

# 与薬ミス防止におけるハットヒヤリメモの活用と 業務改善の効果

A棟4階南

○北村昌子 本田恭子  
宮城早苗 吉川香織

## 1. はじめに

与薬業務は、診療の補助・介助業務の中でも、看護師がその医療行為の実施者となることが多い。医療の進歩によって、治療薬の種類も増え、業務内容も複雑化してきている。それゆえ、薬剤を投与するということは、小さなミスでも大きな事故につながりやすい。ハインリッヒの法則に、「1件の大事故の影には、29件の小事故があり、運良く事故に結びつかなかった300件のニアミスが存在する」<sup>1)</sup>とされているように、与薬という業務を安全に確実にやっていく必要があり、また、事故防止策をたてることが重要な課題となっている。

当小児科病棟では、患児の年齢を考慮し、内服薬を看護師で管理している。また、薬剤量も年齢・体重に応じて大変細かく、更に治療上厳密な持続点滴を要する患児が多い。そのため、小さな誤差でも生命に関わる危険性があり日々細心の注意を払い、事故防止に努めなければならない。しかし、当病棟では誤薬に関する事故・ハットヒヤリの割合が全体の71件(63%)と非常に多く、再発防止策として確認の徹底を挙げているにも関わらず、減少していないのが現状である。そこで、アンケートを用いて看護師個々の誤薬に関する意識調査を行い、業務の見直し、日々の業務の中で各自の看護行為の振り返りを行った後、再度アンケートを用いて以前の意識の変化を調査した。

## 2. 研究目的

誤薬の減少がみられない要因として、看護師個々の事故・ハットヒヤリに対する危機意識が大きく関与しているのではないかと考えたため、事故・ハットヒヤリに対しての意識を高めることを実施した。

## 3. 研究期間及び対象

- 1) 期間：平成14年6月14日～10月31日
- 2) 対象：当病棟に勤務する看護師20名

## 4. 研究方法

方法1) 与薬過程とハットヒヤリに対する意識調査I(6/14～6/30)(表1)

方法2) ハットヒヤリメモの作成、内容の掲示(7/28～10/31)(図1)

方法3) ハットヒヤリメモ実施後の意識調査Ⅱ(10/1～10/8)(表2)

## 5. 結 果

与薬過程とハットヒヤリに関する意識調査Ⅰの結果、18人(90%)が与薬時の確認ができていると答えた(図2)。また、現在の内服、注射準備において保管から与薬に至るまでに誤薬につながる要因について、内服に関しては、配薬車の上が乱雑になっている、止め指示の出た薬が残っている、注射薬に関しては、当日分の棚に薬品がなかった、止め指示の出た薬が抜かれていなかったなどの意見があった(表3)。次に、今までにハットヒヤリをうやむやにしまったことがある者が、13名(86%)であった(図3)。ハットヒヤリ報告書を記入しようと思った理由としては、「報告しなければいけないと思ったから」が13名(52%)、「他人に言われたから」が6名(24%)、「自己の振り返り」が5名(20%)(図4)、記入しようと思わなかった理由としては、「誰にも気づかれないから」、「書くことに手間がかかるから」、「患者の状態に著変がみられなかったから」、「報告するほどでもないと思ったから」などの意見が聞かれた(図5)。

以上のアンケート結果をもとに、当病棟では、患児が内服薬を嘔吐した時の飲みなおしとしておいてあるストックを廃止する、定期内服薬の置き場所を考え、配薬車の上を整理する、処方箋や薬剤の処理などのリーダー業務の再確認を含め、改めて文章化しスタッフに配布するなどの業務の見直しを行った。また、ハットヒヤリメモを作成し、勤務毎に各自1枚を無記名でハットしたことなど自由に記入し提出することを呼びかけた。メモの内容は1週間毎に集計し掲示した。内容は、患児が服用しやすいように、数種類の内服薬を一つに溶解し配薬しているが、中止になった薬剤を一緒に溶くなどのハットヒヤリや、指示の記載もれなどがあった。また、補液の流量設定間違いや固定の不備、刺入部の異常の観察が不十分であったなどの報告書に記入しなければならないものも多数書かれていた(表4)。ハットヒヤリメモを実施し、業務の見直し(表5)を行った後、ハットヒヤリに対する意識調査を行った結果、ハットヒヤリメモを記入したことがあるかについて、18名(90%)が「ある」と答えた。また、メモを書くことで、19名(95%)が自己の振り返りになっていると答えた。ハットヒヤリメモを開始してからうやむやにしたことがあるかについては、「ない」が95%で残りは無回答であった。

