

14 当透析室における事故報告の実態

松本協立病院透析室 原田 せつ子 中林みゆき 菊地利子 新谷かほる
山本三恵子 由井弘

1・はじめに

当院では事故報告書を活用して安全で、快適な透析治療、看護、業務が出来るよう部会などで検討し、事故の減少に努めているが、同一の事故報告がある。一つでも事故を減らせるように、原因について調査し、対策を立てて行きたいと考えた。

そこで、事故報告書の中から、経験年数別にみた事故件数、事故発生の原因と思われる理由、繰り返し起こしやすい事故の内容、事故発生時間帯、発生しやすい時期について調査し、合わせて業務改善された内容をここに報告する。

2・施設の概要

透析台数: 28台(内 HDF5台)

患者数: 98名

透析スタッフ: 医師3名

看護師 14名(透析経験1年未満2名、3年未満3名、

5年未満3名、5年以上6名)

主に透析看護、穿刺

臨床工学技士10名(透析経験1年未満2名、3年未満

4名5年未満2名、5年以上2名)

主に透析機器管理、器械回し

体制: 昼間透析2チーム(1チーム・看護師2~3名

臨床工学技士1名患者数14名)

夜間透析(月・水・金・看護師3名臨床工学技士1名・患者数22名)

火・土・看護師2名・臨床工学技士1名・患者数12名)

(木 看護師1名・臨床工学技士1名・患者数8名)

平成14年6月現在

* オーダリングシステム開始時期 2000年12月より

* 電子カルテ導入2001年4月より

* 臨床工学技士 月より3人増員

3・調査期間 2001年4月~2002年6月まで

4・用語の定義 当院事故報告書は、アクシデント、インシデント、全てを事故としてとらえ、発見者も院内統一の事故報告書にて報告している。

5・結果

事故報告は107件である。

経験年数別では、1年未満が17件報告の17%、3年未満が20件、19%5年未満が、18

件19%、5年以上が52件で48%であった。

各年数別の平均事故件数は、1年未満が4.2件、3年未満が、4.8件、5年未満3.6件、5年以上が6.5件である。又、発見者として記載した報告が、6件であった。

事故発生の原因理由としては、チェック不足44件、思い込み23件と多くその他には、忘れた、精神的動揺等の理由が挙げられた。

事故の内容では、運転スイッチの入れ忘れが13件と多く、次いで薬剤関係が10件、採血関係9件、抗凝固剤関係8件であった。

事故発生別時間帯は、透析開始時が、44%と最も多く、透析中28%、返血時7%、透析後12%、不明9%であった。

事故の件数を昼間と夜間で比較すると、昼間透析75%、夜間透析25%であった。

月ごとでは、7月が14件と多く、新人の事故報告書も出始める。次いで10月の10件であった。

6・考察

透析経験の長いスタッフが事故報告書の半数を占めていたが、人数の違いがある為多くなっていたと思われる。又、経験の少ないスタッフのフォローに入り、責任者・発見者としての報告もあった為である。

事故発生原因では、チェック不足が多かったが、何人かの眼でチェックしても、見落とししたものもあり集中力が欠けていたものと考えられる。

事故の内容で多かった運転スイッチの入れ忘れに対しては、穿刺、機械回し者を1名でおこなっていた為に発生したと思われる。

オーダーリング導入後のケースでは指示変更等をパソコンに入力する際、慣れておらず変更がスムーズに行なえなかった。又、システム的にも問題があった為、何度となく変更があり落ち着くまで混乱した為と思われる。

発生時間帯では、開始時の業務が複雑な中、一人で業務を行っていた為と考える。

昼間と夜間の比較では、昼間は常に満床状態にあり入院患者もおり、高齢者や、介助の必要な患者もいて、業務量が多い。その上、新人教育をしながらの業務で指導者の負担も大きかったと思われる。

月別では、7月が最も多く、3月、4月に配属された新人が独り立ちを始め、手技には慣れたものも、経験不足により適切な判断・対応に欠けたものと思われる。他の原因としては、患者数が増え業務量の増加により周囲への注意が行き届かなかったと思われる。10月に関しては、スタッフの病欠が続き欠員状態の中で通常業務を行っていた為と思われる。

7・業務改善点

- * HD開始時運転入れ忘れ……穿孔者 機械回し者と ペアで実施
- * 時間ごとの処置・実行者のサインの徹底
- * HD 中断し再開した場合……離れるときはセーフティランプの確認
- * 体重、計算間違い……ME担当 Ns での W チェックの徹底
- * プライミング不備……プライミング確認、サインの徹底 ME 三人体制でのチェック強化
- * フサン使用時のトラブル……カラーシリンジ、フサンカード 使用
- * 採血、X-P 間違い……検査用オーダー 一覧活用
- * 透析条件の入力間違い……W チェック、サインの徹底
- * 繰り返し起きる事例……マニュアル見直し、手技の統一化等がある。

8・まとめ

- ① 経験年数別では、一人あたりの事故報告件数に、一定した傾向は見られなかった。
- ② 事故発生原因としては、“思い込み”“チェック不足”が多かった。
- ③ くり返し起きる事故については、事故発生後に立てられた改善策が実践されていない事に起因している。
- ④ 臨床工学技士の増員は、ミスの早期発見につながった。
- ⑤ サインの徹底により、個人のミスに対する意識が高まった。

9・終わりに

起きてしまった事故に対して、スタッフ一人一人が意識し、常に自分の手技を再確認していくことが、大切であると思えた。又、透析はチーム医療によって成り立っている。経験、知識、技術面を、お互いカバーし、スタッフ同士の協力により、防げる事故もあるのではないかと思われる。

今回の調査結果を今後に生かし、一つでもミスが減らして、安全な透析医療を、提供出来る様努力していきたい。

スタッフの透析経験の違い

1年未満	17
3年未満	20
5年未満	18
5年以上	52

事故報告書に記載された理由

チェック不足	44
思い込み	23
忘れた	14
精神的動揺・気のあせり	12
集中力の欠如	6
パソコンに慣れていなかった	3
その他	11

* 複数記載あり

事故の内容

・運転スイッチ入れ忘れ	13件
・薬剤関係	10件
・採血関係	9件
・抗凝固剤関係	8件
・計算間違い	7件
・輸液、シリンジポンプ	6件
・サブラット関係	5件
・体重測定間違い	4件
・クロッティング	4件
・透析ラインAV逆つなぎ	3件
・ダイアライザー関係	3件
・V圧フィルター関係	3件
・ECUMにて運転透析不足	3件
・その他	29件

発見された時間帯

透析開始後(約1時間以内)	46
透析中	30
返血時	8
透析後	13
不明(パソコン、上申等)	10

月別の件数

2001年	
4月	6
5月	4
6月	7
7月	14
8月	8
9月	4
10月	10
11月	7
12月	2
2002年	
1月	8
2月	8
3月	8
4月	7
5月	8
6月	6
107件	