医科大学倫理審査委員会にて承認を得て実施した。

得られたデータや分析結果など全てのデータは十分に配慮して保管する。また、自由意志による同意を得ており、個人情報の取り扱いはない。

IV. 結果

1. 看護師管理薬のインシデント集計

看護師管理薬のインシデントは、全体のインシデント154件に対し27件であり、全体の約18%であった。

2. 看護師管理薬のインシデント内容

与薬忘れ：12件、過剰投与：5件、過少投与：10

件だった。与薬忘れや過少投与の要因は、7 Rでの指差し・声出し確認ができていなかった。過剰投与は、報告連絡相談や十分な確認が行われていなかった。

3. 発生した時間別インシデント件数

発生時間は、6～9時が7件、9～16時が9件16～6時が11件であり夕食後薬の与薬時間が多かった。

4. 看護師経験年数別インシデント件数

報告者の経験数は、1～3年目が86%を占めていた。

5. 看護師の与薬方法

院内の与薬手順を7項目に分け、看護師10名の実際与薬場面を確認した。指示書と確認し、7 Rを指差し・声出し確認をすることがほとんどできておらず、7項目全てできている看護師は0名であった。

6. 看護師管理薬に関する無記名自記式アンケート

アンケート回収は、22名中13名であった。院内の手順を知り、遵守して与薬方法を行っているのは、13名。

手順に従って与薬できない場面について、与薬中の他患者への対応、多重課題があげられた。看護師管理薬のインシデントが減少しない要因は、指差し・声出し確認での7 Rが徹底されていない、多重課題で作業が乱雑になり、手順を抜いてしまうという意見が聞かれた。

V. 考察

A病棟の看護師は、与薬時に院内の手順を遵守しているという意識はあるが実際の与薬場面では実施できておらず差があった。院内の手順において、十分な理解が得ていないことが考えられる。与薬時に7 Rを指さし・声出し確認で実施できていれば予防できたインシデントは多い。実施できていない要因は、過信や多重課題により焦って与薬し手順を遵守できていないことが考えられる。また、指差し確認は行えているが声出し確認が実施できておらず、患者の前で声を出すことに抵抗感があることや慣れからくる確認行為の省略があると考えられる。これらのことから、院内の手順を遵守した方法での与薬方法に

ついでに理解や技術を習得し、習慣化していくことで安全対策に繋がっていくと考える。

VI. 結論

1. 看護師が正しく与薬できない要因は、院内の手順において十分な理解がされていないことや慣れからくる確認行為の省略が行われていることが明確になった。

2. 与薬時に過信や多重課題による影響もあり、安全に与薬できる環境や正しい与薬が習慣化できるよう検討していく必要がある。

VII. 引用文献

舟島なおみ編：院内教育プログラムの立案・実施・評価

P 207 医学書院2011