

イベントレビューを使用したカンファレンスの効果

西 3 階病棟

萩尾陽子 落石絵梨子

大澤舞子 中野逸美

はじめに

西 3 階病棟は外科病棟で、注射薬等の指示受けに関する事、転倒転落、ルートトラブルなど毎月 20 件近くのインシデント・アクシデントが発生している。今のインシデント・アクシデントレポートでの振り返りでは、事例の状況把握やスタッフ間の関係、業務内の問題点が読み取りにくい事も多かった。また、個人を責めている傾向はないものの、個人が責められているような感覚にとらわれている事もあるようだ。このようなことを改善する為、医療事故を振り返る際に、イベントレビューを活用しカンファレンス(以下 cf と略す)を行なっていった。イベントレビューの活用により、事故が発生した背景や要因、人との関係、物との関係、システムとの関係等を明らかにすることができた。その結果、広い視野で事故分析することができたためここに報告する。

I 用語の定義

イベントレビューとはアクシデント・インシデント事例が生じた背景や要因、詳細の全てを時系列で具体的に挙げる事である。それにより人との関係、物との関係、システムとの関係を時系列に振り返って根本的な要因に関する情報を収集する手法。

II 研究方法

1、方法

- ① 定期的にイベントレビューを使用した cf の開催
- ② cf に関するアンケート調査を行なった。

2、期間

- ① 平成 17 年 4 月～10 月

3、研究対象

西 3 階病棟看護師 31 名

III 結果

イベントレビューの用紙を作成し、多数のスタッフが

関わった事例や医師も関わった事例を選んで記入してもらい、定期的に cf を行なっていった。その後、今までの cf と比較して変化があったかアンケート調査した。

アンケート結果

1、時系列にした事で事例の流れが掴みやすかったか。

はい 100% いいえ 0%

2、横軸に関わった人を並べた事で関連が見やすかったか。

はい 96.7% いいえ 0%

無回答 3.2%

3、個人的な要因よりもシステムの要因などに焦点が当たっていたか。

はい 67.7% いいえ 12.9%

どちらでもない 9.7%

4、客観的な立場で事例を振り返る事ができたか。

はい 90.3% いいえ 0%

無回答 9.7%

5、他部門との問題や業務上の問題が明らかになりやすかったか。

はい 87.1% いいえ 6.5%

無回答 6.5%

6、記入は面倒だったか。

はい 9.7% いいえ 45.2%

どちらでもない 45.2%

1、2 の設問で今までのレポートを使った cf よりも事例の起こった経緯や人の動きも分かりやすかったとの意見が多く聞かれた。3、5 の設問では、

大半のスタッフがシステムや業務上の問題を明確にすることに役立ったとの意見だったが、個人の問題だと感じるとの意見もあった。4の設問では今までよりは客観的に事例を振り返る事に役立ったという結果であった。5の設問でははっきり面倒だと答えたスタッフは少なかったが、インシデント・アクシデントレポートも書かなくてはならず、手間がかかったという意見が挙げられた。また、cf までに時間を要した記憶が薄れてしまっていたという意見もあった。

実際、cf を行なった結果、看護業務の申し送りによるインシデント・アクシデントの発生も多い事がわかった。アセスメントから実施までを何人かのスタッフが関わって業務が進んでいる事に原因があるが、スタッフ自体に申し送りでの危険性はあまり感じられていない現状にある。

VI 考察

イベントビューを使用した cf でのメリットとしては時系列にしたことで事例の流れが把握しやすかった。また、複数のスタッフが関わっていた事例ではインシデント・アクシデントレポートを使用した cf よりスタッフの連携、その時の問題点が明確になりやすかった。イベントビューでの分析の結果役立つことは、人はどのような時、どのような行動をとるのかという‘人の行動性’の視点である。山内隆久は1)『人が行動する時は必ず「意図」「計画」「実行」「結果」の4つのプロセスをとっており、これらを自分自身の行動モニターが監視している』と述べている。そのため、事故が起こった時、イベントビューを使用していれば、広い視野で振り返りができるため、自分の行動を監視できる業務量だったか、また、周囲との連携はどうだったのかなど明確になりやすい。そして、個人の精神的な問題も含め、組織としての問題の抽出に役立ったと考える。事例の振り返りとしても客観的に自分たちの行動を見つめなおす事が出来た。さらに、申し送りの際に前勤務者から後勤務者にアセスメントが十分に伝わったのか、「意図」「計画」「実行」「結果」の4つのプロセスが何人かのスタッフに関わる中でスムー

