

インシデント・アクシデントレポートに対する意識調査

ICU ○田口裕子 櫻井宣子 藤本真由美 工藤桂子
中島安恵 川原千香子 相内敦子

I はじめに

当院では、これまで看護部独自で、事故報告書という書式を用い、転倒・転落・誤薬などの振り返りや、今後の対策を含めた内容を報告していた。

しかし、病院全体でのリスクマネジメントを行っていく上で、2000年10月からインシデント・アクシデントレポートという形式になり、ヒヤリ・ハットを含むインシデントレポートが行われるようになった。

病棟の安全係として、インシデント・アクシデントレポート（以下レポートとする）の集計をしたところ、看護師の90.1%が実際にレポートを記入したことがあるという結果であった。また、集計の結果、似たような事例が繰り返し報告されていることがわかった。病棟における対策として、安全係が中心となり病棟集会などでレポートの集計発表や、病棟内でのレポート開示を行っても同様の結果であった。

そこで、当病棟の看護師がレポートについてどのように考えているか意識調査を行ったところ、現状の把握と課題が明らかとなったためここに報告する。

II 目的

インシデント・アクシデントについて意識調査し、今後のインシデント・アクシデントの防止に役立てる。

III 対象

集中治療部看護師 12名
救急救命センター看護師 49名

IV 方法

質問紙調査表

V 結果および考察

1. インシデントとアクシデントの違いについて

どの年数別においても平均的であり差が認めなかった。またインシデントとアクシデントの違いは命に別状があるか否かで判断している。院内の記載手引きにおけるグレード分類に含まれている患者様の精神面やご家族に対することが欠けていた。当病棟の特殊性として、起こした事故が命に直面することも多いからと推測される。

以前の用紙との違いについて

2年目以上 (n=46) に対して質問したところ、あるが18人 (39.1%) ない22人 (48.8%) 無回答6人

(9.8%) であった。これらのことはレポート形式の改定が行われて間もない時期であり、看護部独自の事故報告書という書式とインシデント・アクシデントレポートの違いを理解するには至っていなかったと考えられた。

2. レポートを書いたことがありますかについて

インシデントは全体では55人 (90.1%) が書いたことがあり、そのうち1年から3年目が25人 (63.6%) と多かった。アクシデントは全体で15人 (24.5%) が書いており、そのうち1年から3年目が10人 (66.6%) と半数を超えていた。3年から4年目よりプリセプターとして指導にあたり、4年目頃より救急外来担当、5年目頃より病棟全体のコーディネーターとしての役割がある。そのため、1年から3年目が4年目以上に比べ実際に患者様を受け持つ機会が多くなる。ゆえにインシデント・アクシデントに遭遇する機会も高くなる。それに対して、4年目以上は指導的立場での役割が多くなるため、1年から3年目のレポートが多い要因となり差が生じていると考えられた。

3. 同様なレポートを書いたことがありますかについて

レポートを書いた23人中 (37.7%) 1年から3年目は20人 (86.9%) であった。繰り返してしまう要因としては、「忙しいから」「いつもは覚えているけれど、仕事をしていると忘れてしまう」「気持ちに余裕がない」という理由であった。それは、知識・技術の未熟さ経験の浅さに加え、個人の能力の限界、業務過多などが要因ではないかと考えられた。

4. レポートを書くこと・開示されたレポートを見て仕事に活かされますかについて

レポートを書くことは全体の49人 (80.0%) が仕事に活かされていると答えた。そのうち1年から3年目が31人 (63.0%) を占めた。活かされる理由としては、自己の振り返りや反省になるという内容であった。活かされていない7人 (11.0%) 中5人 (71.0%) が8年目以上であった。活かされていない理由としては、レポートが減らない、繰り返した内容のものが多という内容であった。開示されたレポートを見て全体の50人 (81.9%) が仕事に活かされていると答えた。そのうち1年から3年目が29人 (58.0%) を占めた。その理由は、「自分も振り返りができる」「こんなことが事故につながると分かる」という内容であった。活かされ

