

検査に関するアクシデント・インシデント事例の分析

— マニュアル作成に取り組んで —

Analysis of Accidents and Incident occurring during Patient Examinations

外来部門：上嶋 照子・滝沢 圭恵・中川 蓉子
小林けさい・丸山 博美・福沢よし美
島田 忍・柳原きよ江
看護部：丸山ひさみ

〈要 旨〉

外来部門では、昨年度アクシデント・インシデント事例の実態を分析して、再発防止のための課題を明らかにした。その中では、医師を含めた他部門とのコミュニケーション不足や検査に関するトラブルが最も多くを占めていた。そこで、今年度は引き続きアクシデント・インシデント事例の実態と分析を行った。更に外来での検査を安全に確実に実施するための課題については、検査に関するトラブル予防のマニュアル作成を行い、その効果について検討をして以下のことが明確になった。

1. 外来看護婦一人一人が積極的に事例を提出し、共有していく姿勢が大切である。
2. 検査業務の中に多くの問題が潜んでいるので、検査に関するシステム等を含め安全確保に留意しなければならない。
3. 他部門とのコミュニケーションを図り連携を取って行くことが重要である。
4. 病院スタッフが一体となって診療が安全で確実に行えるように、協力体制を整えて行く必要がある。
5. マニュアル作成も患者の安全、安楽の一つであるが職員の安全、安楽につながる。今後更にマニュアルの評価、改訂を加え快適な医療サービスを考えていきたい。

〈キーワード〉

アクシデント・インシデント、外来看護、検査マニュアル

I. はじめに

外来部門では、昨年度アクシデント・インシデント事例の実態を分析して、再発防止のための課題を明らかにした。その中では、医師を含めた他部門とのコミュニケーション不足や検査に関するトラブルが最も多くを占めていた。そこで今年度、引き続きアクシデント・インシデント事例の実態と分析を行った。更に外来での検査を安全に確実に実施するための課題については、検査に関するトラブル予防のマニュアル作成を行い、その効果について検討を加えたので報告する。

II. 研究方法

1. 期間：1999年4月～2000年1月

2. 対象：1999年4月から11月の期間中に提出された検査に関するアクシデント・インシデント事例78件
3. 調査内容及び分析
内容は本院看護部医療事故対策委員会で作成した用紙を使用した。分析は、検査に関するアクシデント・インシデント事例78件の原因・時間帯・月別に分類し検討した。
4. 検査マニュアル作成と、そのマニュアルについて聞き取り調査の実施
なお「アクシデント・インシデント事例」については、以下「事例」と省略する。

Ⅲ. 研究結果

1. 検査に関する事例の分析

期間中に提出された259事例のうち、検査に関する事例が78件（30%）で最も多かった。

1) 原因別について（図1）

事例の原因別内訳では「安全意識の欠如」23件（29%）、「原則の軽視」20件（26%）、「知識不足」9件（12%）、「技術不足」9件（12%）等であった。

安全意識の欠如の事例では「胃内視鏡検査後のインシュリン投与の指示が的確でなかった」「検体の保存方法を間違えてしまった」「造影CT検査時に同意書がなかったため、単純CT検査になってしまった」等であった。原則の軽視の事例では「採血時、採血用のスピッツを間違えてしまった」「検査の日程を患者が知らず、検査が出来なかった」「同日に欠食の必要な検査と、そうでない検査の二種類の検査が予定されていたが、検査の順番を間違えてしまい、欠食の必要な検査が出来なかった」等であった。知識・技術不足の事例では「血中濃度用採血官を知らなくて、採血官を間違えた」「採血した血液が凝固してしまった」「検体提出時間、手続きの方法を知らずに時間にまにあわなかった」等があった。

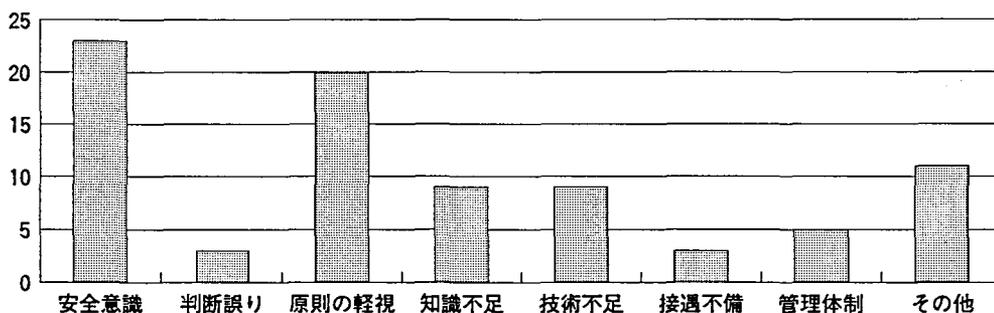


図1 原因別事例件数

2) 時間帯別について（図2）

時間帯別では、昨年と同様に9時から12時代の時間帯に事例数は多くを占めていた。9～10時代8件（14%）、10～11時代7件（12%）、11～12時代12件（21%）、12～13時代12件（21%）であった。

