

インシデントの実態と今後の課題

The present incident and its management in the future

医療事故対策委員会：丸山 公子・井口 靖子・小幡 礼子
西沢美津子・小野千恵子・茂野テル子

〈要 旨〉

医療事故対策委員会では、平成10年度より、各部署に委員を設け活動をすすめている。当委員会では、事故防止に役立つ事を目的とし、当看護部のインシデント実態調査を行なった。調査は、平成10年4月～9月に、インシデント発生後、看護部に提出されたインシデントレポート476件を使用した。調査の結果、以下の事がわかった。

1. インシデントの種類は、「診療の補助に関するインシデント」が70%であった。
2. 「療養上の世話」では、「転倒・転落」が、「診療の補助」では、「誤薬・誤量」が最も多かった。
3. インシデントの原因の1番目は、「安全意識の欠如」で42%であった。
4. インシデント発見者は、当事者の発見が46%、当事者以外の発見が54%であった。
5. 各部署の委員の働きかけにより、インシデントレポートの提出が増えた。

〈キーワード〉

インシデント・危機管理・事故対策

I. はじめに

当院看護部の医療事故対策委員会では、「①安全な看護を提供する ②医療事故を少なくする」という目標のもとに活動を行なっている。また、今年度は各部署に委員を設け、「①各部署のインシデントレポートの提出を推進する ②各部署毎に医療事故を共有し意識的に事故を減らす対策を立てる ③当看護部の医療事故の傾向をよりの確に知る」という点を重点に活動をすすめている。委員会では、インシデントレポートの内容を検討し分析したので、報告する。

なお、ここで言う「インシデント」の定義は、「何かのきっかけで、通常とは違う出来事が偶発的に起こった事例」の事で、当院ではアクシデントも含んでいる。

II. 調査期間および方法

1. 調査期間：平成10年4月～9月（6カ月間）
2. 対象：上記期間中に、提出されたインシデントレポート 476件
3. 方法：

(1) インシデントレポートをもとに以下の項目について比較、検討した。

インシデントレポートは、永尾らが使用した分類法を参考にし、当委員会で作成した集計用紙を使用した。

なお、「インシデントレポート」については、以下「レポート」と略す。

①インシデント発生件数（部署別・インシデントの種類別）

- ②インシデントの原因とその比率
- ③インシデントの発見者（経験年数別）
- ④「転倒・転落」について（時間帯別・患者の年齢別）

(2) 「転落・転倒」「誤薬・誤量」の事故防止対策についてグループワークを行なった。

Ⅲ. 結果および考察

1. 部署別のインシデント発生件数について（図1）

レポートの総数は、476件であった。前回調査、平成8年9月～平成9年3月の7カ月間の総数80件の約6倍となっており、各部署の委員がレポート提出の推進役をはたしている。しかし、部署別でみるとかなりのバラツキが見られ、提出の多い部署は、西7階が61件、外来が54件、東6階が48件で、提出の少ない部署は、東4が9件、西3階が9件、西2階が5件であった。委員の働きかけがスタッフに十分伝わらず部署により、事故防止に対する意識に差ができたためと思われる。

なお、前回調査後に病棟再編成・移転があり、前回調査との部署別の比較はできなかった。

2. インシデントの種類について

インシデントの種類別で見ると、「療養上の世話に関するインシデント」が、112件で30%、「医療の補助に関するインシデント」が、353件で70%であった（図2）。前回調査では、「療養の世話に関するインシデント」が40%、「診療の補助に関するインシデント」が60%であり、前回と同様に今回の調査でも、「診療の補助に関するインシデント」が多かった。

インシデントの種類の内容は、「療養上の世話」では、「転倒・転落」が23%、「チューブ自己抜去」が14%、「その他」が48%であった（図3）。

「その他」の内容としては、「欠食の説明を忘れ、患者を不機嫌にさせてしまった」、「寒気を訴えたため、毛布を追加したが、患者は“シャツを着せてほしかった”ことが後でわかった」などが挙げられていた。レポート用紙をさらに検討し、インシデントの種類に「接遇の不備」などの項目を追加するようにしたい。

