

# インシデント実態調査

Actual Conditions of Incident.

平成9年度医療事故対策委員会：○井口 靖子・小幡 礼子・丸山 公子  
上條 陽子・小野千恵子・茂野テル子

## 要 旨

平成9年度に発足した医療事故対策委員会により、当看護部のインシデント実態調査を行った。当委員会での分析結果が、各部署に還元され、事故防止に役立つ事を目的とした。調査は、平成8年10月から7カ月間に、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80枚を使用した。調査の結果、以下の事がわかった。

1. 事故の多い時間帯は、7・10・12・15・20時（各時間帯6～8件）であった。
2. 事故原因の1番目は、複数回答で「安全の意識の欠如」（42件34％）であった。
3. 事故の多い年代は、1年目・2年目・3年目の順であった。
4. 事故発見者の52件（65％）は当事者自身であった。
5. 事故発見時刻は、47件（59％）が同日中であった。
6. インシデントレポートの内容には、部署毎にバラツキがあり、提出基準が必要である。

## キーワード

インシデント・インシデントレポート・危機管理

## I. はじめに

当院の看護部では、インシデントが発生すると、各部署毎に、看護管理部門に報告している。報告は、平成8年10月から、インシデントレポート用紙を使用して行われている。

平成9年度に看護部の組織の再編成が行われた。危機管理の一つとして、医療事故対策委員会が発足した。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. 調査期間および調査方法

1. 調査期間：平成8年9月～平成9年3月（7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80件。（n=80）
3. 方法：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て、当委員会作成の集計用紙を使用し、以下(1)～(4)について比較・検討した。

なお、「インシデント」については、以下、「事故」と略す。

### (1) 事故発生件数

（月別・日別・時間別・場所別・部署別・曜日別・経験年数別・事故の種類別）

### (2) 事故の原因とその比率

- (3) 経験年数別の、事故原因とその比率
- (4) 事故発見者と事故発見までの時間

### Ⅲ. 結果および考察

#### 1. 曜日別事故件数とその種類について (図1)

- ・曜日別で見ると、火曜日に17件、金曜日が14件の順で多かった。

曜日別事故件数については、さらに、「療養上の世話に関する事故」と、「診療の補助に関する事故」の2つに分けてある。

##### (1) 「療養上の世話に関する事故」(図2)では、

- ・転倒・転落は火曜日に2件。
- ・無断離院が月曜日と金曜日に2件ずつあった。

##### (2) 「診療の補助に関する事故」(図3)では、

- ・注射の誤薬・誤量は、金曜日と土曜日に4件ずつあり多かった。

#### 2. 時間別事故件数について (図4)

事故の多い時間帯は、7・10・12・15・20時(各時間帯6～8件ずつあった)

各時間帯毎に、一番多いのは、

- ・7時では、 「インシュリン注射」に関するものが3件。
- ・10時・15時・20時には、「診療の補助」に関するものが2～3件。
- ・12時には、 「予薬方法上の過失」が2件あった。

これらの時間帯は、勤務の交替時間の前後2時間以内か、スタッフが交替する昼休み中か、消灯1時間前にあたる。事例の中に、「人手が少なくなる昼休みに、処置が多く、調整の必要性」を、今後の対策に上げてあるレポートがあった。

#### 3. 事故原因について(複数回答)(図5)

事故の原因の比率を多い順に見た。

- ・「安全の意識の欠如」が、 42件で、33%。
- ・「原則の軽視」が、 24件で、20%。
- ・「管理体制・看護体制・看護基準の不備」が、 18件で、15%。
- ・「知識不足」が、 17件で、15%。

「安全の意識の欠如」の事例として、

「ホットパックの低温熱傷」「イノバンのルートからの管注」  
「輸液ポンプで点滴をする際の、速度間違い」などがあった。

#### 4. 事故と経験年数について (図6)

##### (1) 事故の多い年代

事故を経験年数の構成比率を多い順に見た。

- ・グラフ上は、6年目以上が23件で一番多いように見える。しかし、実際は、5番目で、6年目以上全体の、約20%にあたる。

- ・ 1 番目は、1 年目で11件あり、(1 年目全体の33%)
- ・ 2 番目は、2 年目で、13件あり、(2 年目全体の24%) であった。

(2) 経験年数別でみた多い事故原因 (複数回答) (図 7)

- ・ 1 番目は、各経験年数毎に「安全意識の欠如」で、5～10件ずつ30%前後あった。但し、5 年目については、「原則の軽視」が3 件で一番多かった。
- ・ 2 番目は、1～2 年目では「知識不足」。3～4 年目では「管理体制」。5 年目以上では「原則の軽視」であった。

