

---

諸外国の医療機関における安全管理基準及び

医療の質の基準に関する研究

---

厚生労働科学研究費補助金（医療技術評価総合研究事業）

（課題番号 H15－医療－063）

平成 15 年度 研究成果報告書

平成 15 年 3 月

主任研究者 阿部俊子

（東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科）

## 目次

### 研究成果

|                             |    |
|-----------------------------|----|
| I. 研究の概要                    | 3  |
| II. 研究目的                    | 6  |
| III. 研究方法                   |    |
| 1. フォーカスグループディスカッション        | 7  |
| 1) 研究対象                     |    |
| 2) 調査期間                     |    |
| 3) 調査方法                     |    |
| 4) 分析方法                     |    |
| 2. 文献検討                     | 9  |
| IV. 研究結果                    |    |
| 1. フォーカスグループディスカッション        | 10 |
| 2. 文献検討：誤薬と転倒におけるエラー防止と患者教育 | 18 |
| V. 考察                       | 38 |
| VI. 結論                      | 56 |
| VII. 文献リスト                  | 57 |

### 資料

|                                     |     |
|-------------------------------------|-----|
| 資料1 患者・看護師へのインフォームドコンセント用紙（同意書）     | 63  |
| 資料2 海外における研修報告書                     | 66  |
| 1. 東京医科歯科大学大学院 保健衛生学研究科 博士課程後期 北沢直美 |     |
| 1) デンマーク リソ国立研究所                    |     |
| 2. 東京医科歯科大学大学院 保健衛生学研究科 博士課程前期 大表歩  |     |
| 1) アメリカ メイヨクリニク                     |     |
| 2) デンマーク リソ国立研究所                    |     |
| 資料3 外国人研究者の招聘報告書                    | 97  |
| カリフォルニア大学 助教授 Margaret Walhagen     |     |
| 資料4 患者教育・情報提供用資料                    | 118 |

## 研究組織

主任研究者 阿部俊子 東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科  
看護システムマネジメント学

研究協力者 永井庸次 水戸総合病院 院長

荒木幹枝 水戸総合病院 看護科長

萬田良子 社会保険中央総合病院 看護部長

北沢直美 東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科

大表歩 東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科

竹山直子 慶応義塾大学医学部附属病院

上村久子 東京医科歯科大学医学部保健衛生学科

織田忍 東京医科歯科大学医学部保健衛生学科

戸田くるみ 東京医科歯科大学医学部保健衛生学科

## I. 研究の概要

### I-1. 研究目的

諸外国における安全管理基準や患者参加・教育のあり方を検討する。さらに、日本における看護師と患者の誤薬と転倒の医療事故防止と患者教育の認識の実態から、その問題点と今後のあり方を検討する。

### I-2. 研究方法

海外での実情に関する調査を、文献検索と視察研修により実施した。文献検索は、誤薬に関しては、2003年10月の時点において、1993年から2003年までのPubMedで「Medication Errors (MeSH)」「Patient Education (MeSH)」をキーワードに3件が検索された。また、「Medication」「Errors」「Education」「prevention」「partnership」の用語を組み合わせて検索を行い、関連のある文献を抽出した。転倒に関しては、「Falls」「Prevention」「Patient Education」をキーワードに組み合わせて検索を行い、関連のある文献を抽出した。このうち「excise」に関するものは、検討から除外した。さらに、研究を進めるにあたり入手した関連文献を加え、検討を行った。

さらには、2病院の患者(n=14)と看護師(n=22)に対して、フォーカスグループディスカッション (FGD) によるインタビューを行い、現状の患者教育の実態をKJ法で分析し、その問題点と解決策を先行研究から裏づけ、今後の患者教育のあり方を検討した。インタビューの際には、患者・看護師に対しインフォームドコンセントを行い、研究の同意を得た。

### I-3. 結果と考察

#### 1) フォーカスグループディスカッション

患者、看護師ともに、疾患や治療に関する説明は医療事故防止につながるという認識をもっている。説明の目的として、看護師は「患者の自己意識の向上」「円滑な治療につながる」「家族を含めて協力を得る」といった意識をもっている。そして、説明を受ける患者側では、「説明を受ける意味は確認・大切・安心である」「治療への関心を持つことは大切である」と認識しているが、その一方で「知りたくないことや聞きたくないこ

