

当院における安全対策の再考

当院における安全対策の再考

～インシデント・アクシデントレポートの再検討～

博樹会 西クリニック

山川 淳一 一瀬 裕二 新井 孝典 西 隆博 西 忠博

【背景】

当院では安全対策の1つとして2007年よりインシデント・アクシデントレポート（以下レポート）は、アプリケーションソフト Microsoft Access[®]（以下アクセス）「どっきり！・ひやり」を使用している。近年、そのレポート数に減少が見られていた。

【施設概要】

当院の透析室は2フロアで総ベッド数49床、スタッフ数32人（CE 9人、Ns 18人、Ns エイド3人、管理栄養士2人）で平均年齢42.2±5.7歳、平均勤続年数21.3±7.8年と平均勤続年数が約20年以上のベテランスタッフが多い特徴がある。

「どっきり・ひやり」は発生したインシデント・アクシデントの種類別、内容別をドロップダウンリスト入力を行い詳細な内容は手入力で行います。（表1）

「どっきり・ひやり」のレポート集計から年間のレポート数が2014年では246件あったが2015年には191件と減少がみられていた。（表2）



表1

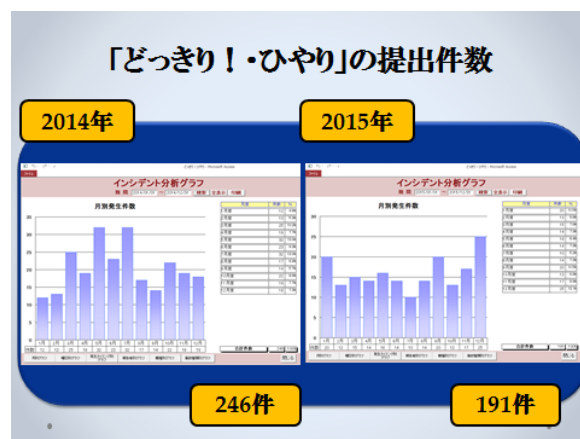


表2

【目的】

レポート数減少の原因について検討を行い、対策案を構築して実施し評価を行った。

【方法1】

安全対策委員会（以下委員会）で、レポート数減少の原因について検討して対策案の構築を行った。

委員会でレポート数減少について検討を行った結果、原因としてレポートの入力を忘れていたケースと自己判断でレポートは不要とし提出していないケースがあった。自己判断を行っているケースの背景にはベテランスタッフが多いことがあり、その経験からレポートは不要という自己判断を行っていた。根拠のない自己判断に対しては注意喚起による対応が必要と考えた。しかし、レポートの入力を忘れていたケースには、改善の余地があり更に検討を行った。レポートの入力を忘れてしまう原因を「どっきり・ひやり」の特徴と問題点から整理して対策の検討をした。「どっきり・ひやり」の特徴はレポートをデータベース化する事で、大量のデータの保存と蓄積が行えて事故分析が可能となり、事故対策に有用である。しかし、問題点として決められた形での入力が必要で入力項目が多く、簡単に入力する事が出来ない事と、アプリケーションソフトの問題で同時に複数人での入力が出来ない事が挙げられた。すぐに入力が出来ない事がレポート入力を忘れる原因となっていた。

次に、問題点を整理して対策案を構築した。「どっきり・ひやり」の入力を行う事を前提とした対策案とした。簡単に入力出来ない問題点と、同時に入力出来ない問題点に紙媒体の手書きとしたアナログ的な、インシデント・アクシデント報告メモ（以下報告メモ）を対策とした。

報告メモはすぐにレポート入力が行えない場合に、事故の発見者が発生日、事故内容、報告者を記入する、各スタッフは、報告メモを確認して自分の名前がある場合は未入力のレポートを「どっきり・ひやり」に入力して入力を行った日付をPC入力日に記載を行う。ここでの報告者とは事故を起こした報告義務のある人となる。（表3a、b）



表 3-a

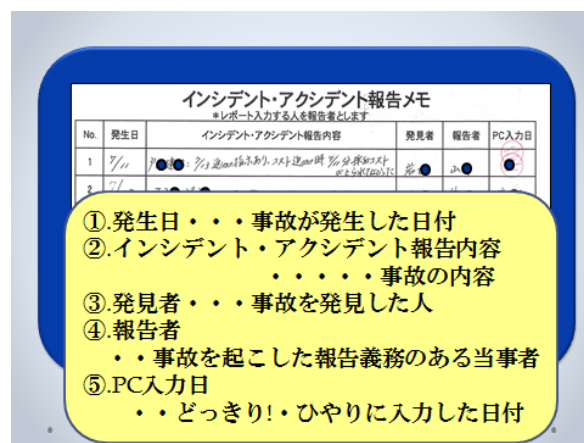


表 3-b

PC入力日に記載がないものは、委員会で確認を行い報告者に入力を促して忘れを無くした。報告メモはいわゆる覚書の位置づけとしてどっきり・ひやりへの入力を補助するものとした。

