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

A Study of Accidents at the Out Patient Department and Future Problems

外来部門：輿　ふじ子・上嶋　照子
藤原　昭子・丸山ひさみ

〈要　旨〉

日頃より外来看護婦として，患者の安全と安楽を基本に看護・医療サービスを提供できるよう努力している。しかし限られた時間の中で多様なニーズに答えていかなくてはいけない外来において様々な問題が生じている。これらの実態を明らかにし問題を共有する土壌を育てると共に，再発防止のための認識を高め対策を考える必要がある。

今回1998年４月から1998年10月までに提出されたアクシデント・インシデントレポート63件について，分析・検討し外来のアクシデント・インシデントの再発防止の為の課題を明らかにした。その結果以下のことが分かった。

1．医師をはじめ，事務・検査部門など他部門とのコミュニケーションを十分にとる必要がある。
2．受付での患者家族などのトラブルを防ぐ為に，日頃より接遇に注意する。
3．重症化・高齢化する患者には，設備面を含めた安全面に十分な配慮が必要である。
4．検査を安全にスムーズに実施する為の方策を検討する必要がある。
5．外来・病棟看護婦間の声がけや連携が更に必要である。
6．看護行為の原則を守り確実に実施すること，知識・技術・態度について学習を深めていくことが大切である。

〈キーワード〉

アクシデント・インシデントレポート　外来看護婦　危機管理

Ⅰ．はじめに

私達は日頃より外来看護婦として，患者の安全と安楽を基本に看護・医療サービスを提供できるよう努力している。しかし，疾病構造の変化や治療技術の向上などによる外来患者の質的・量的変化に伴い，限られた時間の中で多様なニーズにこたえていかなければならない外来において様々な問題が生じている。患者の安全と安楽を守るためには，これらの実態を明らかにし問題を共有する土壌を育てるとともに，再発防止のための認識を高め対策を考えていく必要がある。

そこで今回，事例として提出されたアクシデント・インシデントレポートの内容を検討し，今後の外来のアクシデント・インシデントレポートの再発防止の為の課題を明らかにした。

Ⅱ．方　法

1．調査期間：1998年４月～10月
2．対象：上記期間中に提出されたアクシデント・インシデントレポート63件
3．調査内容及び分析

アクシデント・インシデントレポートの内容は，当院医療事故対策委員会で作成したものを用い，外来部門として特に療養上の世話に関する事例の種類の中に「受付での患者とのトラブル」「医師とのコミュニケーション不足」「他部門とのコミュニケーション不足」の項目を独自にもうけ，用紙を作成した。

分析はアクシデント・インシデントレポートの内容をアクシデント・インシデントの種類，原因，月別・曜日別，発生時刻別に分類し検討した。

なお「アクシデント・インシデント」については事例と省略する。

Ⅲ．結果

1．事例の種類（図1）

事例の種類は「療養上の世話に関する事例」42件（51%）「診療の補助に関する事例」41件（49%）であった。

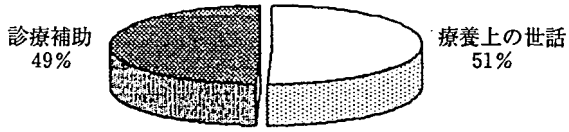

図1　事例の種類

1）療養上の世話に関する事例（図2）

「医師とのコミュニケーション不足」14件（34%）と最も多く，次いで「他部門とのコミュニケーション不足」11件（26%）「受付での患者とのトラブル」6件（14%）であった。また「転倒・転落」4件（10%）であった。

医師とのコミュニケーション不足の事例では「検査入院患者の入院病棟が分からず医師との確認に時間がかかり，患者を待たせてしまった」「医師が入院時，退院後の検査予約をしていたが，外来看護婦に連絡が無く患者も忘れていた為検査が出来なかった」等があった。また他部門とのコミュニケーション不足による事例では「中央放射線部でレントゲン撮影の取り忘れがあり，担当科に連絡があった時にはすでに患者は帰宅した後で後日来院し撮影を行った」「緊急採血の結果を待っていたが，機械の故障で測定出来ないという検査室の連絡が遅れ，患者を待たせてしまった」等があった。受付での患者とのトラブルの事例では「検査にみえた患者を診察の患者と勘違いして長い時間待たせてしまい，検査が遅くなってしまった」「外来休診日に薬だけほしいとみえた患者に医師に連絡がつくまで待ってもらうよう話すが，看護婦の対応が悪いと，怒り出してしまった」等があった。転倒・転落の事例では「神経ブロック後，点滴中の患者が眠っていた為，声を掛けず席をはずしたところ，その直後にトイレに行こうとして転落してしまった」「片麻痺のある患者が診察を済ませベットから起き上がろうとして滑り落ちてしまった」等があった。