ともある」「説明を聞きたくても、恥ずかしくて言えない」「具合の悪いときの説明は覚えていない」という不満・要望を抱いている。また「患者の理解力のないときはどうするのか」「納得と記憶・実行は別」など、個別性のある対応や実施可能な指導を求めている。また、病院、病棟、職種、受け持ち看護師の違いなどによる指導内容の非統一による不満や不安が指摘されている。こうした患者の意識に対しては、看護師側も「タイミングや時間を考え、繰り返し説明を行い、理解力に応じて対応」するよう努めてはいるものの、教育・説明の方法や患者の理解度評価には、マニュアルなどにより標準化されてはならず、看護師個人の能力に任されている現状がある。また、日々の業務の忙しさにより教育を十分に実施できていない現状を看護師も認識しており、改善が必要と感じている。教育により患者がきちんと理解しているか、患者の理解不足による服薬の間違いは生じてないか、という評価は実施されておらず、評価の重要性に対する意識も低い。患者、看護師個人による意識のばらつきはあるが、両者ともに患者が疾患や治療について理解し治療に参加することが、治療効果や安全性の向上に重要であるという意識が表れている。今後、より効果的な教育の実施が必要となる。そのための課題として、「内容の統一化および標準化」「患者の理解度の評価」「患者のニーズに合った教育内容と方法」「効果的な教育の実施」「患者教育の効果の評価」が示唆された。

## 2) 文献検討

患者安全における患者教育を研究した文献は少なく、患者教育の効果を明確にしているエビデンスはほとんどない。患者に医療参加を呼びかけるパンフレットなどは数多くある。薬剤における患者教育に関する調査では教育の内容・時間が不十分であった。高齢者では内服を適切に行えていないことが多く、それにより疾病率の悪化や入院率の増加が引き起こされる。すなわち、患者教育は医療コストにも影響を与える。患者に関連する薬剤エラーの要因として、患者特性（視力・聴力障害、理解力低下など）、コミュニケーションの問題（説明不足、説明が不適切、患者の理解力を無視した情報提供など）、ノンコンプライアンス（知識不足、使いにくさ、態度など）がある。患者教育により患者の知識やコンプライアンスが向上し、薬剤エラーが減少する。実際に、患者教育により患者が薬剤エラーを防いだ例も紹介されている。患者教育は複合的な方法（口頭説明と具体的な説明、説明文書、実際の実施指導など）と患者ニーズのアセスメントから、患者の個別的な教育を行っていくことが効果的である。「薬剤エラー」や「転倒」に関しても一方的な教育ではなく、複合の教育方法（説明、説明文書、実施など）と患者への個別的な教育が重要である。

#### I-4. 考察

エラーを防止する段階として、第一次予防（現場レベル）、第二次予防（システムレベル）、第三次予防（国レベル）があり、それぞれにおいて対策を行うことにより、Reasonのスイスチーズモデルにおける防御壁を増強することができる。この中で、患者教育は第一次予防であり、エラーを直接予防し得る点で重要な役割を果たす。患者教育の目的は、患者の医療参加を促進し、「患者中心の医療」を形成することである。ここには「パートナーシップ」「リスク共有」の概念が含まれる。患者の自己管理能力を向上させるためには、患者のコンプライアンスを考慮した上で、複合的な方法による教育介入を行うことが効果的である。そのために、まず患者の理解度やニーズをアセスメントし、患者の個別性に合わせた教育を実施する必要がある。日本における今後の課題として、患者教育における患者のニーズのアセスメント方法とそれに対しての個別的な患者教育方法を医療者に教育していくことがあげられた。

#### I-5. 結論

- 患者教育は、患者が積極的な参画を行い、患者も含めたチーム医療としてのエラー防止に効果がある。
- 効果的な患者教育はひとつの方法でなく複合的な教育方法である。
- 患者教育ニーズを個別的にアセスメントして個別的な患者教育を行うと効果的である。
- 医療者は効果的な患者教育に関して、基礎と継続教育が必要である。

