

事故再発防止に活用できるインシデントレポートの作成

— 検査室の特徴を生かして —

中央放射線部・中央内視鏡部

○宋 友 栄 有 田 富美子
上 平 賀洋子 宇 野 紀 子
塚 本 美 保 平 巳 昌 代
森 井 美 行

1. はじめに

医療の現場では、事故防止に向けていろいろな取り組みがなされている。当院でも事故防止に向けて「医療事故・ハットヒヤリ報告書」(以下報告書)を提出することが義務づけられている。しかし、中央放射線部・中央内視鏡部(以下検査部門)では、提出が少なく報告のみとなっているため、どのような事故が起こっているのか共有できていない現状にある。Heinrichの法則では1つのアクシデントの裏には300のインシデントがあるとされている。インシデントを収集、分析し対策を講じることで大きな事故は防げると言われている。どうすればインシデントの段階の情報収集が出来るのか(図1)、報告書が少ないのはどうしてなのか検査部門看護婦33名にアンケート調査した結果、検査室では主に一人で介助・看護しているため自己の気づきが少ない、記入しにくい、時間がかかる、マイナスイメージを持っている、提出するだけで共有化されていない事がわかった。川村¹⁾は「エラーは認知—判断—決定—行動のいずれかのプロセスで、なんらかのミスが生じて発生するものである」と述べている。人間の行動パターンとして知覚・記憶・判断・運動の4つに分類されている認知心理学を用いて分析ができる、そして事故再発防止にむけて、短時間で記入ができるインシデントレポートを作成した。

2. 研究期間及び対象(図2)

平成13年6月8日～8月17日

看護師 33名(中央放射線部22名・中央検査室部7名・中央内視鏡部4名)

3. 方法

過去1年間の報告書の内容を分析し、加えてアンケート調査を実施した。その結果に基づき記入基準を決め、インシデントレポートを作成し、学習会を開催した。レポートの設置場所は各詰所、提出先は婦長もしくは主任とし、1か月間使用後アンケート調査を実施した。

4. 結果・考察

現在の報告書についてのアンケート結果で(図3)、記入に要する時間は最長48時間、最短0.1時間以内で平均が6時間、また記入しづらいは65%で、希望する書式についてチェックリスト方式が良いという意見が64%であった。この結果によりチェックリスト方式を用いることとした。更に問題把握ができないという意見が44%あったことから、人間の心理、行動の分析ができる、認知心理学手法を取り入れた。また検査部門では、コメディカルの人達とも連携が必要で、第三者の立場としての気付きがあることも考えられるため、第三者記入システムを取り入れ発見者が報告できるようにした。

次に過去1年間の報告書の分析及びアンケートの「どのようなハットヒヤリがあると思いますか」の結果をもとにエラーを3つに分類した(図4)。その内容は誤薬・前処置の未確認など薬剤全般に関するものを「薬剤」、患者様不在時の医療器機の誤作動・破損に関するものを「器機・物品」、そして患者誤認・不十分な申し送りなど患者様に関するものを「コミュニケーション・環境」とした。また現行の報告書では記載されていない「準備不足による検査・治療の延滞」、「インフォームドコンセント不足によるトラブル」などメンタルな面も記入できる様に考慮した。そして患者様を取り巻く環境すべてという観点から医療従事者に関することについても記入することとした。

以上のことをふまえてインシデントレポートを作成した(図5)。例えば薬剤では記入者として第三者記入欄を設け、次に「何があったか」の欄にはその概要を記入できるようにした。そして項目・内容欄、その他の状況では個人の体調をも記入できるようにした。またチェックリスト方式で情報を誘導する危険性があるため、自由記載欄を設けた。

コミュニケーション・環境(図6)の内容欄ではフィルム・検体の「間違い」、「安全」では無駄な被爆などを取り入れた。施行欄には、「いつ起きたか」では呼び出し時・呼び込み時・入室時など、また「誰が起こしたか」では依頼科及び検査部門医師や技師などの項目を取り入れる事で検査部門の特徴を引き出すよう考慮した。

インシデントレポートを7月9日～8月9日の一ヶ月使用した結果、報告書の提出は一年間で20例に対し、インシデントレポートの報告は51例あった。内訳は薬剤11例、器機・物品13例、コミュニケーション・環境27例であった。

