

2 当院の医療事故への取り組み ～事例収集システムの改善～

長野赤十字病院透析センター 東福寺美佐 横川真里 塚田恵

朝日えり子 原厚子 出浦正 林圭介 徳永真一

【はじめに】

透析医療は一度に多くの患者を受け入れ、多職種のスタッフが関りあうことからミスは複雑であると考えられる。また、透析医療は病棟業務と異なり、看護師の経験年数に関わらず、業務習得に時間がかかる。しかし当院では看護師は年に二回勤務移動があり新人スタッフは新人教育を受けているが、新人スタッフによるミスが多く見られる現状がある。

【目的】

そこで、透析センター独自のシステムの構築を目的とし、ミス事例報告数の増加を図りミス原因を明確化し、医療事故防止対策を検討した。またミス報告内容から改善策を検討し新人教育に利用するマニュアルを作成する。

【方法】

- 1, 些細なミス事例をも収集するために、事例収集システムの変更を行った。(平成13年7月から平成16年6月)
- 2, 事例収集システムの変化を、システム変更内容経過から、表1に示すように0期から3期に区分し、変更の効果を評価した。
- 3, 3期のミス報告内容を分類し、最多のミス報告について、高柳のSHEL法¹⁾を用い要因分析を行い、今後の事故防止対策を検討した。

表1 事例収集システム変更時期区分

0期	平成13年7月から平成14年3月
1期	平成14年4月から平成14年12月
2期	平成15年1月から平成15年9月
3期	平成15年10月から平成16年6月

【結果及び考察】

- 1, 事例収集システムを変更経過及び内容

本透析センターでは、0期以前にもミス事例報告数増加を目的に、報告書提出先を医師・看護師長から事故防止担当者へ変更。さらに報告書を無記名にするなど積極的に介入してきたが、著しい報告数増

東福寺美佐 長野赤十字病院透析センター

〒380-8582 長野市若里5丁目2番1号

加に結びつかなかった。そのために事例収集システムの変更をするにあたり①自発的な報告②報告義務③リストでチェック④耳を澄ます⑤調査⑥事故報告の6点を踏まえ、提出者が提出しやすく、また分析しやすいように事例収集システムを変更した。本研究期間中の事例収集システム変更内容は表2に示す。

表2. 事例収集システムの期別変更内容

期間	変更内容
0期	報告書:ニアミスレポート 報告者:当事者
1期	病棟会議でのミス件数報告・事例検討
2期	報告書:ヒアリハット
3期	報告者:発見者 病棟会議でのミス件数報告・事例検討 業務時間内に振り返りの時間を設定