## II. 研究目的

医療事故はその背景にあるシステム要因や組織要因により引き起こされる。医療事故防止の方策の一つとして、医療の安全と質の保証をするための医療機関の基準があり、その中には患者自身がエラーの防御壁となりうるという視点での「患者教育」が含まれている。諸外国およびわが国における安全・質保証の基準、その中でも特に「患者教育」の現状の明確化とその評価が不可欠になる。

そこで本研究は、諸外国における現状を踏まえた医療の質の保持、向上のための安全管理基準の制定を検討し、さらに安全管理の一方策として患者教育に焦点を当て、その実状と今後の方向性について検討を行うことを目的とする。さらに患者教育に限定した目的としては、看護師と患者、両者の、医療事故防止と患者教育の認識の実態を明らかにし、両者の認識の違いを明らかにすることである。

### 研究の操作的定義

#### **患者教育**

患者教育とは、「人間に他から意図をもって働きかけ、望ましい姿に変化させ、価値を実現する活動」(広辞苑)であり、医療においては「患者自身の健康のニーズに関する、患者への教育と訓練」をいう (MeSh)。

### Ⅲ. 研究方法

#### Ⅲ-1. フォーカスグループディスカッション (FGD)

##### 1) 研究対象

首都圏内にある総合病院 2 施設（病床数：A 病院 418 床、B 病院 215 床）に調査を依頼した。調査実施期間中に入院しており、調査の協力が得られた患者で、状態の安定している患者（A 病院 n=7、B 病院 n=7）及び入院患者が入院している病棟の看護師（A 病院 n=15、B 病院 n=7）を調査対象とした。

##### 2) 調査期間

2003 年 12 月

##### 3) 調査方法

患者・看護師、それぞれに対して、3～7 名より構成されるフォーカスグループディスカッション（以下 FGD とする）によるインタビューを実施した。FGD における質問は、患者教育全般と転倒・転落に対する患者教育に大きく分けて行った。質問のテーマは以下の通りである（表Ⅲ-1）。インタビューの内容はテープに録音し、逐語化した。



表Ⅲ - 1 FGD の半構成面接の質問テーマ

|            | 患者  | 看護師  |
|------------|---|--|
| 患者教育<br>全体 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・患者教育の目的は？</li> <li>・看護師の対応はどうだったか？</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・患者教育の目的は？</li> <li>・医療者が改善すべきこと、患者に期待すること</li> </ul>   |
| 薬剤、<br>その他 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・これまでどのような説明を受けたか？</li> <li>・説明は理解できたか？</li> <li>・薬剤エラーを指摘したことがあるか？</li> </ul>                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>・どのような患者教育を行っているか？</li> <li>・教育の方法は（個別・集団など）</li> <li>・教育の評価を行っているか？</li> <li>・患者からエラーを指摘されたことがあるか？</li> </ul>                          |
| 転倒         | <ul style="list-style-type: none"> <li>・転倒に関する説明はあったか？</li> <li>・説明の内容は？</li> <li>・説明は理解できたか？</li> <li>・転倒の起きやすい状況を指摘したことがあるか？</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>・転倒に関する説明を行っているか？</li> <li>・説明の内容は？</li> <li>・教育の方法は？（個別・集団など）</li> <li>・教育の評価を行っているか？</li> <li>・患者から転倒の起きやすい状況を指摘されたことがあるか？</li> </ul> |

#### 4) 分析方法

2名の看護師（臨床経験10年以上博士レベルと臨床経験2年）により、逐語録から、各対象の患者教育に関連する意識や考えを表している部分をそれぞれ抽出した。KJ法（表Ⅲ - 2）を用いたグルーピング・階層化を行い、各対象の意識について図解し、患者教育の実態や問題点について分析した。

表Ⅲ - 2 KJ法とは

KJ法は、文化人類学者である川喜田二郎が考案した創造的問題解決の技法で、川喜田氏の頭文字をとって“KJ法”と名付けられたものである。ブレン・ストーミング（何人かが集まり、あるテーマをめぐって、既成概念にとらわれず、自由奔放にアイデアを出し合う会議形式）から出されたアイデアや意見、または各種の調査の現場から収集された雑多な情報を1つずつ小さなカードに書き込み、それらのカードの中から似たようなもの同士を2、3枚ずつ集めてグループ化していき、それらを小グループから中グループ、大グループへと組み立てて図解していく。そのようにして、テーマの解決に役立つヒントやひらめきを生み出していこうとするものである。