「診療の補助」では、「誤薬・誤量」が28%、「与薬方法上の過失」が13%、「検査トラブル」が12%であった（図4）。

3. インシデントの原因とその比率について（図5）

インシデントの原因について見ると、「安全意識の欠如」が42%、「原則の軽視」が21%、「判断の誤り・未熟」が13%であった。前回調査では、「安全意識の欠如」が33%、「原則の軽視」が20%、「知識不足」が15%であった。前回と同様に今回も、「安全意識の欠如」と「原則の軽視」で、インシデントの原因の50%以上を占めている。

4. インシデントの発見者について (図6)

インシデントの発見者について見ると、当事者による発見が46%、他の看護婦の発見37%を含めた当事者以外の発見が54%であった。また、経験年数1年目から3年目までは、他の看護婦による発見が多い傾向であった。

5. 「転倒・転落」について

「転倒・転落」を時間帯別で見ると、9時と18時が4件、5時と20時が3件で多かったが、全体にばらついており、時間帯での特徴は見られなかった(図7)。

「転倒・転落」を患者の年齢別で見ると、59歳以下が7件、60歳～69歳が6件、70歳～79歳が18件、80歳以上が1件で、高齢者が圧倒的に多かった(図8)。

6. 事故防止対策について

当委員会では、定期的に各部署の委員が集まり、レポート提出の推進策や事故防止対策などについて検討している。今年度は、インシデントの種類別で多い、「療養上の世話」の「転倒・転落」、「診療の補助」の「誤薬・誤量」の事故防止対策についてグループワークを行なった。

「転倒・転落」では、日常生活パターン(睡眠・排尿パターンなど)や安定剤の内服など、個々の患者に合わせた対策と病棟内の環境整備などの必要性が挙げられた。

また、「誤薬・誤量」では、ダブルチェックする、指差し呼称し自分の行動を意識化する、ベッドサイドで指示表を確認し点滴交換する、患者さんに十分説明する、作業手順をマニュアル化する、などが挙げられた。

「ミスは、実際にミスをした人の思い込みからはじまり、それに気がつかないまま行動してしまった事から起こる」「思い込みからの行動の間に、間違いに気づく冷静な自分や、第三者に出会えた場合は、ミスに至らない」と言われる。

仕事の中には、多くの人が思い込みを起こしやすいものがあり、誰がやっても安全に行なえるシステムや、気づけるようなチェックシステムの構築、チーム作りなどが必要であり、人の面、物の面、管理の面から、安全に仕事を行えるよう改善しなければならない。

ハインリッヒは、「一つの大事故の背景には29件の小事故、運良く事故には結びつかなかった300件のニアミスがある」と言っている。

臨床現場には、ニアミスが数多く存在し、同じようなニアミスを繰り返していれば、やがては事故につながる。逆に言えば、ニアミスが、事故の起こる可能性を示唆しており、この段階で何をどのように改善するかを話し合い、行動に移すことが事故を未然に防ぐことになる。この点で、各部署において、レポートを分析して検討する事は、大きな意味をもっている。

IV. まとめ

1. インシデントの種類は、「診療の補助に関するインシデント」が70%であった。

2. 「療養上の世話」では、「転倒・転落」が、「診療の補助」では、「誤薬・誤量」が最も多かった。
3. インシデントの原因は、1番目が「安全意識の欠如」で42%、2番目が「原則の軽視」で21%であった。
4. インシデントの発見者は、当事者の発見が46%、当事者以外の発見が54%であった。経験年数1年目から3年目までは、他の看護婦による発見が多い傾向であった。
5. 「転倒・転落」は、高齢者に圧倒的に多く起こっていたが、時間別の特徴は見られなかった。