- 2, 事例収集システムの期別効果評価

1) ミス報告数の期別推移

図1に示すように、平成13年7月から平成16年6月までの報告総数579件。各期の報告件数は0期132件・1期57件・3期345件であった。

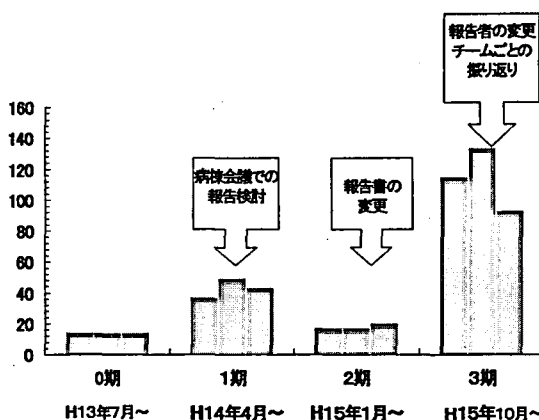


図1 ミス報告数の期別推移

報告数の推移から、各期に行ったシステム変更効果を評価すると、1期に行った病棟会議での報告・事例検討では著しい有意さは見られなかったが、2期に病棟会議での報告・事例検討が実施されなくなると、報告数は激減していることから、リスクの認知—便席—対処—評価を組織的に行うとはスタッフのミス報告への意識付けにつながったと考えられる。報告書については2期にニアミスレポートからヒアリハットへ変更したが報告者が当事者であり報告数増加に結びつかなかった。高柳は「人間はエラーを犯すことを前提に、個人でなくシステムの問題ととらえ、予防に役だてることで事故やインシデントの原因、分析を行うことで事故やインシデントの原因、分析を行うこと」²⁾と言っている。このことから3期に報告者を発見者に変更したことで、スタッフのミス報告に対する意識が変わったと考えられる。また業務時間内に各チームでの振り返りの時間を設けたことによりミス報告が組織的な取り組みとして浸透した。以上の効果が報告数増加につながったと考える。

2) ミス報告内容(ヒアリハット)の分類と除水ミスの要因分析

本施設では、図2に示すように除水ミスが345件中82件と全体の24%を占めていた。次にプライミングミスが多く、抗凝固剤ミスまでミスの5割を占めていた。

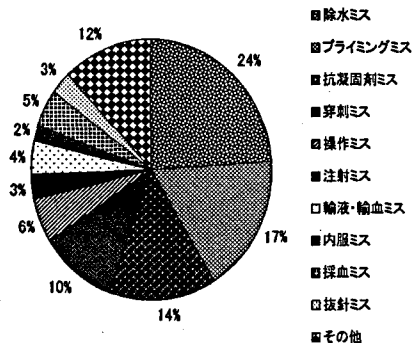


図2 ミス報告分類 (3期変更前)

そこで、表3に示すように除水ミスについて、要因をすべて挙げ分析・対策を立てることで具体的な再発防止策を上げることがを目的に、シェル法を用い要因分析を行った。

以上の分析結果より、7月の病棟会議にて除水設定についての統一事項を検討し手順を明確化した。さらに新人スタッフ教育に利用できるように記入方法・チェック項目・チェック方法を具体的に取入れた除水マニュアルを作成している。

表3 除水ミスの要因分析 (シェル法)

	要因	認知	分析
S ソフト	マニュアル 確認機構	手順無視 思い込み	手順検討 再教育
H ハード	透析機器 カルテ・計算 機 体重測定	設定ミス 記入ミス 計算ミス	確認検討
E 環境	スタッフ数 患者数・時間	11~16名 30~50名 穿刺まで	穿刺時の 確認
L 当事者 以外	スタッフ 教育担当者	確認ミス ミス報告	確認検討
L 当事者	集中力	体調不良	油断

平成16年8月のミス報告内容結果から、除水ミスに関してみると報告数55件中10件と検討後では検討前より6%減少した。

このことから報告数増加に伴い、ミス原因が明確化され、ミスへとつながるシステムの具体的な対策が立てやすくなった。またシェル法を用いミス事例を分析したことで、除水ミスについては、具体的なマニュアル作成ができた。

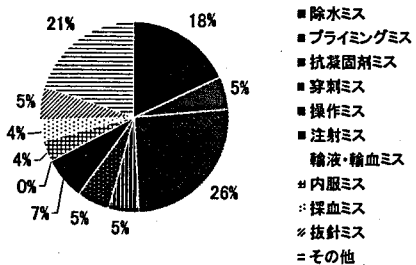


図3 ミス報告分類 (変更後)

[結論]

1. 自発的な報告・報告義務を徹底するためには組織的に取り組み、業務の一環として進めていく。
2. 組織内でミス事例報告の情報を共有できるシステムを検討する。
3. ミス事例報告数の増加はミス原因を明確化し具体的な対策が立てやすくなる。

引用・参考文献

- 1) 高柳和江：よくわかる安全管理，日総研，2000
1版，80-143 ．
- 2) 高柳和江：よくわかる安全管理，日総研，2000
1版，26 ．
- 3) 竹澤慎吾：透析コンソール攻略マニュアル，メ
ディカ出版，2000 ．