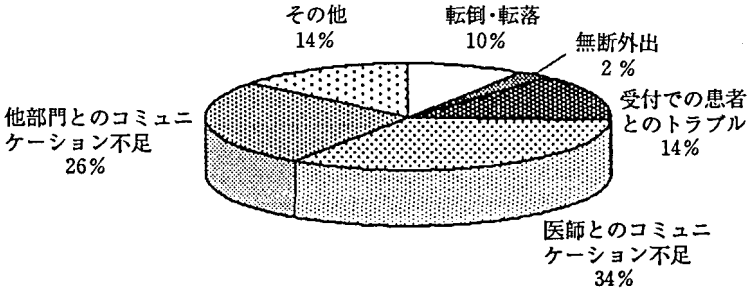

図2　療養上の世話に関する事例の種類

2）診療の補助に関する事例の種類（図３）

「検査に関するトラブル」22件(55％)と最も多く，次いで「その他」15件（37％）であり，この中には「病棟との連携不足によるもの」が８件含まれていた。検査に関するトラブルの事例では「名前をしっかり確認しなかったため採血が必要な患者を取り忘れ，必要のない人の採血をしてしまった」「患児の催眠処置が不十分で，検査が大幅に遅れてしまった」等があった。病棟との連携不足によるものの事例では「入院中の患者が外来受診中，酸素やＩＶＨの輸液が終わってしまった」「車イスで外来受診をしていた入院患者の診察が終わり廊下で待っている間に，病棟看護婦が外来看護婦に声も掛けずに病棟へ連れ帰ったため患者を探してしまった」等があった。

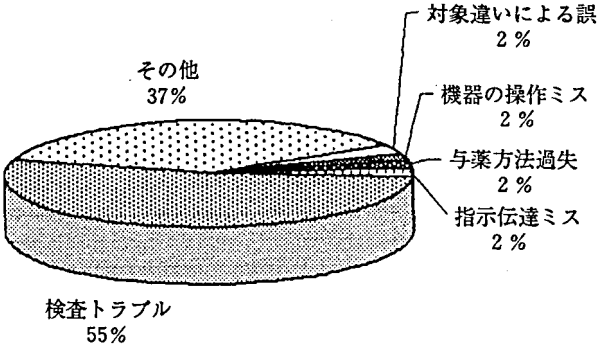

図３　診療補助に関する事例の種類

２．事例の原因別内訳（図４）

事例の原因別内訳では多い順に「原則の軽視」15件（19％）「安全意識の欠如」14件（18％）「管理体制・看護体制・看護基準の不備」10件（10％）「知識不足」９件（12％）「接遇の不備」「判断の誤り・未熟」７件（９％）であった。原則の軽視の事例では「ＣＴ検査時で造影がある場合は同意書が必要であるが，それが無かったため単純ＣＴとなってしまった」「検体が未提出のまま，次の日まで放置されていた」等があった。安全意識の欠如の事例では「患者が使用済み針を持参し，それを看護婦が片付ける時にキャップをしてない針を刺してしまった」「検査の担当医師が点滴と静脈注射の方法を間違えてしまった」等があった。管理体制・看護体制・看護基準の不備の事例では「入院時外来で行っていく検査をせず入院してしまった為入院後，外来に改めて来ていただき検査を済ませた」「他施設へ検体を搬送依頼したが，検体が届かず検査が出来なかったため，診察に支障をきたした」等があった。知識不足の事例では「特定疾患申請中で会計保留の患者に院外処方が出たため，多額の負担をしいられそうになった」「負荷試験の採血時間を間違えてしまった」等があった。接遇の不備の事例では「時間外に鉛を誤飲したと連絡があった13歳の患者の受診科が決まらず，３つの科を渡り歩いてしまった」「診察前に採血の必要な患者の指示せんが無く採血が遅くなってしまったが，その理由をきちんと患者に説明しなかったため患者が怒ってしまった」等があった。判断の誤り・未熟の事例では「検査前の血管確保の必要な患児の処置前に安全の確認をせず処置を行ったところ，口の中にラムネが入っていて，誤えんをする恐れがあった」「半身麻痺の患者を１人で検査台に移動する際，バランスを崩し患者と一緒に倒れてしまいそうになった」等があった。

