

ICUにおける事故調査とその検討

集中治療部・救急部 ○丸山 公子
市川喜世子・鰐川 洋子・三間恵理子
下里 典子・塩原まゆみ・竹村 滋子
上條 薫・深澤佳代子・二木 朗江

I. はじめに

当ICUには、過去3年間で、年平均約400名の患者が入室した。その患者別内訳は、胸部疾患44%、頭部疾患31%、腹部疾患13%、その他12%であった。

ICU入室患者は、呼吸、循環、代謝などが障害された重篤な状態にあり、その治療の際には、生命維持のための多量の薬剤や各種ME機器が使用されている。このため、看護上における安全性や正確さが一層重要となる。

そこで私たちは、より患者の安全を守るために、当ICUにおける事故の実態調査及び分析を行った。

II. 研究方法

1. 研究期間 平成2年3月1日～8月31日
2. 平成2年3月1日～5月31日までの事故実態調査を行った。
調査用紙(図1)を使用し、事故当事者及び発見者の申告制とした。
3. 報告された事故について、以下の分析を行った。
1) 事故内容 2) 発生時間 3) 発生状況

III. 結果及び考察

1. 調査期間中の事故報告件数は、82件であった。最も多かったのは、器械・器具の操作に関するもので、46件あり、全体の56%を占めた。これは、一般病棟では、注射、与薬、検査、処置に関する事故が多いとする小林らの¹⁾調査結果とは異なり、ME機器が多用されているICUの特殊性と考えられる(図2)。
次いで、患者によるチューブ類の抜去8件、与薬・注射ミス7件、器械の故障5件などが起きていた。
2. 器械・器具の操作に関する事故の中では、輸液ポンプのアイメドに関するものが、22件と多かった。つづいて、呼吸器やインスピロンに関するもの、シリンジポンプ・尿量計・三方活栓・エアー針などの操作に関するものが挙げられた(図3)。
アイメドに関する具体的事故内容は、電源の入れ忘れ、接続のゆるみやずれなどであった。これらの原因として、単純錯覚、勘ちがい、慣れによる取り違いや早のみ込みがあると考えられる。ICUにおいて輸液ポンプによる管理は日常のことであるが、その使用目的、方法に対する認識が薄れないような意識づけが大切であるといえる。
3. 事故発生時間は、ほぼ全体に分散しているが、深夜から日勤、日勤から準夜の申し送り後に多

かった。これは、申し送り後、次の勤務者の始業時点検で発見された、器機に関する事故が10件と多かったためである。しかしこれは、複数の眼による定期的な確認の重要性を示していると考えられる(図4)。

各勤務帯における特徴的な事故としては、患者によるチューブ、ライン類の抜去が挙げられる。これは8件中、7件が夜勤帯であり、うち6件は、2時から5時の間に起きていた。これらは、予測されたものがほとんどであった。しかし、鎮静、抑制を行い、看護婦が複数付いていながら、抜去を防ぐ事ができなかった例もあり、今後とも検討が必要な事項である。

また、注射・与薬に関するものは、7件中5件が夜勤帯に起きていた。これは、看護婦の疲労や集中力の低下も一部関与していると思われる。

4. 発生時の状況として、在室患者が4～5名の日勤帯の事故が22件(25%)、夜勤帯は42件(52%)であった。これらより、在室患者が多いと、検査や処置に使用する器機が増え、更に夜間は一人の看護婦が複数の患者を受け持つため多忙となり、事故が発生しやすい状況となるといえる(図5)。

また、CT・術後入室、転ベッドなど、患者の移動後や、受け持ち看護婦以外が関与した場合に、機器の操作ミスが20件と、全体の24%を占めた。ICUにおける患者の移動は、看護婦一人では不可能なことがほとんどであり、多くの医師や受け持ち以外の看護婦がそれに関わる。しかし、これら複数の手によってなされた移動後に、事故が起きやすいのは、それぞれに対する責任が、分散、希薄となる傾向があることを示していると思われる。

IV. おわりに

今回の調査とその分析により、当ICUにおける事故の特徴と、その原因の一部が明らかになった。

これらに対しては、いくつかの防止対策が考えられ、現在実施に移している(表1)。

川島は²⁾、「看護における安全性とは、対象の生命の尊重を基盤に、まず患者が安全であること。更に、その技術を提供する背景となるシステムや手順を含めて安全であること。」と述べている。今後は、この視点に立ち、具体的な事故防止対策の実践のみでなく、ICU内の安全性を高める体制づくりを検討し、看護に活かしていきたい。