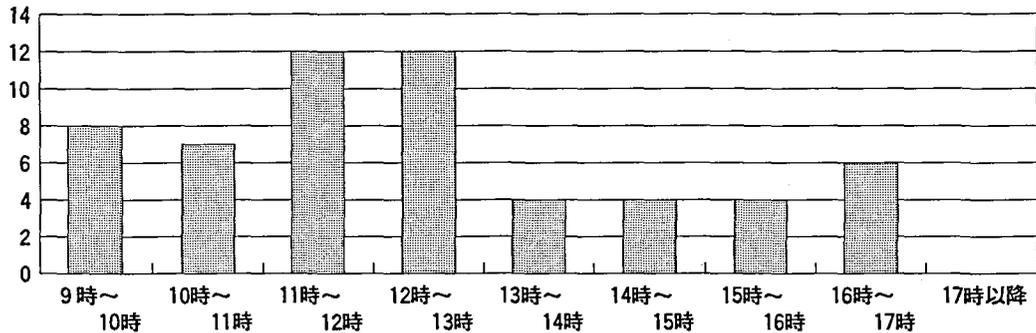


図2 時間帯別事例件数

3) 月別について (図3)

月別の事例数を比較すると、7・8月が16件と最も多く、次いで6月15件、9月14件の順であった。これを看護婦が当事者となった事例だけを抜き出してみると37件(47%)、看護婦以外による事例が41件(53%)であった。これを月別で比較すると、看護婦の関わった事例は6月から8月それぞれ8件と多くをしめ、9月から11月では3～5件と減少傾向であった。

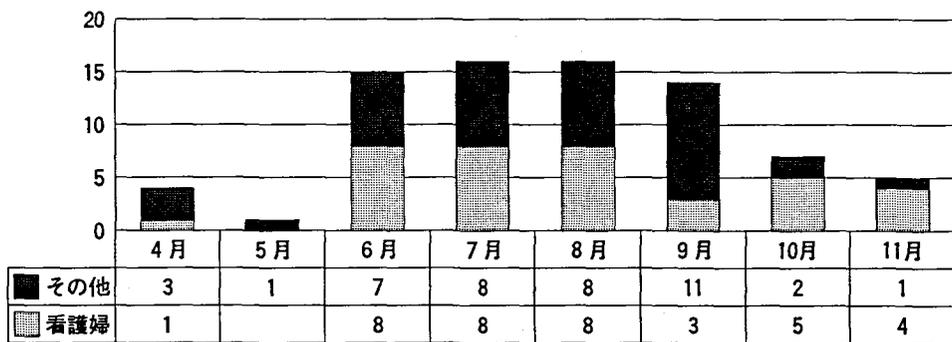


図3 月別事例件数

2. 検査に関するマニュアル作成について

検査に関するマニュアル作成については、1999年9月より外来部門のグループ活動として検討を始め、看護婦への意識づけを行ってきた。マニュアルの様式については、看護部医療事故対策委員会からモデルが示され、その内容は「基本的事項とその対策」「極めて重要な事項とその対策」「よくあるピットホールとその対策」の3項目である。これらを基に、「オリエンテーショントラブルの予防」(資料1)「検体採取に関わるトラブル予防」(資料2)のマニュアルを作成した。

作成後、各外来担当看護婦に配布して、検査をマニュアルに基づいて安全に確実に実施するよう依頼した。2ヶ月を経過して、マニュアル使用状況についての聞き取り調査を行った。マニュアルの内容についての意見の中には、「高齢者や聴力低下の患者さんが多いので、採血時に患者に名前を確認する項目を入れてはどうか」等があった。事例の件数を月別比較で見ると、看護婦の関わった事例は9月から減少傾向が見られた。しかし、「必要量の採血をしなかった」「検体の保存方法をまちがえた」など、同じような事例が提出されていることもあり、マニュアルの活用

が出来ていない実態があった。

IV. 考 察

検査に関する事例数では、昨年度22件（4月～10月）に対し、今年度は78件（4月～11月）と増加していた。医療事故対策担当の看護婦が積極的に事例の提出を促してきたこともあるが、看護婦一人一人が日常業務の中で事例を共有し、学んでいく姿勢の表われと思われる。特に正確・タイムリーな検査アーターを得るための外来看護婦の責任は大きい。そして、正確な検査アーターは外来患者の治療方針を左右することを改めて認識する必要がある。

今回提出された多くの事例を見ると、外来検査の中でもごく身近な検査の中に問題が潜んでいる。更に、外来では頻回に行われたい検査や、病棟からの慣れないリリーフ看護婦が関った時に起こる事例が多い事からも、検査に関する安全確保に留意しなければならない。そして、危機意識を念頭に置き、事故防止のために日々の業務の中で知識・技術の統合を図り、リスクを回避することを考えていく必要がある。一方、事例の中には看護婦だけでなく、医師や他部門との連携不足によるものも多い。提出事例の全体からも、他部門とのコミュニケーション不足からくる事例が最も多かった。日頃から他部門とのコミュニケーションを十分に図り、連携を取っていくことの重要性を更に示唆されたものと考えられる。そして、限られた時間の中で、多様な外来患者のニーズにこたえるために、看護婦だけでなく病院スタッフが一体となって、検査が安全に確実にいえるよう協力体制を整えていく必要がある。同時に患者の安全・安楽な医療の提供とともに、働くスタッフの安全・安楽も考えていく必要がある。

