

AMCoR

Asahikawa Medical University Repository <http://amcor.asahikawa-med.ac.jp/>

看護研究集録（2014.12）平成25年度:82-85.

インシデントレポートシステム「傷害レベル0」をより詳細にしたこと
で見えた事

澤田 みどり, 小山内 美智子, 林 達哉, 平田 哲

インシデントレポートシステムの「傷害レベル 0」をより詳細にしたことで見えた事

旭川医科大学病院 医療安全管理部 ○澤田みどり、小山内美智子、林 達哉、平田 哲

【はじめに】

当院では、2002年から「イントラネットを利用したインシデントレポートシステム」を自主的報告として開始し、インシデントの分析、再発防止策決定の迅速化を図り、再発を組織的に防止し、医療の質向上を目指してきました。レポートの患者傷害レベルの定義には、国立医学部付属病院医療安全管理協議会の決定に準拠した「レベル0～レベル5、その他」を使用、開始当初から2010年まで分析を行ってきました。しかし、2011年、システム更新にあたり、「患者傷害レベル」の、「エラーや不具合はあったが患者には実施されなかった：レベル0」をより傷害レベルを細かく分け、発生する前に防止するためのシステム構築や手順作成に役立てることを目的とした「患者傷害レベル0.01～0.03」を導入し実施してきました。

【活動内容】

「患者傷害レベル0」をより詳細に区分し、仮に実施されていても、患者への影響は小さかった(処置不要)「傷害レベル0.01」、仮に実施されていた場合、患者への影響は中等度(処置が必要)「傷害レベル0.02」、もし仮に実施されていた場合、患者身体への影響は大きい(生命

に影響しうる)「傷害レベル0.03」に分類し、従来同様にレポートシステムとして、インシデント集計、分析、防止策への活用のデータとした。

【結果・考按】

患者身体への影響は大きい(生命に影響しうる)「傷害レベル0.03」にはインシデントの内容分類の、「輸血に関すること」「医療機器などに関すること」「検査に関すること」の項目が挙げられ、そのリスクを未然に防ぐことができた要因には、「システムの整備」「専門家による管理システムの一元化と実施介入の整備」「管理確認手順の遵守」と「部署内安全文化の意識の高さ」などが考えられた。また反対に、インシデント報告率が高く、システムの導入が難しい、人材に頼らなければならない、複雑多岐にわたる「薬剤に関する項目」や「療養上の世話」などの内容分類では、レベルは低く1～2に抑えることはできるが、なかなか未然防止にはつながらない。などが、2011年から2012年までの分析結果から明らかになりました。これら分析結果と、今後の課題を含め報告する。

テーマ：
インシデントレポート「傷害レベル0」を
詳細(0.01~0.03)にしたことで見えたこと

旭川医科大学病院 医療安全管理部
澤田 みどり 小山内 美智子
林 達哉 平田 哲

【はじめに】

A大学病院では「国立大学医学部付属病院医療安全協議会に準拠し、患者傷害レベルの定義を「レベル0~5・その他」とし、分析、再発防止に取り組んできた。

しかし、「レベル0」報告には、未然事例とインシデント事例が混在していた。

システム更新にあたり、「レベル0」をインシデント発生前に未然に発見防止した事例として、その予測される傷害度別に「レベル0.01~0.03」に分類、報告するシステムとした。

【目的】

インシデント発生前にインシデントを防止するための構築や手順作成に役立てることを目的に

今回「レベル0.01~0.03」インシデント事例から

- 1.インシデントの未然防止要因を抽出する。
- 2.インシデントの未然防止対策を検討する。

【傷害レベル「0」の定義】

2002年~2010年

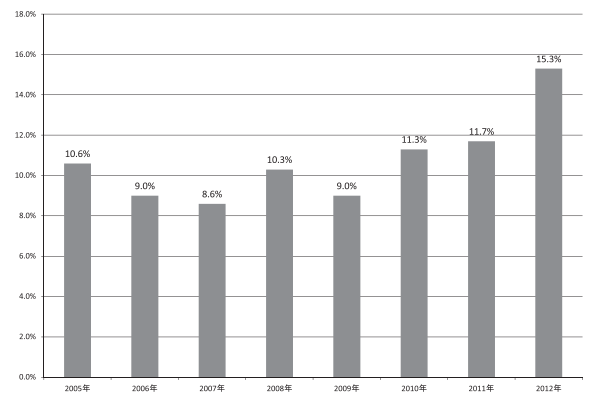
レベル0: エラーや医薬品・医療用具の不具合が見られたが、患者には実施されなかった。

