

当院での事故防止の取り組み

岩井 照代

はじめに

近年、医療事故がマスコミに取り上げられ、各病院が事故防止に懸命に取り組んでいる。当院でも、道北の地域センター病院として、「地域社会から信頼される医療」を理念に上げて事故防止に取り組んできた。平成11年6月に院内に事故防止委員会が設置され、看護部も部門委員会として事故防止を立ち上げ、平成12年9月から事故防止担当科長を配置し、事故防止に対する取り組みを行ってきた。平成13年3月に厚生省から「医療の安全確保のための対策事例」が出されたのをきっかけに、平成13年より事故内容の集計と分析を行い、報告書の提出推進と事故の減少を目的に事故防止推進活動を行った結果と評価をここに報告する。

研究期間

平成14年4月より平成15年3月まで

研究方法

当院の取り組みの実態

平成11年に設定した当院の事故レベルは1から3でした。(図1)平成12年からヒヤリ・ハット報告書を導入し、レベル0の報告書の提出を求めたが、平成12年度はレベル0が無く、内容はレベル1でした。報告書の記入時、報告書とヒヤリ・ハット報告書とが判断しづらいとの意見が事故防止委員からあり、記入時にレベルをわかりやすくするためマニュアルにレベルのフローチャート(図2)を添付し記入しやすくしました。また、平成13年10月よりヒヤリ・ハット報告書の内容を文章式から、財団法人政策医療振興財団国立病院におけるリスクマネジメントマニュアル作成指針及び診療情報の提供に関する指針から出されている

事故報告書の分類を参考に、選択式に変更し、報告書枚数の増加と事故防止対策の分析のため、記入区分を明確にした。平成14年4月にマニュアルも文章形式からフローチャート形式とし色を使い色覚的な効果を求めた。その効果を評価した結果、旧マニュアルを見たが65%、新マニュアルを見たが85%と増加を見た。これらのことを基本的に組織的取り組みとして、さらにマニュアルの浸透と活用を図るため、マニュアル内の項目から自己評価チェックリストを作成し、平成14年6月から平成15年2月まで毎月全看護職員に実施しマニュアルの活用と事故防止への意識付けを行った。その後有効対策と報告書より分析内容等のフィードバックと自己チェックリストの結果報告を、ヒヤリチャン・ハットクン新聞として、平成14年4月・8月・12月平成15年3月の4回、平成14年9月、平成15年3月に増刊号2回発刊した。新聞には事故防止委員会の活動内容と「良い事報告」と題して、部署ごとの安全への取り組みを紹介した。

さらに各部署でマニュアルに沿った看護がされているか検証するため巡視を行いました。平成14年9月から月2回、実施状況を見て回りました。その都度、声掛けを行い、マニュアルの普及と事故防止の意識付けを行った。

部署ごとの報告書枚数に差があり、事故防止に関する管理体制の確立が不十分と考え、1週間ごとに提出された報告書内容を科長会議で報告し、発生原因と有効対策を知らせ部署ごとの管理の参考としてもらった。

報告書の分析と評価

財団法人政策医療振興財団国立病院におけるリスクマネジメントマニュアル作成指針及び診療情報の提供に関する指針から出されている事故報告書の分類と、当院の事故レベルに合わせ、平成12年から14年度までの事故防止の取り組み内容と報告書の分析をした。

ヒヤリハット報告書提出の事務付けを行いヒヤリハット報告書とアニュアルの変更により、(図3)平成13年4月から9月までの6ヶ月間で提出された報告書の枚数は72枚でそのうちヒヤリ・ハット報告書のレベル0は30枚42%でした。ヒヤリハット報告書は平成13年10月から3月までの6ヶ月間で提出枚数131枚の内レベル0は90枚69%で、事故報告書の提出に関しては表1のようにマニュアル変更後の報告書の枚数が増加し、レベル0の増加も見られました。

この結果より、マニュアルの変更だけでは意識付けは不十分と考え、平成14年6月より自己評価のためのアンケートを作成し、マニュアルの項目ごとに自己評価してもらいました。結果表2から患者誤認、転倒・転落、注射に関して2ヶ月ではありますが、減少が見られましたが、チューブ、与薬、輸液、検査に関しては1ヶ月のみの減少であり、ME機器と離院に関しては変化がなかった。

新聞による効果は4月の抗生剤の溶解忘れは、平成13年度2件10月1月に報告あり平成14年度は1回1月であった。8月の患者誤認は2ヶ月の効果認められるが、その後増加が認められる。そのことから12月に患者確認のアンケートを実施しその結果を知らせ再度の実施の必要性を記載した。3月には輸液ポンプの流量チェック方法を