## Ⅲ-2. 文献検討

### 1) 研究対象・方法

誤薬に関しては、2003年10月の時点において、1993年から2003年までのPubMedで「Medication Errors (MeSH)」「Patient Education (MeSH)」をキーワードに3件が検索された。また、「Medication」「Errors」「Education」「prevention」「partnership」の用語を組み合わせて検索を行い、関連のある文献を抽出した。転倒予防と患者教育に関する文献検索は、1993年から2003年までのPubMedで「Accidental Falls (MeSH)」「Patient Education (MeSH)」というキーワードで検索を行い、介入の種類が運動(exercise)のものは検討対象より除外した。さらに、研究を進める上で収集した関連文献を加え、検討を行った。医学中央雑誌では、「転倒」「予防」「患者教育」のキーワードで検索し、抽出された関連文献の検討を行った。

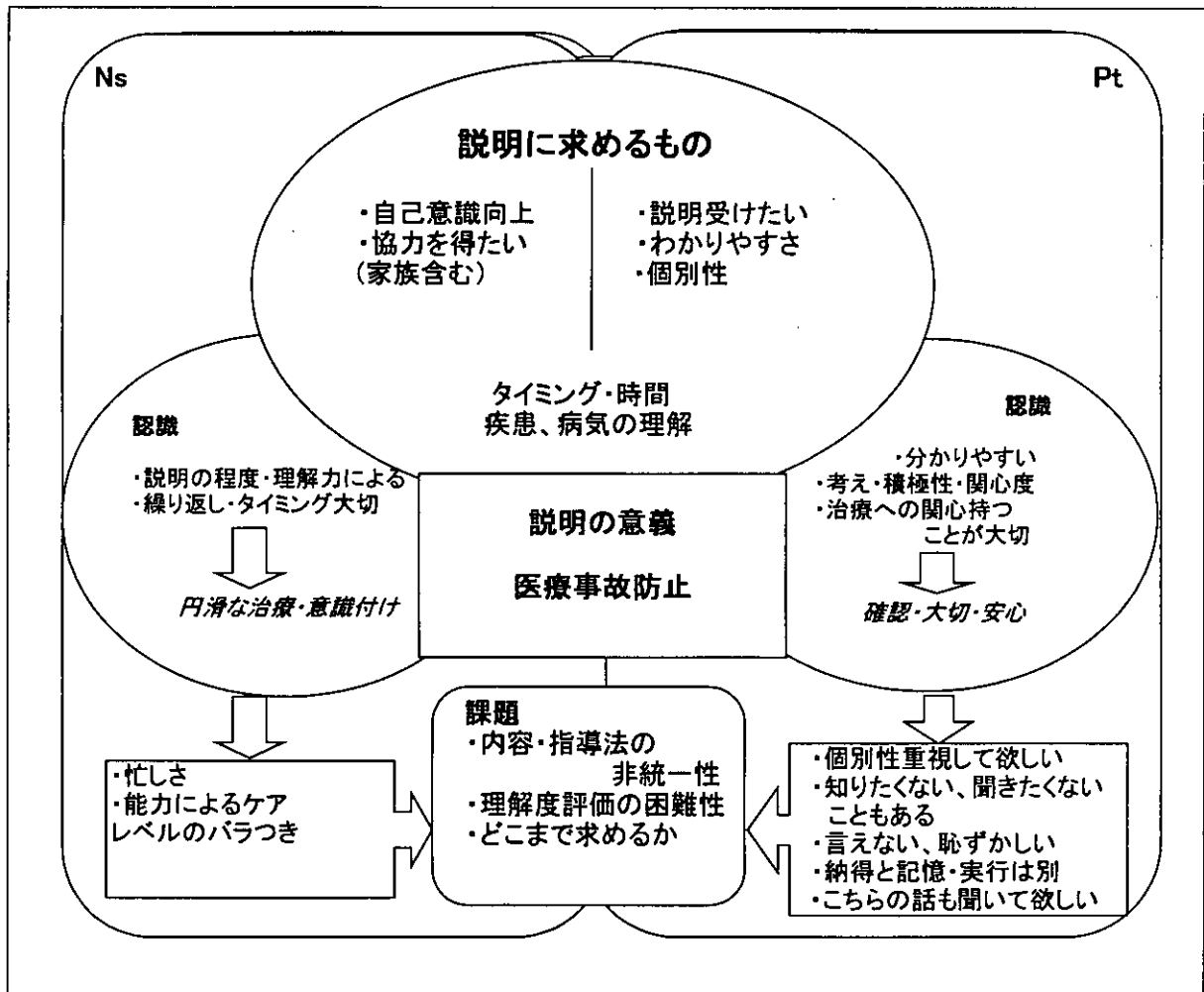
## IV. 研究結果

### IV-1 フォーカスグループディスカッション：

#### 患者教育に対する患者・看護師の意識

フォーカスグループディスカッションの内容を KJ 法にて図解したものを示す (図IV-1-1)。また、さらに、患者と看護師の意識の比較や今後の課題として内容をまとめたものを図IV-2-1に示す。





図IV-1-2 患者・看護師の意識と今後の課題

#### IV-1-1. 患者教育の目的

看護師は、患者教育の全般の目的を「患者の自己意識の向上」「自己管理能力の向上」「円滑な治療につながる」「家族を含めて協力を得る」と考えている。そのような目的意識をもって患者に対して説明を行っているので、患者のセルフケアの意識と能力の向上を目的として、それが治療に連動すると考えている。

また、薬剤に関する患者教育の目的は、患者自身が「間違いがないか確認」するためであると考えている。患者自身の意識付けというようなことは聞かれなかった。さらに、転倒に関する患者教育の目的では、「患者に転倒リスクを伝える」「患者自身の安全のため」など、安全性に関する目的もあげられたが、患者自身の気づきを促進しても、患者自身が予防的行動をするということには至っていなかった。