(未然防止事例もインシデント事例も混在)

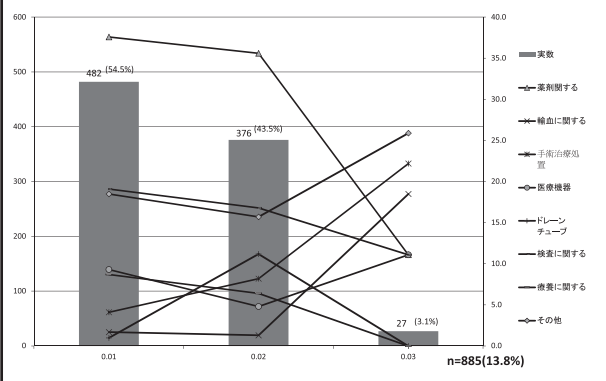
2011年~ (表1)

レベル0.01	仮に実施されていても、患者への影響は小さかった(処置不要)と考えられる。
レベル0.02	仮に実施されていた場合、患者への影響は中等度(処置が必要)と考えられる。
レベル0.03	仮に実施されていた場合、身体への影響は大きい(生命に影響しうる)と考えられる。

【結果-1】 図1 「レベル0」報告率の推移



【結果-2】 図2 「傷害レベル0.01~0.03」報告全数
各レベル内容分類割合 (2011年4月~2013年3月)



【結果-4】 図3 傷害レベル「0.01」の内容分類別数

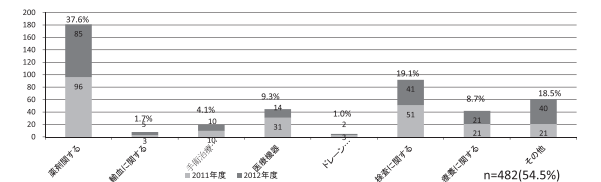
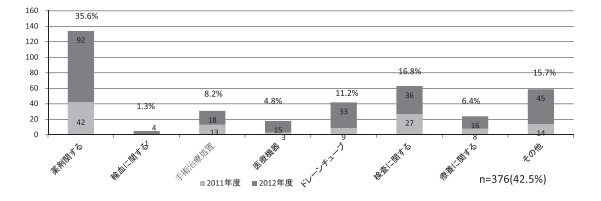
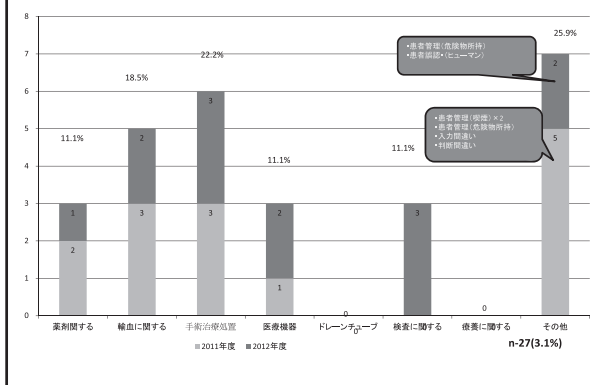