【方法 2】

対策案の報告メモを導入して、実施後の1年間でのレポート数にて有用性を評価した。

【結果】

2016年に報告メモを導入後、レポート数は2015年の191件から385件に増加した。報告メモへの記入も年間で約180件あった。(表4)

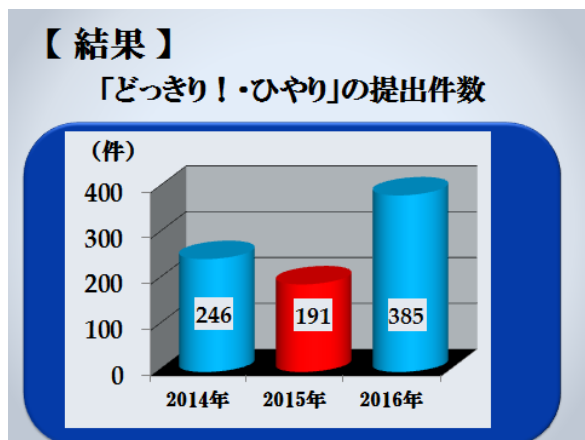


表4

【報告メモに記載された事例】

- ・開始時の採血忘れ。
- ・DW指示変更忘れ。
- ・ヘパリンの準備間違い。
- ・終了時の注射薬準備違い。
- ・処置のコスト忘れ。

多忙な時間の事故報告が行われた

表5

報告メモに多く記載された報告内容は透析開始、終了における内容が多く記載され、多忙な時間での入力忘れに対して報告メモが有効に機能していた。(表5)

【報告された事例】

透析終了時の多忙な時間で発生したインシデントだが、報告メモの手書きという利点が活かされレポートとして報告され事故対策が行われた事例を報告する。

(状況)

- ・Aさんのベッドサイドに投薬予定の無い薬剤が準備されていた。
- ・準備された薬剤にはAさんの名前が記載されたラベルが貼られていた。
- ・投薬前にスタッフがラベルの記載に投与数0筒である事に気が付き投与は行わず事故は未然に防ぐ事が出来た。(表6)

(事例検証)

- ・原因は指示受け時に投与中止の指示を0で記載した事であった。
- ・中止指示は透析管理システムで空欄にする所を、0と入力した事で投与数0筒のラベルが印刷され薬剤が準備された事が原因であった。

(対策)

- ・指示受け時の0の使用を禁止として、×印を使用する事で同様の事例を無くす事で事故防止が行えた。(表7)

【報告メモで取り上げられた事例】

- ・Aさんのベッドサイドに投薬予定のない薬剤が用意されていた。
- ・投与数が0の記載に気が付き、投薬行われず事故は未然に防ぐ事が出来た。



表 6

【事例の原因】



【事例の対策】

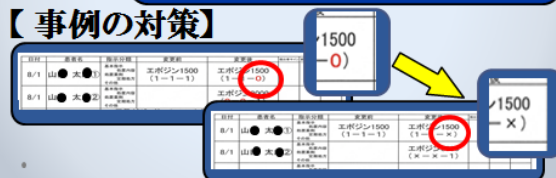


表 7

【考察】

透析業務では開始時、終了時の多忙な時間にインシデント・アクシデントの発生が多い、多忙な時間のためにどっきり・ひやりの様な詳細なレポートの入力を行う事は困難であり、入力忘れの原因であった。入力忘れに対してレポートの問題点から検討を行う事で、対策案となる報告メモを導入する事ができた。これにより、入力忘れの防止が行えレポートの回収率を上げることが出来た。

【結語】

導入した報告メモは、レポート提出数の減少の対策として有用であった。インシデントの積み重ねから、重大なアクシデントが発生する事は周知されている。事故を未然に防ぐにはインシデント・アクシデントを把握することが重要であり、その手段はレポートである。このことからレポートの回収率を維持する事は安全対策から重要であり今後も改善の検討が必要と考える。