知らせた。巡回の内容と結果を知らせた。増刊号では自己評価チェックリストの結果を知らせた。

全部所を月2回事前に日程と重点項目を知らせ、重点項目を持って巡回しました。平成14年12月からは毎日1回から3回巡視を実行しました。他病院の事故例から救急カートの鍵や、人工呼吸器のナースコールへの連動、点滴ボトルのフルネームでの患者名の記入、ポンプ類の使用方法等です。たとえば救急カートの鍵は、事故防止担当科長が月2回午前中に、全部署を巡視し救急カートの鍵を確認しました。施錠していない部署では科長にその場で施錠をお願いしました。このことによりスタッフに意識付けることを目的にチェックしました。結果としては、意識して業務を実施しているスタッフとマニュアルの内容も知らないスタッフがいました。点検時不十分な点はその場で指導を行い、2回目の巡視時には改善が見られました。

部署別の報告書枚数に差があり、(表3) 事故防止に対する管理体制が確立していないと考え、1週間で提出された報告書の内容を科長会議で報告し原因と有効な対策を知らせる。

これらの取り組みにより報告書の枚数は平成12年度154枚13年度385枚14年度608枚と増加を見ることが出来ました。(表4・5・6)

レベル0	実施前に回避できたもので患者さんには危害が無いもの
レベル1	患者の身体に直接危害が及んでいないもの
レベル2	患者さんに軽度の危害が及び影響が及んでいるもの
レベル3	死亡事故、又は高度の障害のあるもの

