

## 29 腎センター透析部門におけるインシデントレポートの検討

輝山会記念病院 ○熊谷 武久・小林 一夫・貝原富美子・原田亜佐美  
岩崎 次子・古瀬 澄夫・桜井 俊夫

### 【はじめに】

医療機関はシステムとして事故防止対策を講じる必要があり、患者にとってより安心できる医療を提供することが求められている。

当院では2000年4月より医療安全管理対策委員会を設立し、インシデントレポートを導入した。今回我々はインシデントレポートの集計・分析から危機の傾向をさぐり、その対策を検討したので報告する。

### 【目的】

インシデントレポートの分析により、危機管理マニュアル作成を行い、安全の確保と事故防止に努める。

### 【調査期間】

2000年4月～2001年6月

### 【分析方法】

SHEL分析

### 【結果】

15ヶ月間に報告されたインシデントレポートは、透析のべ回数24,905回中、報告総件数92件で、おもに人的要因が関与していると考えられるもの68件(73.9%)、おもに機器的要因が関与していると考えられるもの24件(26.1%)に分類された。人的要因と考えられるものには、体重の誤測定が21件(22.8%)と最も多く、次いで回路の接続不良19件(20.7%)、穿刺針の抜去12件(13.0%)の順であった。機器的要因と考えられるものには、コンソールの異常20件(21.7%)、ダイアライザーのリーク3件(3.3%)、回路ローラ部の損傷1件(1.1%)であった(表-1)。

### 領域別分類

透析のべ回数 24,905回  
(2000年4月～2001年6月)

報告総件数 92	人的要因 (%)	機器的要因 (%)	24(26.1)
体重の誤測定	21(22.8)	コンソールの異常	20(21.7)
回路の接続不良	19(20.7)		
穿刺針の抜去	12(13.0)	ダイアライザーのリーク	3(3.3)
透析装置の誤設定	6(6.5)		
薬剤の入れ忘れ	5(5.4)	回路ローラ部の損傷	1(1.1)
ベットからの転落	3(3.3)		
血液の回路内凝固	1(1.1)		
職員間の伝達不足	1(1.1)		

(表-1)

人的要因と考えられるものを、インシデントの発生時間帯で分けてみると、報告件数68件中、透析前が53件、全体の77.9%をしめた。透析中の穿刺針の抜去、ベットからの転落は患者自身の動作から発生したものであった(表-2)。

### インシデントの発生時間帯

(人的要因)

報告件数 68 (%)

H	D	前	H	D	中
		53 (77.9)			15 (22.1)
• 体重の誤測定	• 透析装置の誤設定		• 穿刺針の抜去		
• 回路の接続不良	• 薬剤の入れ忘れ		• ベットからの転落		
• 職員の伝達不足	• 血液の回路内凝固				

(表-2)

### 【対策】

表-2のそれぞれの領域について対策を考えた。今回はその中で最もレポートの多かった体重の誤測定を挙げ説明する。体重の誤測定は21件中18件が入院患者で、のべ回数から考えると入院患者に発生する確率がかなり高かった(表-3)。

体重の誤測定 (21件)

入院 18件  
(のべHD回数 5,729回)

外来 3件  
(のべHD回数 19,176回)

(表-3)

そこで入院患者にみられた事例をあげSHELモデル(表-4)にて、その要因を分析し対策を考えた。要因として、①患者状態の観察不足、②測定時の確認不足、③測定値の確認不足、④思い込みによる確認不足があげられ、その対策として、①余分な衣類は脱いでもらう、②測定後必ずメモをとる、など表-5の如く行ったところ有効な成果が見られた。

SHELモデル

Software (ソフトウェア)	・職場の慣習・読みづい説明書 ・新人教育・マニュアルの有無・整備
Hardware (ハードウェア)	・原因器材・作業台・寝衣・履き物 ・補助具・物の配置・建造物
Environment (環境)	・保管場所・業務範囲・仕事の困難度 ・勤務時間・作業件数・労働条件・職場の環境
Liveware (人間)関与者	・かかわった他のスタッフ・他職種 (心身状態 経験 知識 技術 性格) ・患者自身・家族の誘因 (年齢 安静度 ADL 心理状態)
Liveware (人間)当事者	・心身状態・経験・知識・技術・性格

(表-4)

体重誤測定における対策

SHEL	事例	要因	対策
H	・上着を着ていた ・車椅子に点滴棒が付いていた ・ストレッチャーが床に付いていた	・患者状態の観察不足 ・測定時の確認不足	・余分な衣類は脱いでもらう ・HD時は衣類を統一してもらうよう患者指導する ・二人以上で確認し余分な荷物等をとりのぞく
L	・記入時書き間違えた ・記入し忘れた ・計算間違い	・測定値の確認不足 ・思い込みによる確認不足	・測定後必ずメモをとる ・前回の体重と比較する ・計算機を使用する ・勉強会を開き体重の重要性を再確認する

(表-5)

【考察】

医療におけるリスクマネジメントとは、事故防止活動を通じて組織の損失を最小限に抑え、「医療の質を保証すること」とある。リスクマネジメントは「把握」「評価」「分析」「対応」「再評価」という一連のプロセスに沿って行われ、当院においても組織全体で取り組んでいる。

インシデントの発生は、人的要因が約7割を占め、その時間帯は透析前に集中していることがわかった。すなわち、多くのリスクは透析の準備段階にて回避できる可能性が考えられた。リスクを把握することは具体的な取り組みのスタートになりいちばん大切なことと考えられるが、現在は、職員からの自発的な報告を待つ方法をとっている。専門職による聞き取り調査などは、現状をより正確に把握でき今後検討すべきであろう。

「リスクは人間が活動する限り何らかの形で存在する」とある。間違いをした人間を非難しても、再発防止には何の効果もなく、間違いの根底にある背景を知り、環境と人間における要因を探ることが、再発防止に役立つことがわかった。SHEL分析は、問題点をソフトウェア、ハードウェア、環境、人間・生活状態の4つの側面から分析し、それぞれの対策を検討するのに有効であり、更には、スタッフの安全対策に対する意識の向上にもつながった。

医療事故を減らしていくためには、事故防止における教育活動が不可欠であり、スタッフ一人ひとりの安全対策に対する意識を高めていくことに尽きると考える。

【まとめ】

- ①インシデントレポートを集計・分類した。
- ②インシデントレポートを分析しマニュアル作成の一指針とした。
- ③安全対策に関する意識を高めた。

【参考・引用文献】

- 1) 川村治子:「ヒヤリ・ハット」報告を看護事故防止に役立てる。看護学雑誌, 63(1), 1999
- 2) 鮎澤純子: リスクマネジメント。看護学雑誌, 62(12), 1998
- 4) 鮎澤純子: 認知-分析・評価-対応のプロセスで考える。看護学雑誌, 63(1), 1999
- 5) 金城智恵子: 予防に役立つ事故防止と看護技術の徹底を図る。看護管理, 10(3), 2000
- 6) 原 英樹: 医療事故医療訴訟防止と対策ガイド, 1999