図4 傷害レベル「0.02」の内容分類別数



【結果-5】 図5 傷害レベル「0.03」の内容分類別数



インシデント未然防止報告の表彰の概要

発症年	発症回数(発症率)	内容分類	未然防止の要因 (RCMA分析、ヒューマン要因)	継続経過年数	表彰経過年数	所属部署
2011年 2月 ～ 11月	16件 (0.62%) n=2,642	①薬剤に関する未然防止事例 13件 薬剤の過剰投与・過小投与・注射薬剤管理(1) 処方薬剤の誤差・注射剤通知忘れ 処方薬剤の誤差(1) 書 ②輸血に関する未然防止事例 2件 患者と薬手帳の照合・専門知識や技術 患者・マージン・クランプの開放忘れ	システム要因(システム整備と利用) 未然防止システムの初期 PD4組合・注射ワークシート・ネームバンド ダブルチェックや対応のマニュアル遵守	1～2年 2名 3～4年 3名 5～9年 3名 10年以上 4名	1年未満 4名 1～2年 1名 3～4年 3名 5～9年 4名 10年以上 1名	病棟 7部署 中央部門 1部署
2011年 12月 ～ 2012年 11月	18件 (0.55%) n=3,259	①薬剤に関する未然防止事例 1件 薬剤の過剰投与・過小投与・注射薬剤管理(1) 処方薬剤の誤差(1) 書 ②輸血に関する未然防止事例 3件 患者と薬手帳の照合・専門知識や技術 患者・マージン・クランプの開放忘れ ③医療機器に関する未然防止事例 1件 カルテ・処方箋の誤差・検体管理(1) 患者管理(検体)・検査結果(検体所持)・入力間違い・印刷間違い	システム要因(システム整備と利用) 未然防止システムの初期 PD4組合・注射ワークシート・ネームバンド ダブルチェックや対応のマニュアル遵守 システム要因(検査システム) 未然防止システムの利用 PD4組合・注射ワークシート・ネームバンド システム要因(患者管理) 未然防止システムの初期 PD4組合・注射ワークシート・ネームバンド ダブルチェックや対応のマニュアル遵守	1～2年 4名 3～4年 2名 5～9年 2名 10年以上 1名	1年未満 1名 1～2年 2名 3～4年 2名 5～9年 1名 10年以上 1名	病棟 6部署 中央部門 1部署 外科病棟 1部署
2012年 12月 ～ 2013年 2月	12件 (0.37%) n=3,196	①薬剤に関する未然防止事例 7件 薬剤の過剰投与・過小投与・注射薬剤管理(1) 処方薬剤の誤差(1) 書 ②輸血に関する未然防止事例 3件 患者と薬手帳の照合・専門知識や技術 患者・マージン・クランプの開放忘れ ③医療機器に関する未然防止事例 2件 カルテ・処方箋の誤差・検体管理(1) 患者管理(検体)・検査結果(検体所持)・入力間違い・印刷間違い	システム要因(システム整備と利用) 未然防止システムの初期 PD4組合・注射ワークシート・ネームバンド ダブルチェックや対応のマニュアル遵守 システム要因(検査システム) 未然防止システムの利用 PD4組合・注射ワークシート・ネームバンド システム要因(患者管理) 未然防止システムの初期 PD4組合・注射ワークシート・ネームバンド ダブルチェックや対応のマニュアル遵守	1～2年 2名 3～4年 3名 5～9年 1名 10年以上 3名	1年未満 2名 1～2年 2名 3～4年 1名 5～9年 1名 10年以上 2名	病棟 1部署 中央部門 1部署 外科病棟 1部署 検査科 1部署

【結果・考察】レベル別内容分類と未然防止要因、防止対策

「レベル0.03」のインシデント防止事例から (図5)

- 内容分類: ①手術・治療・処置 ②輸血 ③医療機器・検査
- 要因: ①防止システムの整備 ②普及 ③教育と情報提示
- 対策: ①共通チェック・申し送り、タイムアウト等シートの使用
②照合システムの整備と利用(バーコード・ネームバンド・PDA等)
③専門家による管理システムの一元化と実施介入の整備
④ハイリスク薬管理と注射上限システム ⑤管理確認手順の遵守

* 以上要因の防止システムや照合システム等の対策が機能して、「生命に影響しうる」「傷害レベル0.03」が未然に防止できている。また、システムとともに、ヒューマンファクターとしての人的・教育環境も大きな役割として未然防止に貢献している。

「中島和江」らは、「エラー防止のためのシステムアプローチとは、エラーを起こしにくい、エラーを許さない、気付くような環境を、「ヒト」「モノ」「情報」などの観点から整備することである。」と、システムや環境等の整備の重大さを『医療安全学』で述べている。