V. おわりに

今年度は、各部署に委員を設けたことにより、レポートの提出が増え、当看護部の事故の全体像が把握できた。しかし、部署によりレポート提出にかなりのバラツキが見られている。今後、レポート分析と検討をさらに推進し、事故防止に繋げるよう、各部署の委員と協力し活動してゆきたい。

当委員会での調査結果が、各部署に還元され、事故防止に役立つ事を望んでいる。

参考文献

- 1) 杉谷 藤子：「看護事故」防止の手引き，日本看護協会出版会，1997.初版第2刷。
- 2) うっかりミス・思い込み事故シャットアウト，NURSE CALL,20(9)：3～7,1997.
- 3) 看護の仕事のクライシス・マネージメント，NURSE CALL,20(10)：3～9,1997.

図1 インシデント件数

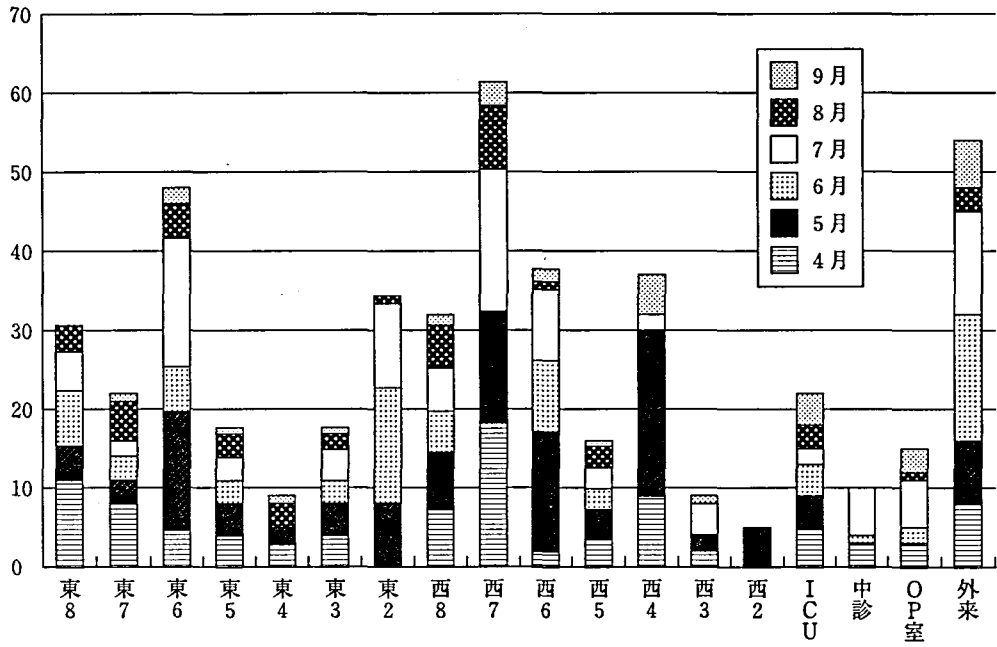


図2 インシデントの種類

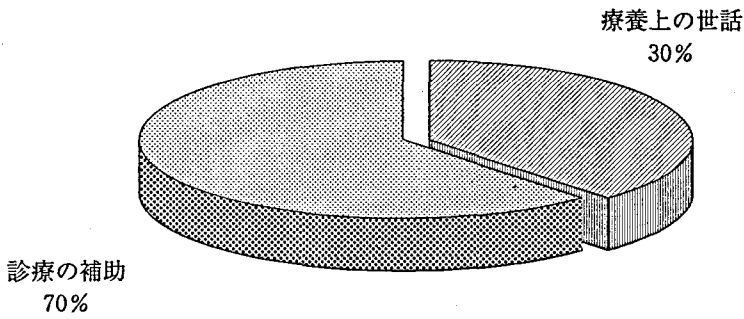


図3 療養上の世話

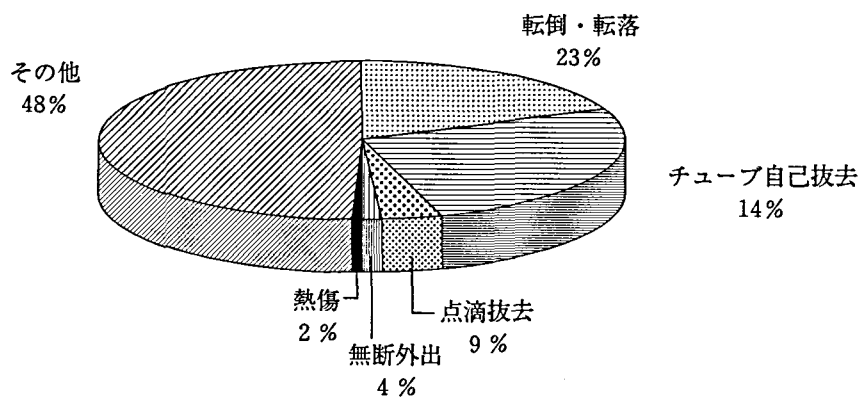


図4 診療補助

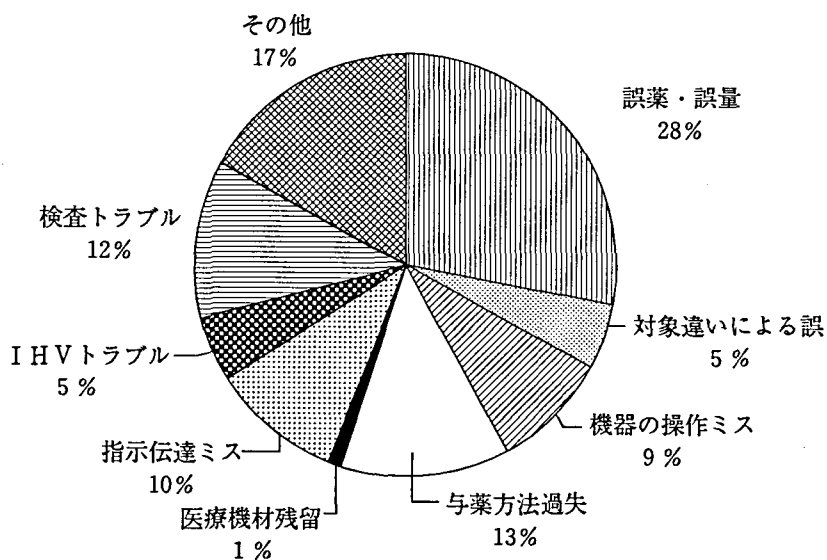


図5 インシデントの原因

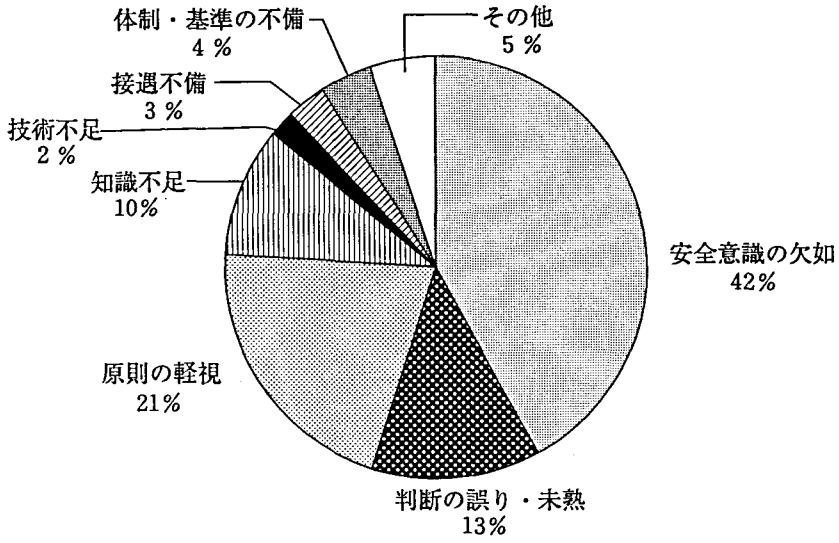