#### IV-1-2. 患者教育の内容と問題点

##### 1) 患者の個別性

患者は、医療者からの患者教育に対して、「説明があいまいな感じ」「あまりマニュアルにはならないで欲しい」「個別性重視して欲しい」と、教育内容の具体性と個別性を重視した明確な説明を期待している。医療者が患者教育を行う際に、資料などを使用して、一方的な説明などになっている傾向もここから推定できる。

##### (1) 理解度の評価

患者教育において、患者の個別性を重視した教育を医療者が行うためには、患者の理解度のアセスメントがまず重要である。患者の理解度を無視した内容の教育では、患者が知りたいと思っても限界がある。

患者の理解度を評価する標準化されたツールはなく、通常、看護師は患者の理解度を「実際に患者の自己管理の状況を見て判断する」ことが多い。ところが、現実には看護師が患者は自己管理できるだろうと判断して、薬剤の管理を患者に任せて、薬の飲み忘れなどが発覚することも多い。このように、主観的であいまいな指標ではなくて、客観的で標準化された患者の理解度指標が必要であろう。

看護者からの、「転倒に関する説明」を患者がどのように理解するかは、患者の理解度や認識によって異なる。「自分は転倒しない」と思っている患者も多く、若い人に特にその傾向がある。患者の状態によってもその認識は左右されるので、患者は「動ける

ようになったときにもう一度言ってもらいたい」「術後も一声かけたほうがよい」と感じている。すなわち、看護者が一方的に、転倒に関して説明をするよりも、患者の状況に応じて説明していくことが必要である。

理解力が低い患者に対して医療者は、「理解力を把握した上での対応をとっていく」「繰り返し言っていく」「家族とともにサポートしていく」といった工夫を行っているが、「歩行時は看護婦を呼ぶように説明しても、一人で行動してしまう」「うなずいていても理解していない」と、患者の理解が困難な場合もある、と看護者は感じている。看護者が患者教育での効果に対してかなり疑問を持っている部分がある。