ズに経過できたのかなどの視点もふまえる事ができた。そのことにより、より良い事故対策、業務改善に結びついていったと言える。

一方、デメリットとしては記入するのが面倒だったり、時間がかかることやタイムリーな cf が行えないことが挙げられた。今回、イベントビューを導入するためにもスタッフそれぞれに記入してもらう方法を取ったが、cf の時期・タイミングを考えると、インタビュー方式にて情報を収集する方法をとっていく必要があったと思われる。より有効な cf が行えるように今後は cf の時期は改善していく必要がある。また、記入に手間がかかって面倒である点はスタッフに記入の際のポイントを掴んでもらうなど振り返りへの有効性をもっと認識してもらう必要もあったと思われる。そのためには、イベントビューそのものの重要性、有効性を分かり易く事前にスタッフにオリエンテーションする必要もあった。

終わりに

イベントビューを使用した cf と今までの cf と比較して自分たちの行動を客観的に振り返ることや医療チームとしての連携や業務上の問題点を明確にすることに役立ったと思われる。その結果、自分たちがその時どのように行動すれば事故を回避できたかということに気づく事ができた。また、自己の行動モニターを強化することにも結びついたと考える。そして、周囲との関連性も見つめやすく、事故分析の視野も広がり、対策を立てていくことにも役立った。しかし、いくつかの課題もあり、改善していく必要もある。

(引用・参考文献)

- 1、山内桂子・山内隆久
医療事故—なぜ起こるのかどうすれば防げるのか：朝日新聞社、2000
- 2、嶋森好子・福留はるみ・横井郁子
病棟から始まるリスクマネジメント：医学書院
- 3、千崎美登子
イベントビューによるインシデント分析
月刊ナースデータ vol.24no.2

イベントレビュー：対象患者：71歳 女性 胆石症 OP 前

時間	事故の経過	Dr	J-N s	S-Ns
8/12 17:30頃	北4病棟よりOP 目的で転科転棟 した患者 DrへBSコン トロール不良に ついて指示あお ぐ	②指示を出すときにNs を探したがいなかったの で指示簿を立てて帰った。	①前病棟からBS高値続い ており、コントロール不良で あることをDrへ指摘し、イン スリンスケールについて 指示をあおぐ。Drは「考え ます。」と言われ、業務にも どる。夕のBSは358mg/dl (メインの点滴にインスリ ン40u混入中)	
23:00頃	NsがDr指示に 気づく	④病棟Nsより電話で高 血糖時のインスリン投与に ついて聞かれる。スケール 通り、肩に注射するように 話したつもりだった。	③23時Dr指示(別紙参照) に気付く。内容が理解しにく いため、Drコールする。ス ケールはBパターンを使用 し、基本量は輸液混入分のイン スリン量のこと、インスリ ンの追加は輸液に入れると 言われる。あまりない指示で あり、輸液の残量によってイン スリンの濃度が変わるた め、二度聞き直すが同じ返 答。上記の件を深夜ナースへ 申し送る。	
8/13 1:00頃	申し送り			⑤BS値329mg/dl、スケール、口頭 指示に従い、メイン内 にインスリン8単位追 加(メイン点滴残400 ml)
6:00	BSチェック インスリン 8単位メインの 点滴内へ混入			
9:00	Dr来棟 BS指示 再確認 事故発覚	⑦翌日朝、点滴ボトルに 混注したことを、他のNs より報告されたときにはじ めて話したことが伝わって いないことに気付く。		⑥Drへ本来ならば、 SCするのではないかと尋ねる。と左記のよ うに言われ事故発覚 となる。

疑問・問題点

- ・準夜帯の指示をNsが直接確認できていない。
- ・指示内容が分かりにくい。
- ・BSチェック、インスリンスケールの指示の出し方の統一性が必要ではないか。