インシデントレポート活用後にアンケート調査を再度実施した結果、報告書とインシデントレポートを比較してみると(図7)「記入しやすい」は報告書16%、インシデントレポート63%、「エラーの分類はできるか」は報告書9%、インシデントレポート68%、「問題把握ができるか」は報告書34%、インシデントレポート77%でいずれも後者のほうが上回っていた。

チェックリスト方式を取り入れたことにより(図8)「記入しやすく時間の短縮になった」、また「エラーの分類が容易になった」、「問題把握ができた」との意見が多く得られた。そして、第三者の記入が51例中19例と全体の37%にも及んでいることから自ら気付いていないエラーが発生していることも判明した。川村²⁾も「ヒヤリ・ハット事例は多数集められることから、

エラーの発生要因を考える上で極めて有用である」と述べているようにインシデントレポートを導入したことによりレポート提出の増加につながり、また意識の向上が図れたと評価できる。

今回コミュニケーション・環境の事項には(図9)、医療従事者による患者様への配慮不足によるものがあると考え、独自に思考系を追加した。思考系の概念としては配慮のある行動により回避できるものとした。

またレポートに取り入れた認知心理学手法は原因内容を分析するもので(図10)、当事者心理・行動の分析として用いられている。

しかし、今回は統計処理まで行えず、認知心理学が分析として妥当していたかは断言できないが、川村³⁾は「どのような状況や背景で人は間違えるのか、あるいは、どのような患者にどのような事故が起きやすいのかを知ってこそはじめて、個人的にも組織的にも事故防止対策が立てられる」と述べている。インシデントレポート記入後のアンケートからも「記入しているうちに自分の傾向がわかってきた」、「改めて自分の行動を振り返ることにより同じ失敗を繰り返さない」、「気付いていないところがこんな関連性があるのかと再認識させられた」という意見があったことから、原因追求ができる傾向にあると考える。

5. 結語 (図11)

記入しやすく、第三者も報告できるという観点でレポートを作成した。それによりインシデントレポートの提出は以前に比べて増加し、更にはスタッフの自己意識改革の気付きになった。今後、原因の分析に一層つとめ、情報を共有化することで事故再発防止に生かしたい。

引用文献

- 1) 2) 3) 川村治子：書きたくなるハットヒヤリ報告～体験から学ぶ看護事故防止のツボ，医学書院，p14，2000.

参考文献

- 1) 川村治子：「ヒヤリ・ハット」報告を看護事故防止に役立てる方法とその考える 看護学雑誌，63/12，1992 - 12.
- 2) 小谷薫ら：ヒヤリハット用紙を活用するための取り組み，第31回看護管理，2000.
- 3) 岡伊津穂：リスクマネジメントの基本的理解，Expert Nurse Vol.17 No.6，5月増刊号，2001.
- 4) 鮎沢純子：「防止」の視点から事故を分析する，看護学雑誌，63/3，1993-3.
- 5) Heinrich, H. W., Peterson, D., Rose, N. 著，総合安全工学研究所(1982). ハイブリッド産業災害防止論. 海文堂.

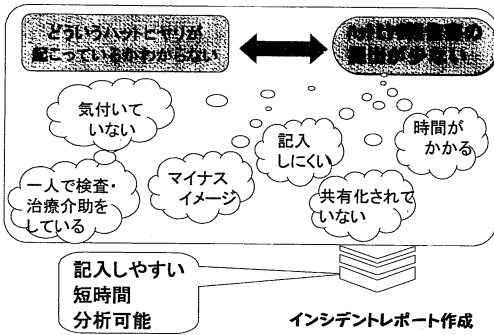


図1. 動機

期間:平成13年6月8日~8月17日

対象:看護婦33名
中央放射線部(22名)中央検査部(7名)中央内視鏡部(4名)