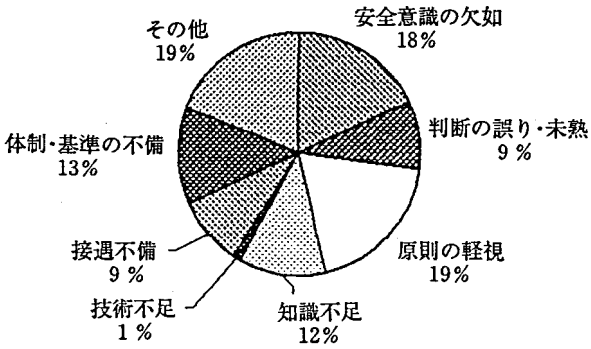

図4　事例の原因別内訳

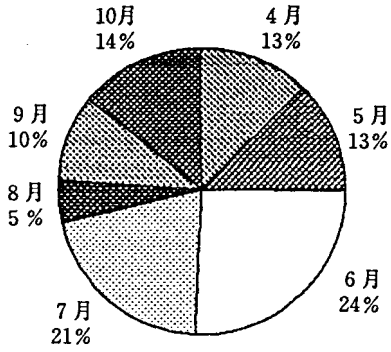

図5　月別件数

3．月別件数の比較（図5）

月別の事例件数を比較すると最も多い月は6月16件（24%）次いで7月13件（21%）であり，4月・5月がそれぞれ8件（13%）であった。

4．曜日別件数の比較（図6）

曜日別の事例件数では，最も多い曜日は水曜日23件（37%）次いで金曜日15件（24%）月曜日12件（19%）であった。

5．発生時刻より比較（図7）

発生時刻は11時台に12件（19%）10時・15時台9件（14%）次いで13時台8件（13%）であった。

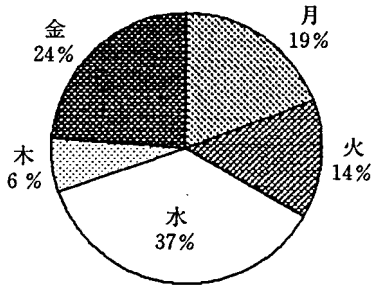

図6　曜日別件数

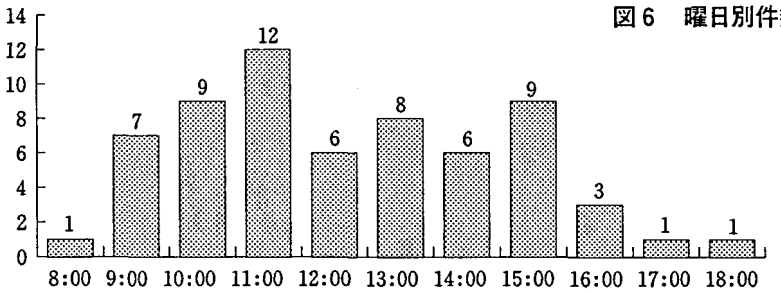

図7　発生時刻と件数

Ⅳ．考　察

事例を種類別でみると，療養上の世話，診療の補助に関して事例数の違いはほとんどなかった。

療養上の世話に関する事例では，医師と看護婦の連絡が不十分で入院病棟の確認に手間どったり，患者への連絡が取れず検査が出来なかった状況があった。外来看護婦として，医師と看護婦間のコミュニケーションを十分にとり連携を密にすることや，患者の代弁者として検査等の納得が出来ているか確認をし，確実に検査が出来るようにする役割も大切と思われる。一方，他部署とのコミュニケーション不足から生じた事例では，日頃からコミュニケーションを十分に図り連携する必要性を改めて学ぶことが出来た。お互いに部門間で連携することで，検査治療上の問題を早期に解決することにもつながると考えられる。そして病院組織の一員として，患者サービスの提供が出来るよ