反対に、患者は、看護者からの患者教育が患者の状況に合わせて、的確に行われているということに対しての、疑問があるようであった。「痴呆や手術後などの理解力が低い状態に説明を受けても仕方がないのに、看護婦は何を考えているのだろうか」という疑問を投げかけている。

## (2) 教育のタイミング

患者に対しての患者教育としての説明を行う上で、「いつ」行うかというタイミングも重要となる。患者の状態が悪いときには医療者から説明があっても、「自分の身体が辛かったから、何の薬を入れていたのかは分からない」という状況もあるなど、入院中でも体調や症状の程度や回復期の時期によって患者の理解度は大きく異なる。この適切なタイミングで患者教育されていることを患者はあまり感じていない。さらには、患者の適切と考える時期でないときの説明は反対に患者の不満を大きくしている。

であるから、患者教育を突然医療者の都合で行うのではなく、「いつ行われるのかという予測」も大切である。患者からは「事前に打ち合わせの時間も教えて欲しい」という意見もあり、患者が説明を聞く準備が整っていることも患者教育では、その効果を最大限にするための重要な項目となる。

## (3) 個別の対応

看護師は、患者との相互関係の重要性を理解しており、「一方的にならずに相手の反応を見ながら、どこまで理解できたのか確かめながらしていくことが大切」と考えており、「内向的な人にはあとから看護師からフォローする」という配慮も行っている。患者が理解できたかどうかの確認方法に関しては、具体的には挙げられていないので、その部分が客観的に行われているかどうかは、話されなかった。

## 2) 説明内容の統一

患者、看護師両方から、患者教育の内容に統一性がないという問題が認識されている。説明内容は標準化されておらず、「説明の内容は個人の力量によりばらつきがある」とされている。これは、教育内容だけでなく、教育方法も含まれている。

さらに、チーム医療の中で責任の所在も曖昧になって、誰が説明するかも定められていない場合が多く、看護職から「(薬の)内容については医師に聞いているのだと思う(でも自分はよくわからない)」と患者教育での責任分担も明確でないことが明らかにされた。

転倒のリスクに関する患者への説明は、主に入院時に実施されていることが多い。転倒リスクのアセスメントを実施しており、リスクの高い患者に対しては特に詳しく説明を行っている。転倒リスクのアセスメント結果は、申し送りやチェックリストにより情報を共有化し、チームで看護計画を立てて対策を実施している。しかしながら、患者のリスクがどのくらい高いかは患者には説明していない。

転倒のリスクの説明にはパンフレットを使用しているが、指導の細かいマニュアルはなく、「状態を見て危険だと感じた患者には、口で説明する」「転倒後の骨折などのリスクは口頭で付け加える」など、個別的な対応に関する内容は看護師によって異なる。

患者からは、転倒の危険性の説明について、「スタッフによって説明内容が違う」「説明のマニュアルが必要」といった意見が出され、ここでも説明内容のばらつきが問題となっていた。これらから、説明の内容の統一が必要とされていることがわかる。

## 3) 患者参加の実態と患者の意識

この調査により、医療への患者参加の実態と患者の意識についても明らかになった。患者側も主体的で積極的に医療に関わる意識の強いことが、「自分の受ける治療について関心を持つことが大事」「患者も受身だと間違い。能動的な態度が必要」などの言葉から推察された。また、「治療の幅があるときは、患者の気持ちとか生活を考えて、患者がベストな選択をしたい」「実行が難しいというのは自分の甘えによる部分が大い」といった患者自身の医療に対する参画意識が強く、医療に受身ではなくて、医療を受ける主体としての責任もあるという自覚と行動が期待できることがわかった。相対的に医療に対しての意識が高いことがこの調査から検討された。

一方、看護師は患者の医療に対する意識が、特に医療エラーに関して強くなったことを感じている。「患者が点滴するときじっと見ている」医師に対して積極的に質問している」「患者も(患者取り違え防止に関する)確認の作業についてすんなり受け入れて