図1 事故レベル分類表

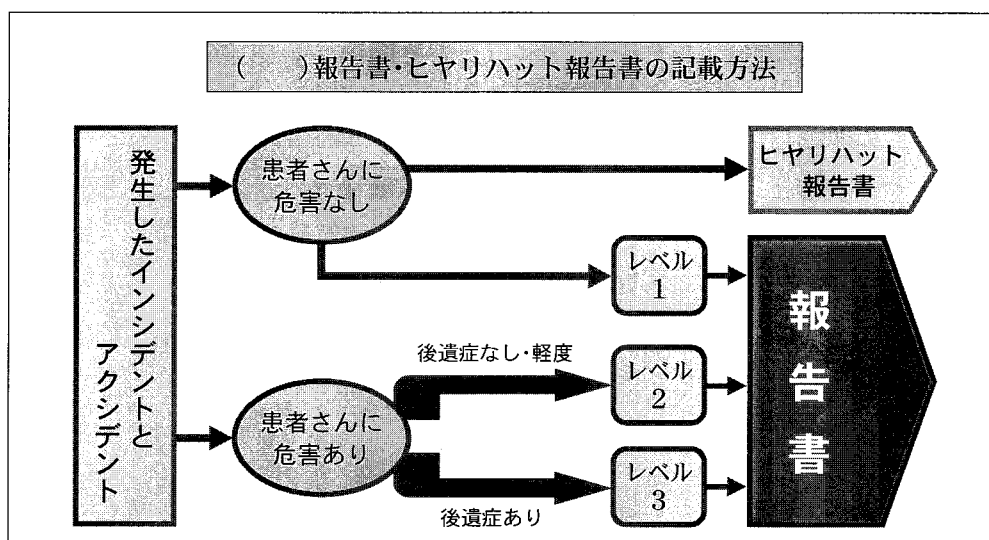


図2

輸液事故

輸液事故とは、薬剤の指示・準備・実施・終了という一連の過程において、患者に悪影響を及ぼした事態をいう。

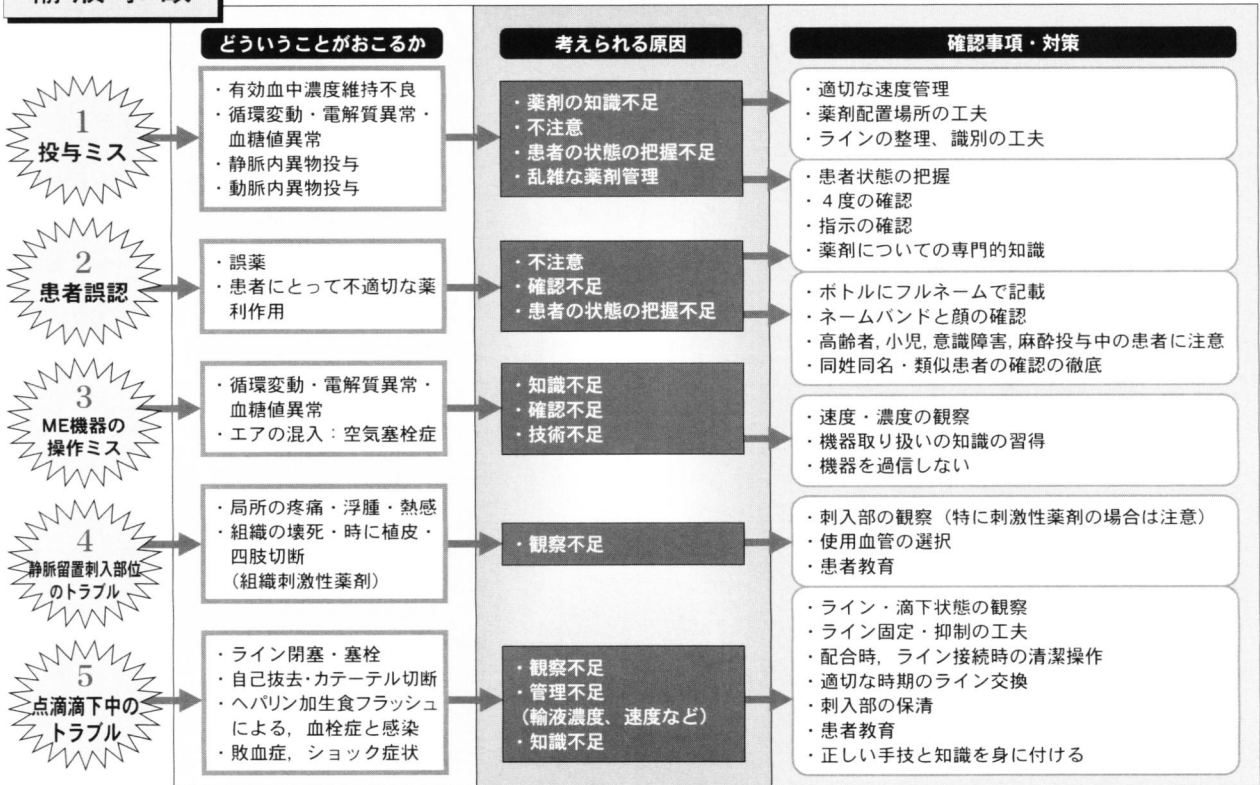
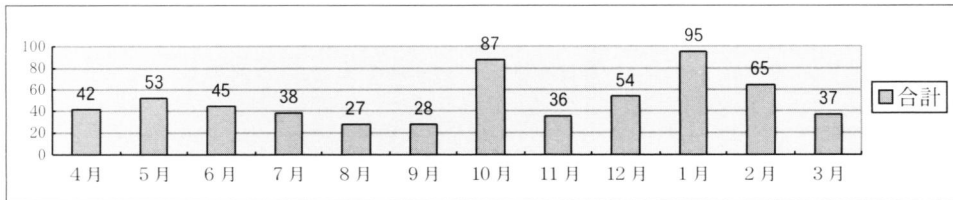