2 番目の事例としては、

1～2 年目では、

「ソルコーテフの溶解方法を知らなかった」。

「挿管中インスピロンの T チューブのふたを閉じていた」

「メスナはフィルターを通らないのに、通していた」などがあった。

- ・ 1～2 年目には、経験不足を補うため、間違いやすい注射の用法や単位などの知識を事前に補う必要がある。
- ・ 3～4 年目では、「同一部署で数回起きていた、インスピロン回路の接続の外れが、今回の調査期間中にも、再度起きている」などがあった。  
管理上、スタッフには事例検討などを通して1 度起きた事故を確認しておく必要がある。

5. 各事故の種類と発生時刻の違いについて (図 8)

- ・ 無断離院の、発生時刻は、10・15・20・23時。
- ・ 転倒・転落の、発生時刻は、6・9・12・17時、であった。

6. 事故の発見者、および、発見時刻について

- (1) 事故発見者の52件 (65%) は、当事者自身であった。しかし、それ以外の14件は他者が事故を発見していた。その内訳は、他の看護婦 4 件、医師 4 件、看護助手 1 件、輸血部 1 件、患者 or 患者家族 4 件であった。

- (2) 事故発生後、実際に、その事故が発見される迄の、時間について調査した。

発生直後は25件。1 時間以内は 8 件。6 時間以内が 7 件。1 日後 6 件。3 日後 2 件。1 週間後が 1 件であった。

「ミスは、ミスをした人の思い込みが、思い込んだまま行動され、この間に、それに気づく時間も、人もいない状況で起こってしまう。」と、言われている。事故防止のためには、思い込みをなくし、気づくことが出来るかが、ポイントになる。

7. 部署別の比較について (図 9)

スライドの図の横軸は、移転前の旧部署を数字で示してある。横軸の、14番は16件と多い。看護部からのインシデントレポートの提出の促しの時期 (9～10月) に一致している。14番の部署が特別、事故が多い部署と言うわけではないと思われる。

インシデントレポートの提出が0件の部署が5カ所あった。インシデントレポートの提出基準がないため、各部署のインシデントレポートの活用に対する認識の違いがあると思われる。

#### 8. 事故発生、関連要因について

「曜日別事故件数は、火曜日と金曜日が多かった」という、結果がでた。

曜日の違いにより、一日の仕事量が異なり、事前に1週間分の予定が組まれる「手術」について注目した。

「曜日別手術件数」(図10)と、

「手術室からの退室時間」(図11)の2つについて調査した。

- ・曜日別手術件数は、火曜日と金曜日が多かった。
- ・退室時間は、15時から17時をピークにして多かった。

事故発生関連要因については、他の要素について検討していない。そのため、手術日と事故との因果関係は、はっきりわからなかった。

#### IV. まとめ

1. 事故の多い時間帯は、7・10・12・15・20時であった。(各時間帯6～8件)
2. 事故原因(複数回答)の、
  - ・1番目は、「安全の意識の欠如」(42件34%)。
  - ・2番目は、「原則の軽視」(24件20%)であった。
3. 各経験年数毎の比較では、
  - ・事故の多い年代は、1年目・2年目・3年目の順であった。
4. 事故発見者の52件(65%)は、当事者自身であった。しかし、それ以外の14件は他者による事故発見であった。
5. 事故発見時刻では、同日中が47件(59%)。1日目以降が3件であった。

#### V. おわりに

当看護部の、事故の全体像をより正確に把握するために、インシデントレポートは、事故が発生する度に提出される必要がある。しかし、今回、インシデントレポートを検討したが、各部署毎に、レポート提出の内容には、バラツキがあった。