マニュアル作成について、その効果はまだ評価出来ない。日々の業務の中で看護婦がマニュアルを活用できていない実態もあった。しかし、看護婦が関わった事例は、顕著ではないが数値的に減っていた。これらは、マニュアル作成により事故やリスクを予測して行動できるよう看護婦の意識・姿勢を変えることに繋がっているものと思われる。今後もマニュアルの評価、改訂をしながら外来看護の質改善につなげるよう取り組んでいくことが必要である。更に他の事例についても検討を加え、マニュアルを作成することや、看護サービスの品質管理に向け継続的に取り組んで行きたいと考えている。

V. むすび

検査に関する事例は、昨年度に比べ増加していた。事例の中には、医師を始め他部門との連携不足によるものも多かった。

検査に関するマニュアル作成は、事例の数値的な減少は顕著ではなかったが、外来での検査を安全に確実にい、再発防止をするための意識づけとなった。しかし、日々の業務の中で十分に活用できていない実態があった。

参考文献

- 1) 興ふじ子他：外来におけるアクシデント・インシデントの実態と今後の課題，信州大学附属病院看護部看護研究集録，10-15，1999
- 2) 宇田川廣美：医療事故はなぜおきるのか？，Nursing Today，62-65，1999

- 3) 横井祐子他：看護婦の針傷事故発生要因の分析，看護総合，62-64，1999
- 4) 加藤佳子他：「事故報告書」の生かし方，Nursing Today，15(2)，19-38，2000
- 5) 看護事故予防と看護管理者の責任，看護展望，24(10)，18-50，1999

〈資料1〉

検査：オリエンテーショントラブルの予防

目的 安全にスムーズに検査を受けてもらう

要因のアセスメント

患者	理解力
施設	検査室がわかりにくい
検査の量	複数検査を一度に行う
医療従事者	接遇の不備

基本的な注意事項 ★

説明	検査の日時 検査の方法 検査前の処置 検査の手続き 検査の場所 用紙を使って，口頭で説明を加える 説明用紙の熟読をお願いする
誘導	複数の検査などの場合は，検査予定のリストを用いる 施設内の図を用いる 介助者が必要な時は…ボランティアの人の協力を得る。

よくあるピットホール（落とし穴） ▼▼

説明用紙，図，標示板は案外見ない 人に聞けばいいと考えている 話を最後まで覚えてもらえない

〈資料2〉

検査：検体採取に関わるトラブルの予防

目的 採血採尿などのミスを起こさない

要因のアセスメント

ラベルの出でこない検査患者	<input type="checkbox"/> 血沈	<input type="checkbox"/> 外注	<input type="checkbox"/> 治験	<input type="checkbox"/> 医局用
特殊検査の保管方法	<input type="checkbox"/> 本人かどうかの確認	<input type="checkbox"/> 理解力		
時間	<input type="checkbox"/> 常温	<input type="checkbox"/> 氷令		
	<input type="checkbox"/> 定時以内	<input type="checkbox"/> 時間外		

基本的な注意事項 ★

準備	<input type="checkbox"/> 指示の確認	<input type="checkbox"/> 依頼書の確認
	<input type="checkbox"/> ラベル、スピッツを間違えない	
採血	<input type="checkbox"/> 患者の対象間違えをしない	
	<input type="checkbox"/> 止血についての注意事項を伝える	
提出	<input type="checkbox"/> 保管状況によって、先に搬送した方がいい時がある	
	<input type="checkbox"/> 検体と伝票の照合を確実に	
	<input type="checkbox"/> 置く場所は定位置に	
止血	<input type="checkbox"/> 揉まず、親指をつかかって押さえる	
	<input type="checkbox"/> 酒精綿は、絞った物を用いる	

きわめて重要な注意事項 ☆ ①

理解力の悪いひとには検査の順番を考える

- ① 先に採尿してもらおう（採血の後十分な止血時間が得られないことがある）
- ② 他の検査が有る時は、受ける順番を書いて渡す

きわめて重要な注意事項 ☆ ②

頻回に行わない検査についてはよく注意し、他のスタッフにも確認する

リリーフの人は特に、不慣れであることをお互いに忘れず、相談、報告をおこたらない
基本票、カルテ、指示伝票、すべてチェックを怠らない

よくあるピットホール（落とし穴） ▼▼

思い込みは禁止

不慣れは知らない

名前を呼ばれたら自分だと思ふ

注射の後は揉むものだと思っている

氷令の場合、冷蔵庫に入れると忘れやすい