図3

表1 平成14年度10月マニュアル変更



P=0.027(P<0.05) Wilcoxonの符号付順位検定

表2 自己チェックリスト評価

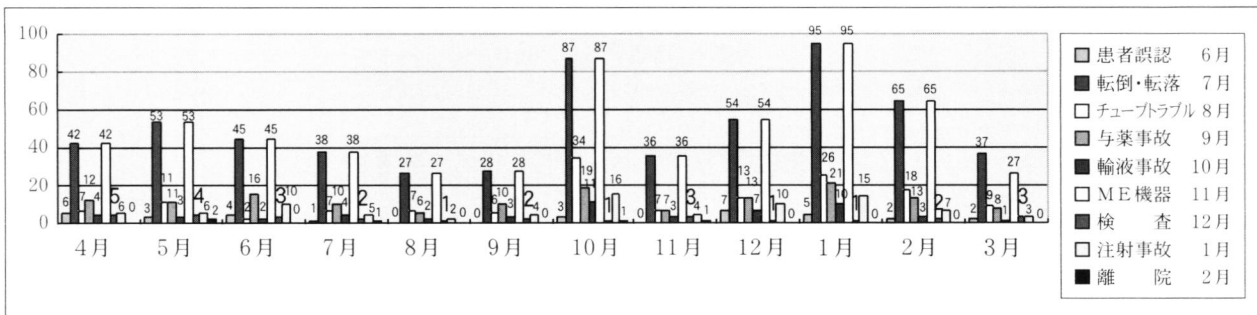


表3 H12~14年度部署別

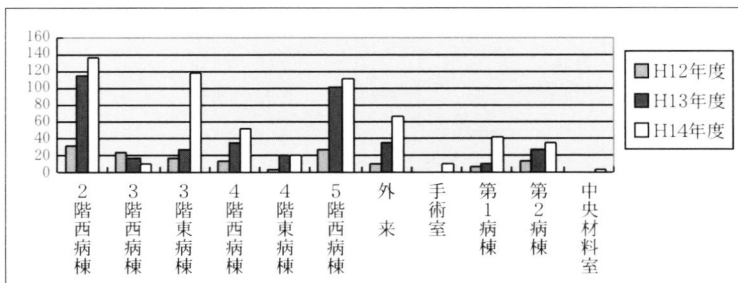


表4 H12~14年報告書枚数

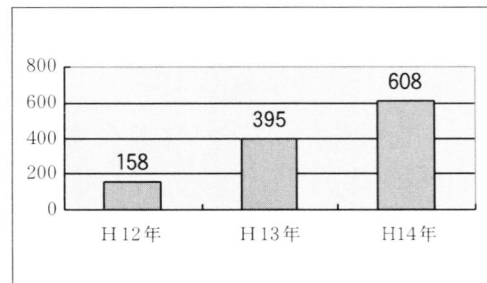
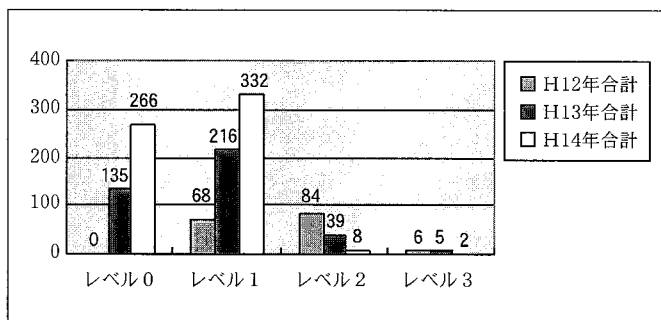
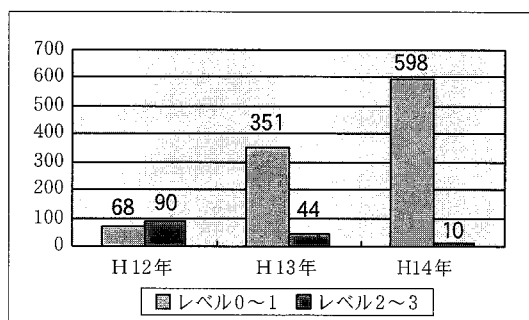


表5 H12～14年レベル別



χ^2 検定 H12年とH14年は $P < 0.0001$ H12年とH13年は $P < 0.0001$
H13年とH14年は $P < 0.0218$

表6 H12年から14年レベル0～1と2～3の比較



考 察

事故報告書を分析することのみで終わっていた事故防止活動を、厚生省の「患者誤認事故防止方策に関する検討会報告書」¹⁾にある、リスクマネジメントの確立には①組織全体で取り組むこと②リスクの「把握」―「分析」―「対処」―「評価」のプロセスが継続するようなシステムを構築することと述べていた。このことを参考に、レベル0の報告の義務付けを目的に、ヒヤリハット報告書と事故マニュアルを変更し、組織的取り組みを目的に事故チェックリスト・新聞・巡回・科長会議での報告等を行った。芳賀氏は効果的な事故防止へ意識を高めることが有効である²⁾と述べているように、持続的に刺激し続けることにより事故防止の意識付けが出来つつあると考えます。事故防止委員会が組織的に取り組み、職員を巻き込んでいき協力体制が確立した結果、患者さんに後遺症を残したレベル2から3の減少が見られた。

結 語

- ① 人はミスを犯すものであるから、事故防止の意識を持って勤務に当たること、システムで防止対策を実施することが有効である。
- ② 管理者の事故防止へのリーダーシップと、組織的取り組みが有効である。
- ③ 事故防止に対する効果的な刺激を与え続けることが有効である。

終わりに

まだまだ報告書に対する抵抗があるといった意見もあり、部署により報告書の枚数にばらつきが

あります。ハインリッヒの法則に沿った報告書内容となっておりません。しかしつらい気持ちを同じ仲間に味合わせたくないと考えてくれた報告書は、必ず皆で参考にしてもらいたいと考えています。患者様、医療者のためにもつらい思いをする事故が無くなる様に、これからも努力します。この研究に当たり多くの報告書で協力して下さった仲間と、事故防止委員として活動してくれた仲間・看護部事故防止委員会を温かい目で見守ってくれた看護部長に感謝します。

引用文献

- 1) 患者誤認事故予防のための院内管理体制の確立方策に関する検討委員石原 哲, 井部 俊子ほか: 医療の安全確保のための対策事例 患者誤認事故防止方策に関する検討会報告書, 厚生労働省, 8, 1999
- 2) 柿田 章, 佐藤 洋子ほか: 事例で学ぶ 医療事故医療訴訟防止と対策ガイド: 日総研出版, 1-12, 2001

参考文献

- 1) 医療事故防止のための安全管理体制の確立に向けて[提言]. 日総研出版, 2001
- 2) 国立病院における リスクマネジメントマニュアル作成指針及び診療情報の提供に関する指針. 政策医療振興財団, 2000
- 3) なぜ起きる? どうすれば防げる? 医療事故要因分析マニュアル頻発防止の具体策を導く45例. 日総研出版, 2001