## 6. 考 察

アンケートを用いて各自のハットヒヤリに対する意識を調査し、それをもとに業務の見直し、薬品棚の整理及びリーダー業務の再確認を呼びかけた。また、アンケート結果より、ハットヒヤリ報告書の記入に関して、自己の看護行為の振り返りや反省、他者が同じ間違いを起こさないようにという理由で書かなければならないと認識している反面、ハットヒヤリ報告書を書く手間を感じているという意見も多く聞かれた。そのこともふまえ、ハットヒヤリメモを実施す

ることを試み、書かれた内容を掲示することで看護師全員が目を通せ、95%が自己の振り返りになったという結果を得られた。ハットヒヤリを書くことは、体験を共有し教訓を活かす手段であり、リスクを早期に把握することが可能である。また、将来の重大事故への予兆が含まれていると認識し、事故防止のために積極的に活用しなければならない。当病棟でも今までに提出された報告書以外にも多くのハットヒヤリが存在していたと考えられる。ハットヒヤリメモの実施により看護師個人が日々の看護行為を振り返り、体験したことを共有することで、実施前と比較して看護師の事故・ハットヒヤリに関する危機意識が高まったという結果を得ることができた。しかし、メモレベルの内容とハットヒヤリ報告書に書くべき内容が混同していたことは事実であり、その点ではメモの実施は不適切だったのではないかと考えられる。

## 7. おわりに

今回は各自の危機意識を高めることを目的としたが、今後は個々の認識をより高いものとし、ハットしたレベルの出来事を記入し、誤薬などの医療事故につながらないように、また事故を減らしていくよう病棟全体で取り組んでいかなければならないと考える。

### <引用・参考文献>

- 1) 小谷薫・割田節子：ヒヤリハット用紙を活用するための取り組み，第31回看護管理，p54～56.2000.
- 2) 日本看護協会リスクマネジメント検討委員会編：組織で取り組む医療事故防止—看護管理者のためのリスクマネジメントガイドライン，看護，15(12),p42.1999.
- 3) 木下有子ら：投薬ミス防止のための投薬方法改善案作成前後の意識調査，第29回看護管理，p158～160.1998.
- 4) 川村治子：「ヒヤリ・ハット」報告を看護事故防止に役立てる—方法とその考え方，看護学雑誌，p1096～1122.1999.

表1 与薬過程、ハットヒヤリに関する意識調査 I

問1 与薬の際確認をしていますか？  
 問2 内服、注射準備において、保管から与薬に至るまで二に誤薬につながる要因があると思  
 いますか？  
 問3 医療事故とハットヒヤリの違い(定義)について考えを記載してください。  
 問4 今までにハットヒヤリをうやむやにしたことがありますか？  
 問5 ハットヒヤリ報告書を記入したことがありますか？  
 ★記入しようと思った理由  
 イ、スタッフみんなで共有しなかった      ニ、自己の振り返りのため  
 ロ、他者に言われたから                      ホ、その他  
 ハ、報告すべきと思った  
 ★記入しようと思わなかった理由  
 イ、周囲に知られるのが嫌だった              ホ、気づいたのが後日だった  
 ロ、怒られる、責められると思った          ヘ、報告する程でもないと思った  
 ハ、誰にも気づかれていない                  ト、患者に審査をみとめなかった  
 ニ、書くのに手間がかかるから              チ、その他  
 問6 ハットヒヤリを記入することは必要だと思いますか？  
 ★その理由は？  
 ★ハットヒヤリ報告書を記入することに手間を感じますか？

月 日  
 ★勤務帯：深、日、準  
 ★ハットヒヤリはありましたか？  
 はい いいえ  
 ★それは自分ですか？  
 他NSですか？  
 ★「はい」の人は簡単に内容を記載してください  
 ( )