いる」という内容から検討できた。

患者自身も医療エラーに関してかなり積極的に参加する姿勢があり、「薬の副作用だと自分で気づくことがある」「わからなくなったら自分のほうから聞く」という内容からそのことが検討された。薬剤投与時の患者取り違え防止のための確認作業に関しては、看護師は、「患者と共に、何度も確認作業をすることに引け目を感じている」という意識があるが、患者はその薬剤使用で看護師に名前を確認されることで「安心する」と感じている。ここに大きな意識の差があり、医療者のほうが、患者に対して、患者参画しての医療防止ということに関して、意識が進んでいないことがわかる。

転倒予防の看護師の説明に関する患者の反応では、「しつこいくらいに（転倒に関して）言ってくれるから、言われると（転倒予防の）心構えになっていい」といった前向きなものから、「しつこく言われたから（転倒予防のために看護に）付き添ってもらった」「見張りとして看護婦さんがつく」というように、仕方がない、見張りといった後ろ向きの捉え方まであるが、何らかの形で患者の意識付けにつながっている。

その他に、転倒の予防教育を行うことの波及効果として、「同室者から危ないと情報をもろうこともある」「家族から、普段転びそうで危ないという情報を事前に提供されたことがある」など、同室者や家族の指摘により転倒が予防されることもあり、周囲の人への教育の重要性も示唆された。

#### 4) コンプライアンス

薬剤を自己管理する上で、患者のコンプライアンスが大きく関わる。入院中は「看護師が確認しに来るので内服を忘れることはない」が、退院後、自宅での自己管理では「他のことに気をとられて忘れる」「外出した時に飲み忘れる」「食後すぐに飲まないと忘れてしまう」こともあり、「あとで薬が余ってしまった」経験をしている患者もいる。

コンプライアンスを低下させる要因として、「文字が見えない」「袋をあけられない」「理解力の低下」といったことが出されており、改善方法として薬剤一包化やカラー写真による説明書などの工夫がなされている。患者は一包化により自己管理がしやすくなったと感じているが、看護師からは問題点として、「同じ薬でも（一包化して袋から出してしまうため）見た目が違うことによる患者の混乱がある」ことがあげられている。

#### IV-1-3. 医療事故防止と患者教育の重要性とその課題

患者教育と医療事故防止との関連について、看護師は「説明と医療事故との結びつきはかなりあることは意識している」「（説明する際の念頭には）事故を起こしてはいけないという暗示がある」と意識している。

一方患者も、「最近医療事故が報道されているので、だんだん敏感になっている」と事故に対する意識が高まっており、「患者自身の意識も問題」「本人も気をつけなければいけない」、「自分の受ける治療について関心を持つことが大切」と、医療事故防止に関する自分自身の責任について認識しており、これは「パートナーシップ」「リスク共有」の概念にも通じる。それは、「お互い人間なので限界がある」ので、「立場の違いによる注意をしておけばよい」、「医療者ばかりが悪いのではなくて、患者が気をつけたら防げたこともある」といった言葉にも表れている。患者と医療者がパートナーシップを形成していくためには、信頼関係が重要であり、「入院したときからコミュニケーションをとることが大切」「患者も看護師もお互いを理解することが大切」と患者も考えている。しかし、患者は「説明によって救える医療事故と救えない医療事故がある」という意見も持っており、その部分に関しては医療者がきちんと責任を持ってほしいと考えている。

## IV-2 文献検討：誤薬と転倒におけるエラー防止と患者教育

患者教育がどのように誤薬と転倒におけるエラー防止に関連しているかということ、国内外の先行研究から検討するために、文献を検索して検討した。

### IV-2-1. 誤薬におけるエラー防止と患者教育

誤薬におけるエラー防止と患者教育に関する文献検索は、1993年から2003年までのPubMedで「Medication Errors (MeSH)」「Patient Education (MeSH)」というキーワードで検索し3件が検索された。さらに、「Medication Errors」「Education」「prevention」「partnership」などの用語を組み合わせて検索を行い、関連のある文献を抽出した。医学中央雑誌では、「投薬過誤」＋「患者教育」のキーワードで該当する研究は検索されず、「投薬過誤」＋「患者参加」のキーワードで1件、また関連する文献として2件が検索されたが、注射薬剤投与や輸血実施における確認の際の患者参加に関するものであり、内服に関するものは検索されなかった。