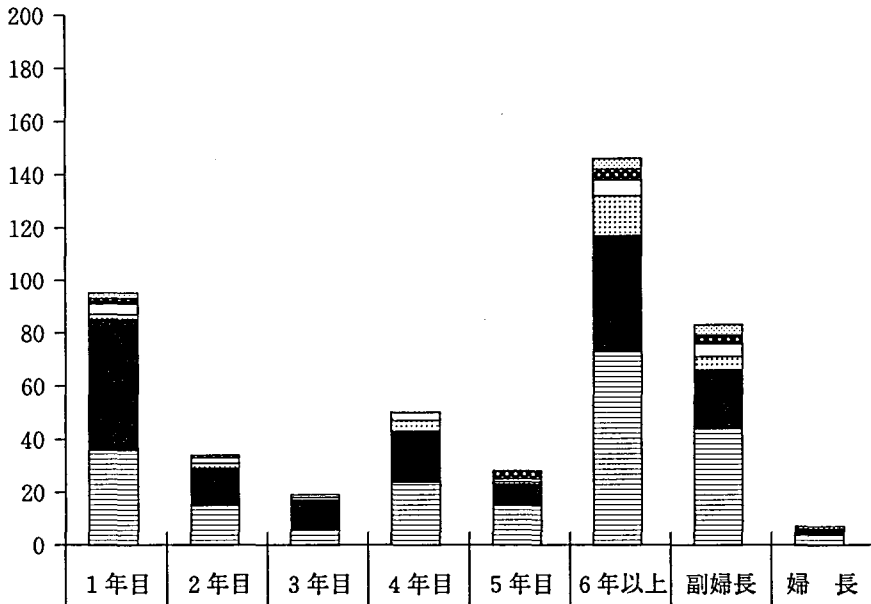


図6 経験年数別事故の発見者



発見者	1年目	2年目	3年目	4年目	5年目	6年以上	副婦長	婦長
その他	2					4	4	1
家族	2	1			3	4	3	
患者	4	2	1	3	1	6	5	
医師	2	2	1	4	1	15	5	
他の看護婦	49	14	11	19	8	44	22	2
当事者	36	15	6	24	15	73	44	4

図7 転倒・転落 (時間帯別)

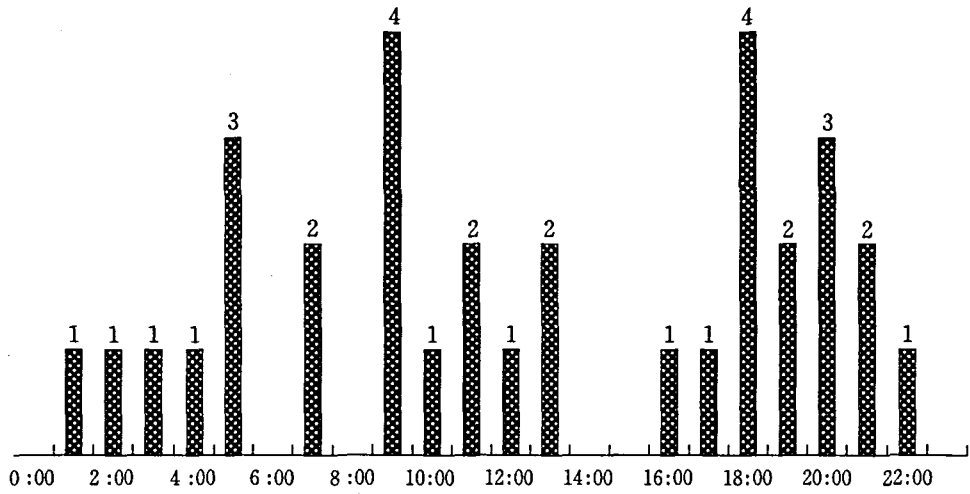


図7 転倒・転落 (時間帯別)