う協同し，更に補佐しあう姿勢も大切と思われる。受付の窓口での患者とのトラブルは，看護婦の接遇の不備によるものが多かった。医療がサービス業であることを考えれば，各診療科窓口の看護婦の対応は重要と思われる。永井は「言葉遣いは，業務サービス・態度サービスを生み出すための資源である。看護婦がわかりやすい言葉を遣うこと，ほっとさせるような表現をすること，説得力のある指導が出来るなどは商品価値であり，業務サービスや態度サービスという商品である」といっている[1]。日常の看護活動の中で，看護婦が看護業務以外の周辺業務に多くの時間を費やし，しかも煩雑化している中で多様な患者のニーズにこたえることは，困難が伴うと思われる。しかし，外来看護婦としての商品価値を生み出す努力は必要であり，更に患者に少しでも気持ち良く外来診療が受けられるように配慮することが重要と思われる。転倒・転落の事例では危険を予測し十分な安全策をとることの重要性を再確認出来た。重症化・高齢化する患者に対して安全なベットの選択など環境を整えることや，頻回の声掛けをする等更に十分な配慮が必要と思われる。

診療の補助では検査に関するトラブルが最も多かった。外来患者の特徴として，生活の大部分を家庭で過ごし外来通院は生活の中の通過点でしかない。そのために検査など短時間に安全に確実に提供することで必要であり，外来看護婦としての役割は重要と思われる。今後は各診療科毎に検査手順等の見直しを行い，検査が安全に確実に実施できる方法を検討していきたいと考える。病棟看護婦との連携不足の事例からは，入院患者の外来受診時には病棟看護婦に更に細かな配慮を要請し安全に努めることや，外来看護婦としても積極的に患者の情報を得る努力やできるだけ外来での待ち時間を短くすること，看護婦同志がお互いに声を掛け合い患者の安全確保に十分配慮していくことが大切と思われる。

事例を原因別でみると原則の軽視，安全意識の欠如をはじめとして管理・看護体制の不備や知識不足，接遇の不備など原因は１つだけでなく，複数の原因が関係しているものが多かった。外来でも複雑な治療や検査が行われるようになり，看護婦も高度な知識技術を必要とされている。また患者に対してはインフォームド・コンセントの考え方から患者の意思を尊重することが求められ，患者の権利も高まっている。従って外来看護婦として処置・検査等を患者が安全で安楽に受けられるように，十分な説明と適切な介助と観察や，正確な情報提供が必要と思われる。そして看護行為の１つ１つの原則を守り，確実に実施することや知識・技術・態度について更に学習を深めていくことが必要と思われる。

月別の事例数で６月・７月が多かったのは，この時期にアクシデント・インシデントレポートの提出を促してきたことや，看護婦が担当科の業務に少しづつ慣れてきた時期とも重なったことが一因と思われる。また曜日別・発生時刻別では，月曜日から金曜日の中でも患者数が多い曜日であったり，混雑する時間帯あるいは看護婦が手薄になった時間帯に多くの事例を経験していると言える。これは一人一人の患者への配慮が物理的にも十分出来ない状況が考えられる。しかし予測される状況を把握し，常に準備を怠らないことや患者への配慮が出来るような工夫をすること，また自分自身をコントロールできるように日頃より努力することも大切と思われる。

V．まとめ

アクシデント・インシデントレポートの内容を検討し，今後の外来の課題として以下のことがわかった。

1．医師をはじめ事務・検査部門など他部門とのコミュニケーションを十分にとる必要ががる。
2．受付での患者家族などのトラブルを防ぐ為に，日頃より接遇に注意する。
3．重症化・高齢化する患者には，設備面を含めた安全面に十分な配慮が必要である。
4．検査を安全にスムーズに実施する為の方策を検討する必要がある。
5．外来・病棟看護婦間の声掛けや連携が更に必要である。
6．看護行為の原則を守り確実に実施すること，知識・技術・態度について学習を深めていくことが大切である。

Ⅵ．おわりに

今回，提出された事例を１つ１つ検討することで多くの事を学ぶことが出来た。今後は提出された事例を共有し，看護婦一人一人の安全への意識を高めると同時に，接遇教育の継続や，日頃から医師を含め他部門とのコミュニケーションを十分に図るよう努力したい。そして，医療行為の１つ１つを再点検しながら，安全マニュアルの作成と見直しをはかり，一人一人の看護婦が危機管理が出来るようにしていきたいと思う。

引用・参考文献

1）永井則子：言葉遣いとサービスの精神，ナーシング・トゥディ，12(5)26-27，1997.
2）内藤寿喜子監修：外来看護，看護必携シリーズ第13巻，61-63，1993.学研
3）永尾律他：インシデントレポート実態調査，看護展望，20(5)，90-95，1995.