#### 1) 薬剤エラーと患者教育の実態

薬剤エラーに関しては多くの研究で検証されている。まず、薬剤履歴の問題がある。Beerら(1990)は3病院における122名の高齢者患者の薬剤履歴に関する薬剤エラーを調査したが、83%の医療記録に薬剤に関する間違いがあり、その中でも46%は3つ以上の薬剤履歴の間違いがあることが検証された。医療記録の薬剤履歴が不適切であることから、不必要な薬剤を処方されたり、入院前に服用していた薬剤が処方されない、といった問題が生じている。

次に、医療者によって引き起こされている実際的な薬剤エラーがある。Johnson(1996)は、退院した小児科患者(n=192)を対象に、335の処方箋を評価した。退院時に処方された薬剤の12%に、処方箋、退院指導シート、薬剤ラベルの間違いが認められた。薬剤師から適切な薬剤管理について指導を受けた家族は、44%のみであった。薬剤管理指導も的確に行われていないという実状がわかる。患者教育を行っている内容に関しても研究されているが、患者指導内容は全般的に不足しているために、それに連動して患者の知識レベルも適正なものになっていない。Shabbir(1999)らは、高齢者に対する薬剤教育の時間と患者の知識、満足度、教育提供への障害に関する研究を行った。教育に費やす時間は、医師が平均10.5分、薬剤師は平均5.3分であった。51%の

患者が、医師からも薬剤師からも教育を受けていないと報告し、書面による指導を受けたのは30%のみであった。自分が服用している薬剤の名前を全て言うことができたのは43%であり、薬剤の副作用を言うことができた患者はいなかった。しかしながら、患者は全体的に、教育に満足していた。医師と薬剤師は教育提供の時間不足という共通問題点をあげているが、その中でも医師の約半数は薬剤教育の提供に関しては問題がないと感じていた。患者教育に関しては問題点が明確になっているにも関わらず、患者側と医療者側に自覚が足りないということもここからわかる。

Latter (2000) らは、薬剤教育に対する看護師の実践について調査を行った。その結果、看護師の薬剤に関する情報提供は、薬剤名、目的、色、錠剤の番号、服薬時間・頻度などの単純なものに限られていることが明らかになった。患者教育内容には、患者の特徴、患者の認識、患者と看護師の人間関係、時間不足や過大な仕事量、臨床領域内のケア方針などが複雑に関連している。

それらの患者教育の問題点は、患者による実際の内服段階での薬剤の問題点と直結する。Morrow ら(1998)によると、高齢者の40-45%は薬剤を適切に服用していなかった。米国ではナースিংホームに入居している高齢者に生じる薬剤エラーの23%は、薬剤の自己管理ができないことが原因である(Berry1992)。不適切薬剤の使用により、高齢者の入院(Coll1990, Bero1991)、ナースিংホーム入所(Berry1992)が増加し、医療費の増加の大きな要因となっている。このように服薬が不適切であることによって、基礎疾患が悪化し、疾病率や入院率の増加につながり、さらには死亡にいたるということが多くの文献で指摘されている(Coll1990, Bero,1991, Lamy1990, Kronewr1993)。患者教育を適切に行うことは、薬剤エラーを予防するという一方で、患者の適切な薬剤使用を促進し、長期的に医療における疾病率や入院率といった医療経済としての大きな効果があるということがこれらから検討された。

薬剤エラーに関しては、患者教育の問題点が多く指摘されているが、患者と医療者の認識が少ないということがさらに問題を深刻化させている。薬剤の患者教育というのは医療経済的にも大きな比重を占める問題でもある。

## 2) 薬剤エラー、薬剤不適切使用の原因

Beverly ら(1994)は、薬剤の不適切使用の原因を図表化して示している(表IV-2-1)。ここでは患者特性としての視力や聴力障害、認知力、理解力低下の問題だけでなく、不適切なコミュニケーションやコミュニケーションの不足により、情報が適切に提供されないことや、患者の理解力にあわない医療者からの指導内容から不適切薬剤の使用が生じているということを指摘している。その薬剤の不適切使用が結果的に高齢者の健康を脅かす割合は4%から35%とされている。これらには、患者だけの問題ではなく、薬剤