ていない8人(13.1%)中3人(37.5%)が8年目以上であった。その理由は「繰り返すから」「意識が低く見ようとしなない」「忘れてしまうことのほうが多い」「気をつけようと思ってもどこか他人事」という内容であった。このことは、1年から3年目はレポートを書くこと、開示されたレポートを見ることが自己の振り返りとなっていることから役立つという意見であった。指導的立場にある学年では似たような事例が繰り返し報告されている現状より役に立っていないという意見があったと推測された。院内のインシデント・アクシデントレポートの記載の手引きによるとレポートの目的は「ヒヤリ・ハット体験や事故の情報を分析し原因や対策を各部署にフィードバックすることにより、ヒヤリ・ハットや医療事故の発生を防止する」となっている。レポートは、自己の振り返りだけでなく事故そのものがどのような要因により発生し、繰り返されてしまっているかについて病棟全体で分析し活用するものでもあるという目的の理解が伝わっていなかったため、このような学年により大きな差となって現れているのではないかと考えられた。

5. どんなときに起こしてしまうのか・どうしたら減ると思いますかについて

インシデント・アクシデントを起こしてしまう要因としては、「忙しい」32人中(52.4%)1年から3年目が24人(75.0%)であった。「気持ちに余裕がない」27人中(44.2%)1年から3年目が18人(66.6%)であった。これも1年から3年目が多くを占めている。指導的立場の学年になると「責任がない」「やる気がない」と答えいた。インシデント・アクシデントの減る要因としては「個人個人が気をつける」「何度も確認する」「忙しい中でも気持ちにゆとりを持つ」などの個人的な要因で減らせるという意見が聞かれた。また、「みんなでケースカンファをする」「病棟の取り組み対策を考える」といった具体的な病棟全体の問題としての取り組みをあげた意見もあった。少数意見の中には「減らないと思う」「新人とか繰り返しているのは難しい」などのインシデント・アクシデントを減らすことが難しいと

いう意見もあった。

原は、「事故再発防止の為に『なぜ起きたか』『本質的原因はどこにあるのか』を探り、今後いかに防ぐのかを検証しなければならない」、また「医療従事者個人の注意を促す段階にとどまってはならない」と述べている。はじめににあるようにレポートの集計の発表・レポートの開示を行って病棟全体で事故を減らす取り組みとしていたが、レポートは個人の振り返りや反省にとどまっていた本質的原因の追求・分析までは行っていないのが現状であった。そのため似たような事例が繰り返し報告されていたと考えられる。

Ⅵ 今後の課題

リスクマネジメントに対する教育を行うために安全系の知識の向上、統一を図る

経験に合わせたリスクマネジメントの教育内容を検討する

繰り返されているレポートの本質的原因の追究・分析を行っていく

経験の少ない看護師は知識・技術を習得する

Ⅶ まとめ

インシデント・アクシデントの違いはどの年数においても差は認められなかったが、十分な理解には至ってなかった。

レポートを書くことや開示されたレポートを読むことは仕事に活かされているかについては経験年数によって差が認められた。それはレポートの目的が十分に理解されてないことが推測された。