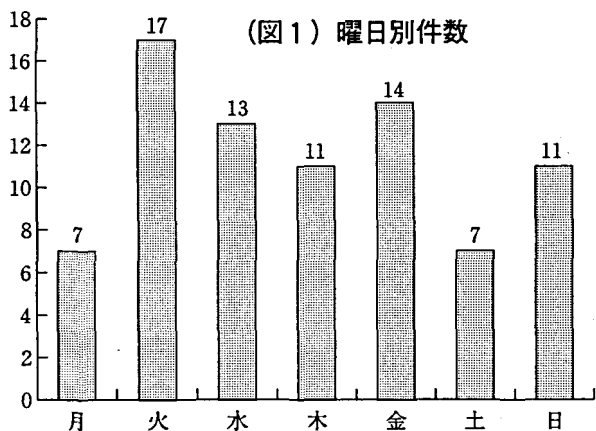
インシデントレポートの、提出基準を決める必要性を感じた。

事故が起きた際には、その背景にある環境や、人的要因などにも目を向ける必要がある。当委員会での検討結果が、各部署に還元され、事故防止に役立つ事を望んでいる。

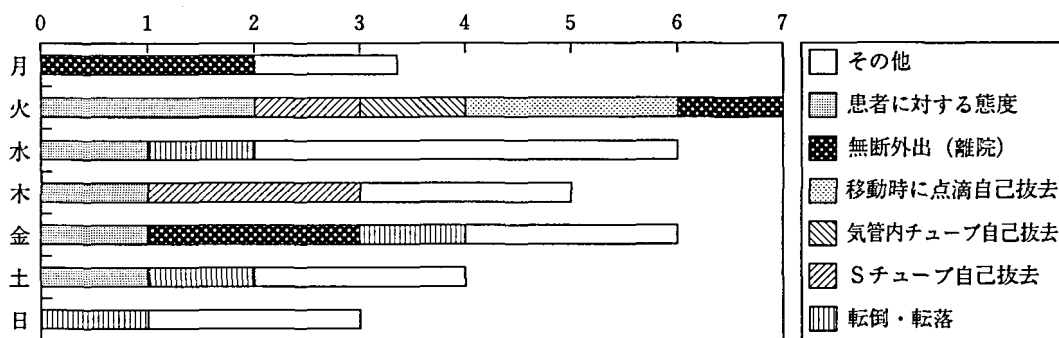
#### 参考文献

- 1) 永尾 律：インシデントレポート実態調査，看護展望，p90-95,1995.
- 2) うっかりミス・思い込み事故シャットアウト，NURSE CALL，(株)テクノコミュニケーションズ，p3～7，1997.

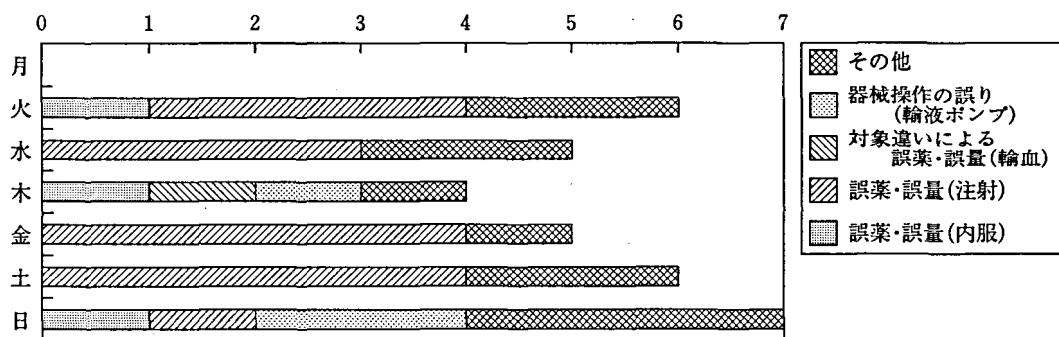
平成8年度 インシデントレポート集計 (n=80)



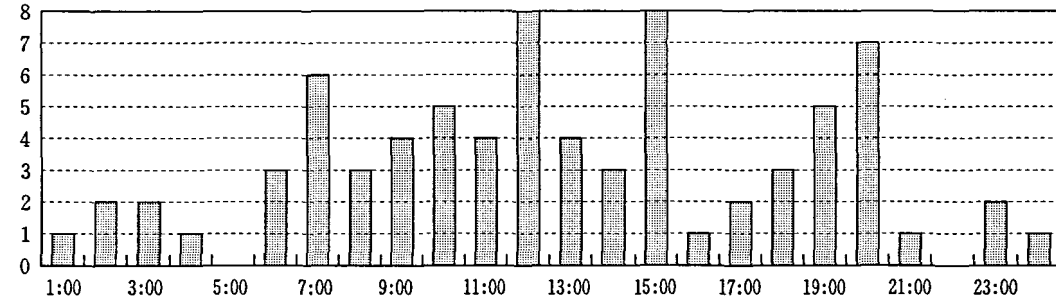
(図2) 曜日別事故の種類の内訳 (療養上の世話) (件)



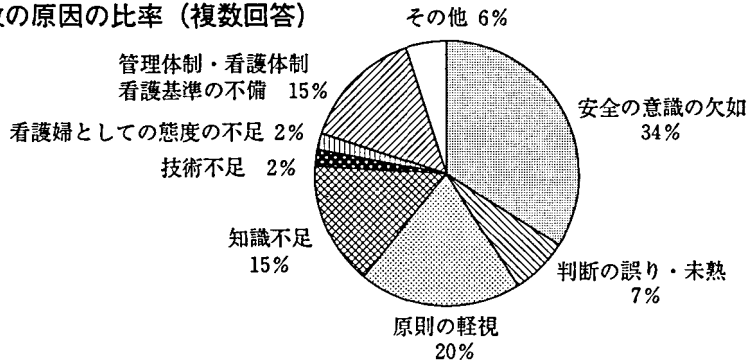
(図3) 曜日別事故の種類の内訳 (療養補助) (件)