本研究に際し、御指導、御協力くださった方々に深謝いたします。

引用・参考文献

- 1) 小林秀代他：医療事故発生要因と多忙との関連—事故報告書の分析から—、〈第20回日本看護学会集録看護管理〉、257～260、1989。
- 2) 川島みどり：臨床における安全性と安楽性、臨牀看護、12(9)：1302～1307、1986。
- 3) 浅井登美彦：看護業務とトラブル1、患者応対と院内連絡、看護技術、32(1)：128～129、1986。
- 4) 今井 栄子：看護の安全性の追求—医療過誤の特質—、〈第18回日本看護学会集録看護管理〉、167～169、1987。
- 5) 岡部 純子：院内での医療事故防止の取り組み、神奈川県立厚木病院医療事故防止委員の活動から、看護学雑誌：52(7)、656～660、1988。

- 6) 酒井由美他：トラブル検討会の試み，ICUとCCU，11(8)：801～804,1987.
- 7) 鈴木 利廣：“看護事故”を防ぐための10箇条—法律家からのアドバイス，ナーシングトゥデー，5(8)：35～50,1990.
- 8) 千葉秀子他：看護事故防止のための日常業務のチェックポイント，エキスパートナース，2(2)：17～23，1986.
- 9) 日本看護協会編：看護事故事例研究ノート，日本看護協会出版会,1975.
- 10) 柳田 邦男：死角 巨大事故の現場，新潮社,1988.