図1 ハットヒヤリメモ

表2 ハットヒヤリメモ実施後の意識調査 II

問1 ハットヒヤリメモを毎回記入していますか？  
 はい・ほとんどした・ほとんどしない・全くしない  
 問2 問1で「はい」「ほとんどした」の人は内容まで記入したことが  
 ありますか？                      はい      いいえ  
 問3 メモを書くことはハットヒヤリに対して日々の自己の振り返りに  
 なっていますか？                      はい      いいえ  
 問4 メモを始めてからもハットヒヤリをうやむやにしたことがありま  
 すか？                                  はい      いいえ  
 問5 一週間毎にハットヒヤリの内容を掲示していますが、目を通せ  
 ていますか？                          はい      いいえ  
 問6 メモの内容を掲示することで自己の振り返りになっていますか？  
 はい      いいえ

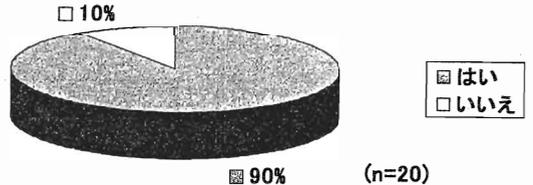


図2 意識調査 I 結果 (問1)

表3 意識調査 I 結果(問2)

(内服) ・配薬車の上が乱雑  
 ・ストックが多い  
 ・溶解するものが多く、後で確認しにくい  
 ・他NSが溶解してくれていることがあり、中身が不確か  
 ・止めの薬が残っている  
 ・終了、止めの処方箋が処理されていない  
 ・処方箋に外泊日の記載もれ  
 ・屯用の処方箋に与薬方法の記載もれ  
 (注射) ・本日分の棚に薬品がなかった  
 ・側注準備時、針に名前を記載するが、シリンジには表示  
 がないため入れ替わっても確認ができない  
 ・止め指示の薬が処理されていない  
 ・抜去された患者の処方箋が処理されていない

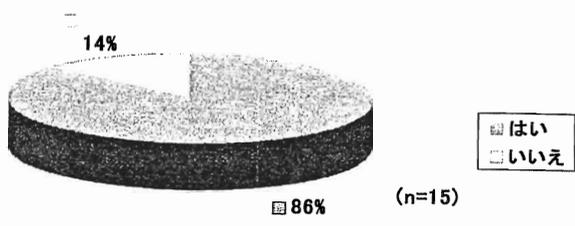


図3 意識調査 I 結果(問4)

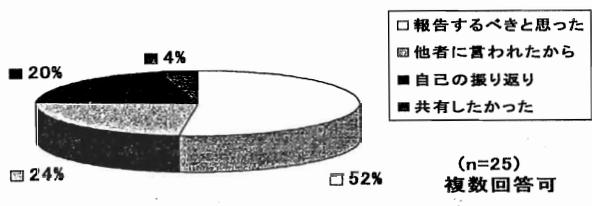


図4 意識調査 I 結果(問5)

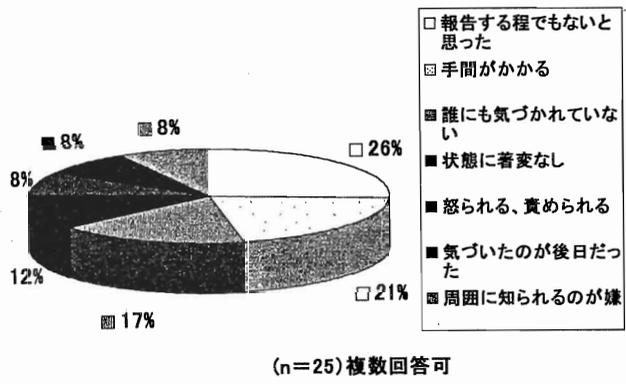


図5 意識調査 I 結果(問5)

表4 ハットヒヤリメモの内容

・止めとなった薬品と処方箋の処理がされていなかった	
・外泊中の患者の内服を溶解して準備していた	
・日付の違う薬品を使用した、量、内容は間違いなし	
・流量変更の指示の記載もれ	等

表5 業務の見直し

・配薬車の上の整理整頓	
・ストックの廃止	
・止め指示の出た薬品は速やかに返品する	
・止め、または終了した処方箋の処理	
・リーダー業務の再確認	等