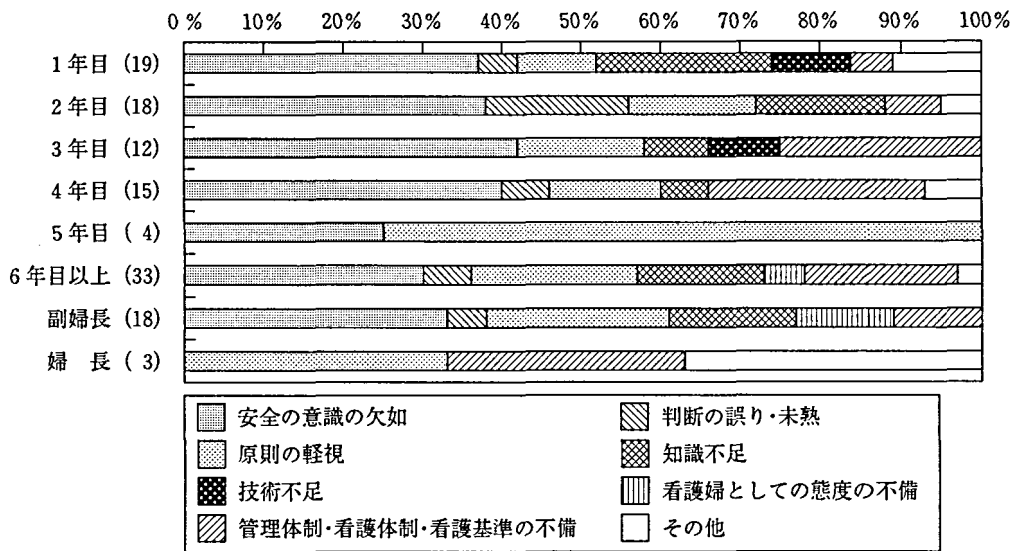
(図3) 曜日別事故の種類の内訳 (療養補助)



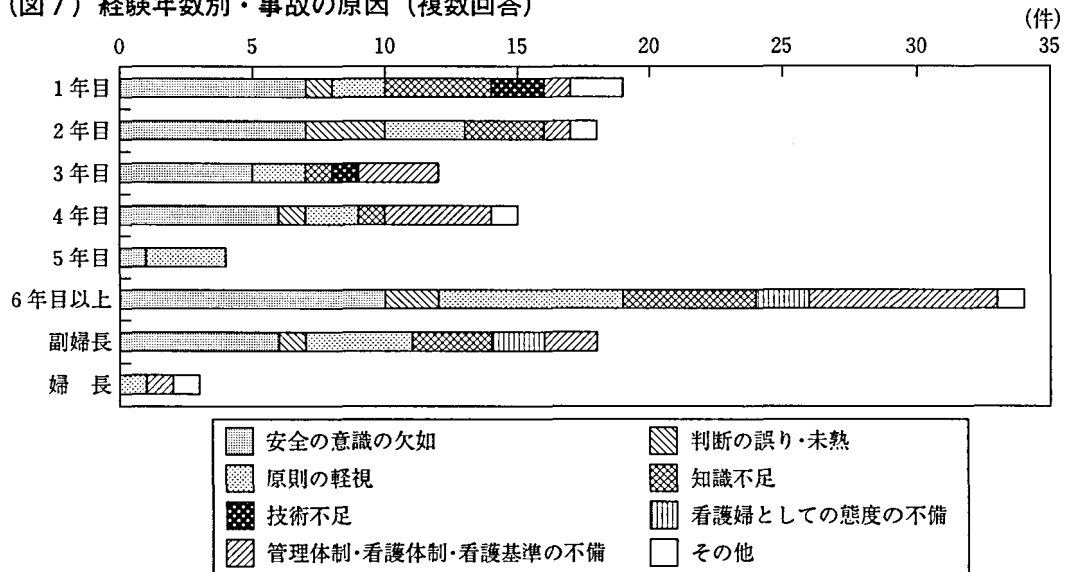
(図5) 事故の原因の比率 (複数回答)



(図6) 経験年数別・事故原因の比率 (複数回答)



(図7) 経験年数別・事故の原因 (複数回答)



(図8) 事故の種類と発生時刻