月/日	患者氏名	内容	原因	経過	備考
時刻					

図1 調査用紙

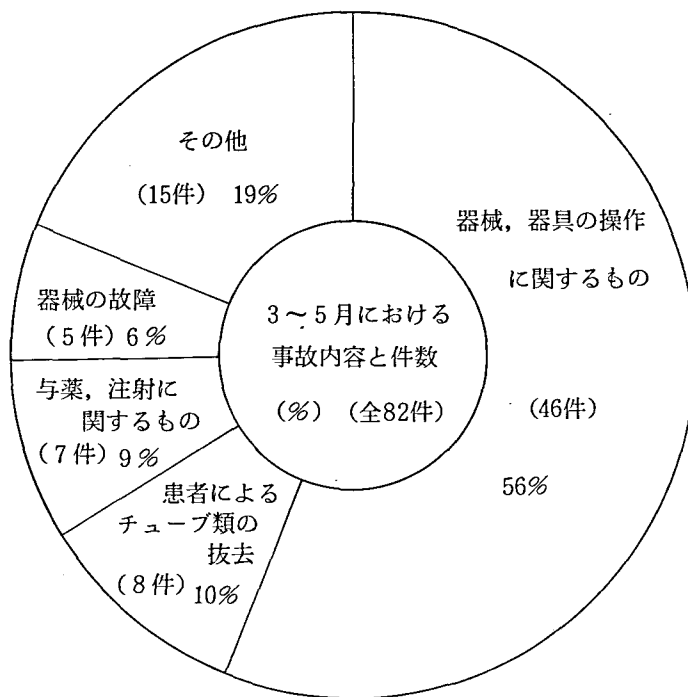


図2 平成2年3月1日～5月31日間の事故報告件数と内容

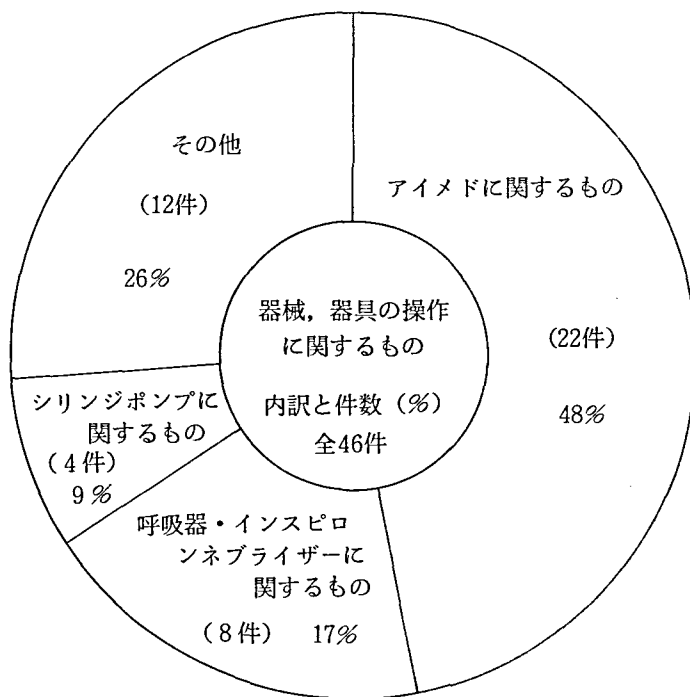


図3 器械器具の操作に関するものの内訳と件数

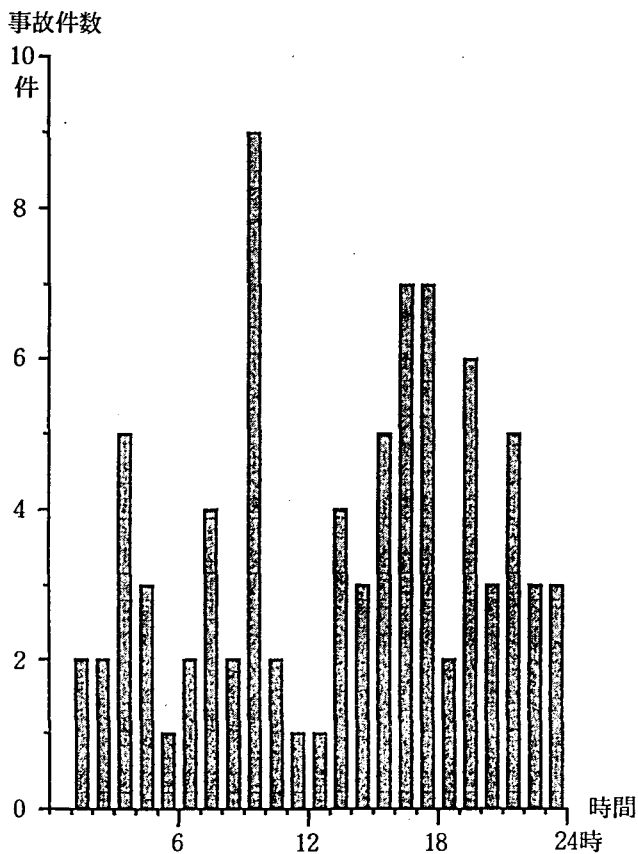


図4 時間別事故発生件数

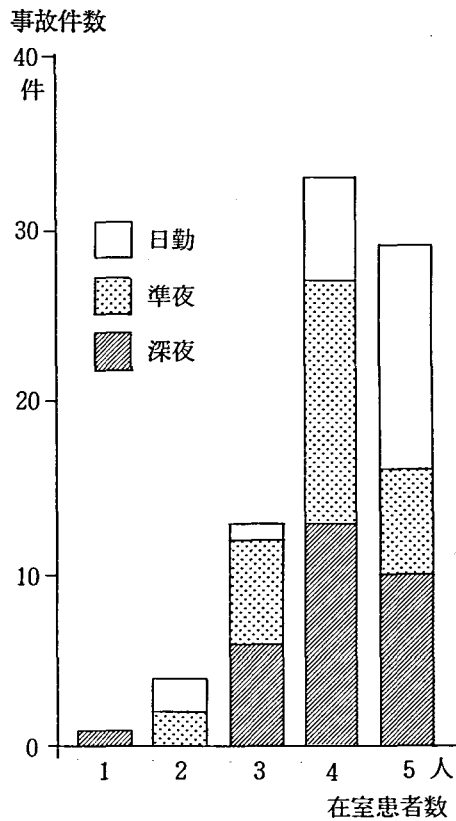


図5 在室患者数と勤務帯別事故件数

表1. 事故防止対策として行った事項

1. 器械・器具マニュアルの作成。
2. アイメド、呼吸器等チェックリスト(始業時点検表)の改正。
3. アットハットノートの活用。
 - 1) カテコールアミン使用中のセット、ルート交換方法の統一。
 - 2) 小児の気管吸引手順の統一。
 - 3) 患者移動後の協力と責任についての確認。
 - 4) 呼吸器、インスピロンの電源コードに名札をつける。
 - 5) ロック付き点滴セットの使用。
4. 注意、確認を促すポスターとシールの作成。