【結果・考察】レベル別内容分類と未然防止要因、防止対策

「レベル0.01」「レベル0.02」のインシデント防止事例から (図3・4)

- 内容分類: ①薬剤 ②検査 ③医療機器
①薬剤 ②検査 ③ドレーンチューブ
- 要因: ①防止システムの整備 ②実施 ③教育と情報提示
- 対策: ①注射ワークシート・注射ラベル・ネームバンド・PDA・バーコードリーダー等
②医療機器、器材の一元管理と補充(輸液・シリジジポンプ)等
③クランプ開放忘れグッズなどの統一利用
④専門家の配置とシステム化された役割分担とマニュアル整備

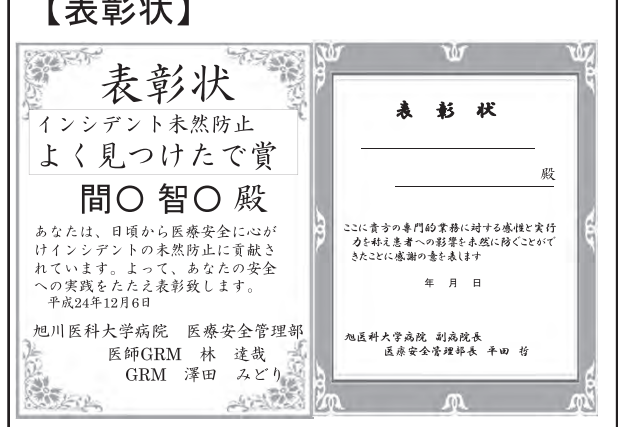
* 「患者影響の小さいレベル」や「患者影響度が中等度・処置が必要」に関する未然防止事例からは、要因の防止システムや照合システム等の対策が機能して、未然に防止できていることがいえる。特にこのレベル領域においては、システムとともに、労働環境や管理としての業務手順、マニュアルなどの整備や、ノンテクニカルスキル、ヒューマンファクターとしての人的・教育環境、の確立が大きなインシデント防止対策目標となる。

【結論】

- 「患者傷害レベル0.01～0.03」共通の未然防止要因には、システム要因が挙げられる。
- 未然防止対策は、「システムの整備」とともに、労働環境や教育環境の整備が挙げられる。
- 傷害レベルを「0.01～0.03」に分けたことで、内容分類別のインシデント要因や、未然防止策など、安全対策を容易に考えられる。
- 「レベル0」をより詳しく分けたことで、未然防止が分かり、その報告を成功体験として認め、表彰することで、未然対策の重要性を共有し、職員間の安全活動へのモチベーションの向上につながっている。

【課題】 インシデント報告率が高く、システム導入の難しい、職員の質に頼らなければならない、療養上の世話やドレーンチューブ類に関する項目は、今回の調査でも、未然報告や防止につながることは難しいことが分かった。これらは、医療者の因子も含め患者因子やその時の状態変化など、大きくヒューマンファクターが影響し、インシデント防止の対策を立てるのに、苦慮する。今後、ヒューマンファクター因子との関与するインシデントに対しては、スコアシートや観察尺度票、チェックリストを利用し、リスクを予測し対策立案。職員間のチーム医療を充実させるためのコミュニケーション教育などの「ノンテクニカルスキル」を深め、実践することが課題となる。