事故を起こしてしまう要因、どうしたら事故が減るかについては個人的な要因で改善できると考えている人が多かった。

引用文献

- 1) 原英樹・医療事故を予防するための視点Expert Nurse. vol.17 No 6. 5月増刊号, 18-28p, 2001

参考文献

東京医科大学病院医療安全のガイドライン

アンケート結果1

| | 1年目 | 2年目 | 3年目 | 4年目 | 5年目 | 6年目 | 8年目以上 |
|----------------------|------|-----|------|-----|-----|-----|-------|
| (n=61) | n=15 | n=9 | n=11 | n=8 | n=5 | n=6 | n=7 |
| インシデントを書いたことがある | 15 | 9 | 11 | 8 | 3 | 6 | 3 |
| アクシデントを書いたことがある | 4 | 4 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 |
| 両方書いたことがある | 4 | 4 | 2 | | | 1 | 1 |
| 同様なレポートを書いたことがある | 4 | 5 | 8 | 2 | 1 | | |
| インシデントとアクシデントの違い | | | | | | | |
| わかる | 13 | 6 | 10 | 8 | 4 | 6 | 6 |
| わからない | 2 | | | | | | 1 |
| 無回答 | | 3 | | | 1 | | |
| 自信がない | | | 1 | | | | |
| インシデントを書くことについて | | | | | | | |
| 必要 | 15 | 5 | 7 | 7 | 5 | 5 | 3 |
| 必要ない | | | 1 | | | | 2 |
| 無回答 | | 3 | | | | 1 | |
| どちらともいえない | | | 3 | 1 | | | 2 |
| レポートを書くことで仕事に | | | | | | | |
| 活かされますか | 15 | 8 | 8 | 8 | 4 | 4 | 2 |
| 活かされない | | | 1 | | 1 | | 5 |
| 無回答 | | 1 | | | | 1 | |
| どちらともいえない | | | 2 | | | 17 | |
| どちらともいえない | | | | 1 | | | |
| 開示されたレポートを見て | | | | | | | |
| 仕事に活かされていると思う | 12 | 8 | 9 | 7 | 5 | 5 | 4 |
| 仕事に活かされていないと思う | 1 | 1 | 1 | 1 | | 1 | 3 |
| 無回答 | 2 | | 1 | | | | |
| どんなときに起こしてしまうか(複数回答) | | | | | | | |
| 1 忙しいとき | 10 | 7 | 7 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| 2 眠い | 1 | 1 | | 1 | 2 | 1 | |
| 3 気持ちに余裕がない | 9 | | 9 | 3 | 2 | 1 | 3 |
| 4 自信がない | 2 | | 2 | 1 | | | 1 |
| 5 わからないことだから | 2 | | | 2 | | | |
| 6 やるきがない | | | | 2 | | 1 | 3 |
| 7 責任がない | 1 | | | | 1 | | |
| 8 自分だけのせいではない | | | | | | | |
| 9 患者様が悪い | | | | 1 | | | |
| 10 不可抗力 | 1 | 2 | 3 | | 1 | 1 | |
| 11 その他 | 2 | 2 | 2 | | 2 | 2 | 4 |
| 12 無回答 | 3 | | | | | | |

アンケート結果2

どうしたらインシデント・アクシデントが減ると思いますか(記述回答)

- ・ 個人個人が気をつける
- ・ 忙しい中でも気持ちにゆとりを持つ
- ・ ひとつひとつの行動や確認を確実に行うように心がける
- ・ 自覚
- ・ 気が緩みそうなときほど意識して注意する
- ・ 何度も何度も確認して大丈夫だろうという気持ちを持つ
- ・ 自分自身で分析
- ・ 基本の行動ができる
- ・ 責任感
- ・ 観察をしっかりする
- ・ 自分の行動にゆとりがあったら減る
- ・ 確認、緊張、予測
- ・ わからないことはやらない
- ・ おかしいと思ったら何がおかしいのか追求する
- ・ 日頃何気ないことからおこりやすいことを頭に入れておく
- ・ 自覚と責任
- ・ 本人の気持ちしだい

- ・ 注意を怠らない
- ・ 責任ある行動
- ・ 個人の仕事に対する取り組みや考え方の見直し
- ・ 思い込みで仕事をしない
- ・ 自己の意識を高める
- ・ 振り返りをする時間
- ・ 同じ失敗をして自分がどんな気持ちになるか考える姿勢
- ・ 心がけ
- ・ 本人の責任
- ・ 意識の問題
- ・ 他者との協力
- ・ 他の患者にも目を向ける
- ・ 不安な時は誰かに助けを求める
- ・ みんなでケースカンファ
- ・ 病棟の取り組み、対策
- ・ お互いに注意いあう
- ・ 経験の少ない人たちはうえの人たちが目をかける
- ・ 注意してもだめ
- ・ 減らないと思う、みんなの意識、危機感があまりにも低いから