方法:過去1年間の事故内容の分析

アンケート調査

記入基準の取り決め

インシデントレポートの作成・学習会

図2. 期間・対象・方法

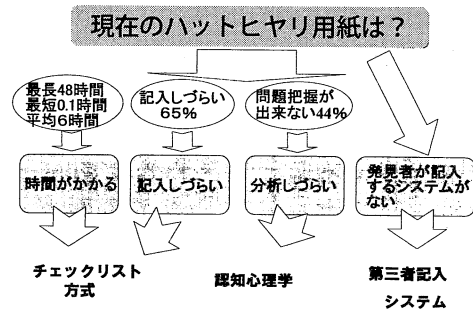


図3. アンケート結果①

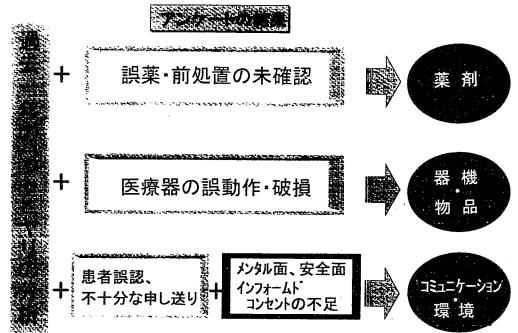


図4. エラーの分類

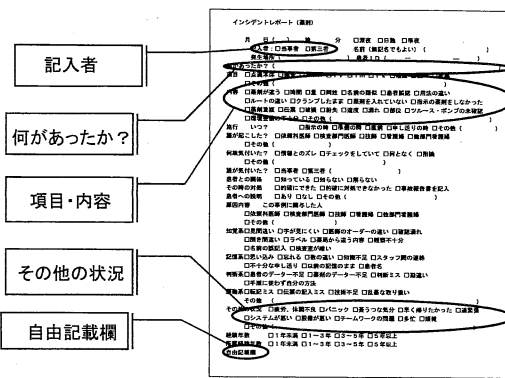


図5. インシデントレポート(薬剤)

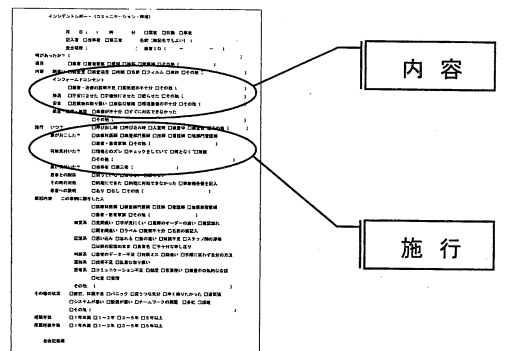


図6. インシデントレポート (コミュニケーション・環境)

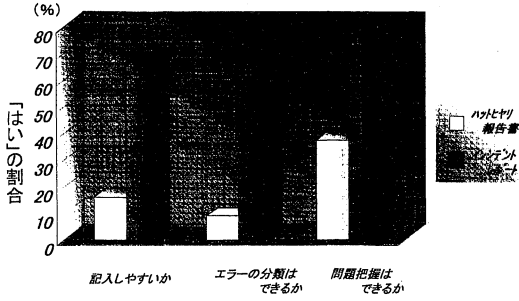


図7ハットヒヤリ報告書とインシデントレポートの比較

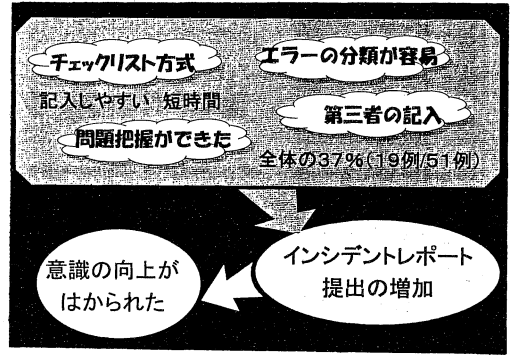


図8アンケート結果②

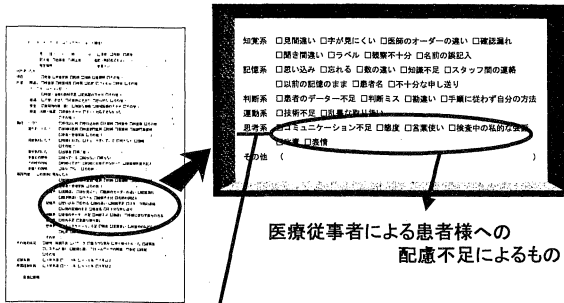


図9. インシデントレポート(コミュニケーション・環境)

医療従事者を当事者として考える

認知心理学的手法

人間の心理
行動の分析が
できる

人間の行動パターンは、知覚系・記憶系
判断系・運動系の4つに分類される

図10. 認知心理学による行動パターン

- ・ 短時間で記入しやすい、第三者も報告できるレポートを作成できた
- ・ レポート提出の増加につながり自己の意識改革につながった
- ・ 今後、原因分析に努め共有化する事で事故再発防止に努めたい

図11. 結語