【表彰状】



インシデント未然防止報告の表彰の概要

2011年2月～2013年8月末現在 **表2**

期 間	表彰件数 (表彰率)	内容分類	未然発見の要因 (RCA分析:トリガーリスト参照)	職種経験年数	部署経験年数	所属部署
2011年 2月 ～ 11月	16件 (0.62%) n= 2843	1.薬剤に関する未然防止事例:13件 薬剤の過剰投与・過小投与(注射薬剤量間違い) 処方薬剤の間違い・注射剤混和忘れ 処方量の間違い 等	システム要因(システム整備と利用) 未然防止システムの利用 PDA照合・注射ワークシート・ネームバンド ダブルチェック・5や7Rなどのマニュアル遵守	1～2年:2名 3～4年: 3名 5～6年: 3名	1年未満: 4名 1～2年: 6名 3～4年: 4名	病棟: 7部署 中央部門: 2部署
		2.チューブ、ドレーンに関する未然防止事例:2件 長さ、マーキング、クランプ開放わずれ	観察と危険予測の防止対策 (医療者側の因子・専門知識や技術)	7～10年: 4名	5～6年: 1名	
		3.検査に関する未然防止事例:1件 オーダー間違い・報告間違い・ID間違い	システム要因(機器器材使用)	11年以上: 4名	7年以上:1名	
		4.患者間違い:7件 カルテ・診察券間違い 予約・検査入力間違い、検体ラベル、検体間違い	システム要因(照合システム) 未然防止システムの利用 PDA照合・注射ワークシート・ネームバンド ダブルチェック・5や7Rなどのマニュアル遵守	1～2年:4名 3～4年: 2名 5～6年: 3名 7～10年: 7名 11年以上: 2名 不明: 2名	1年未満: 4名 1～2年: 6名 3～4年: 3名 5～6年: 2名 7年以上: 1名 不明:3名	
2011年 12月 ～ 2012年 11月	18件 (0.55%) n= 3259	1.薬剤に関する未然防止事例:6件 薬剤の過剰投与・過小投与(注射薬剤量間違い) 処方薬剤の間違い・注射剤混和忘れ 処方量の間違い 等	システム要因(システム整備と利用) 未然防止システムの利用 PDA照合・注射ワークシート・ネームバンド ダブルチェック・5や7Rなどのマニュアル遵守	1～2年:4名 3～4年: 2名 5～6年: 3名	1年未満: 4名 1～2年: 6名 3～4年: 3名	病棟: 8部署 中央部門: 8部門 外部委託: 2部門
		2.チューブ、ドレーンに関する未然防止事例:2件	観察と危険予測の防止対策 (医療者側の因子・専門知識や技術)	7～10年: 3名	5～6年: 2名	
		3.検査に関する未然防止事例:3件 オーダー間違い・報告間違い・ID間違い	システム要因(機器器材の使用)	11年以上: 7名	7年以上: 1名	
		4.患者間違い:7件 カルテ・診察券間違い 予約・検査入力間違い、検体ラベル、検体間違い	システム要因(照合システム) 未然防止システムの利用 PDA照合・注射ワークシート・ネームバンド ダブルチェック・5や7Rなどのマニュアル遵守	不明: 2名	不明:3名	
2012年 12月 ～ 2013年 8月	23件 (1.1%) n= 2036	1.薬剤に関する未然防止事例:7件 薬剤の過剰投与・過小投与(注射薬剤量間違い) 処方薬剤の間違い・注射剤混和忘れ 処方量の間違い 等	システム要因(システム整備と利用) 未然防止システムの利用 PDA照合・注射ワークシート・ネームバンド ダブルチェック・5や7Rなどのマニュアル遵守	1～2年:2名 3～4年: 3名 5～6年:1名	1年未満: 5名 1～2年: 2名 3～4年: 5名	病棟: 10部署 中央部門: 13部門 外部委託: 2部門 (複数人)
		2.検査に関する未然防止事例:6件 オーダー間違い・報告間違い・ID間違い	システム要因(機器器材の使用)	7～10年: 3名	5～6年: 6名	
		3.患者間違い:7件 カルテ・診察券間違い 予約・検査入力間違い、検体ラベル、検体間違い	システム要因(照合システム) 未然防止システムの利用 PDA照合・注射ワークシート・ネームバンド ダブルチェック・5や7Rなどのマニュアル遵守	11年以上: 11名 不明: 3名	7年以上: 3名 不明:2名	
		4.処置、指示に関する未然防止事例:2件	マニュアルや手順の遵守			

*システム要因(照合システム):PDA照合・注射ワーク・ネームバンド・診療券 等 41件/57件(71.9%)

*ヒューマンファクター(人間関係):医療者側の専門知識や技術・ダブルチェック・マニュアル 等 16件/57件(28.1%)

*未然防止表彰の対象は、「もしの時の患者影響レベルが大きい事例」「基本手順やシステムに沿っているもの」としている。