

事故防止への取り組み

ーリスク感性を高めるためにー

西3階病棟

○前田照美 田原麻衣子 川口真由美 辻 美樹
石井美紀子 古家裕子 水城須美子

<はじめに>

多くの病院で医療事故が起きている。ニュースでは毎日のように報道され医療者として他人事では済まされない。社会の流れとしてもMRM(メディカルリスクマネージメント)委員会を設置していない病院は減算の対象として扱われる。特に急性期入院加算を取っている場合、医療安全管理体制の基準を満たさなければならず事故防止の取り組みは必須である。西3階病棟では学習グループのひとつとして事故防止グループがあり、スタッフへの教育と勉強会の開催などを担当している。今年是一年を通してスタッフの意識向上を図れることを目標に、事故防止の大切さや医療事故の重大性を学び、事故防止へ取り組むようにあらゆる角度から働きかけを行ってきた。これらの取り組みの中で、スタッフの意識の変化が表れてきている。学習グループの取り組みと意識の変化についてまとめたのでここに報告する。

<事故防止グループの活動目標>

1. リスクマネージメントの視点で見た事故防止の考え方を理解する
2. 看護師の法的責任問題について知識をもつことが出来る
3. 組織の一員として事故防止の必要性が理解できる
4. 事故防止の意識向上を図る

<期間>

H14年4月～H14年12月

<方法>

1. 勉強会...リスク感性を高めることを目的に勉強会を企画・講義は2回実施

(勉強会内容)

- ①事故防止の意味について
- ②リスクマネージメントについて
- ③事故が及ぼす影響について関連図で考える
- ④看護師の法的責任について
2. SHELモデルでの分析・検討
3. 確認統一とエラー防止への取り組み(指さし呼称確認の定着に向けて)

4. ひやり・はっと(未然に防止できた)事例共有への取り組み

5. 意識の変化確認のアンケート調査
<実施>

1について...リスク感性を高めることを目的に左記の項目について勉強会を企画した。多忙な勤務の中で時間外の集まりを増やさないように配慮し病棟会の時間を30分程度利用した。勉強会は事前に課題を提示して各自学習して参加する形とした。普段聞きなれたインシデント・アクシデントといった言葉の意味の確認からはじめ、事故防止の必要性やインシデント・アクシデントレポートを書く意味が何なのかを改めて問い掛け、さらに事故防止学習グループの活動目標を理解してもらうように内容を工夫した。

日本看護協会では医療におけるリスクマネージメントの目的を「事故防止活動などを通して、組織の損失を最小に抑え、「医療の質を保証すること」¹⁾としており、看護におけるリスクマネージメントは、「関連部門と連携しながら、リスクマネージメントの手法を用いて、患者・家族、来院者および職員の安全と安楽を確保することで、その結果看護の質を保証し、医療の質保証に貢献すること」²⁾としている。このことを踏まえ、私達学習グループは事故防止の目的を以下のように考えた。(事故防止の目的)

1. 患者様の安全を守るため
2. 医療の質を保つため
3. 時間的なロスを負わないため
4. 精神的なストレスを負わないため
5. 病院の損害を増やさないため
6. 医療者自身の安全を守るため

上記の内容をよりわかり易く、組織の一員として考えることが出来るように私たちは関連図(図①)を使って事故を振り返った。1つの事故は患者さまだけでなく、家族、医療者、病院へも悪影響を及ぼすことをアピールし、事故防止の取り組みへの意識向上を図った。

医療事故が多発する中、看護師が法的責任

を取るようになったケースも多く、看護師として働く以上どのような法的責任が生じるのかという知識をもつことは必要なことと考え、法的責任に関する内容で勉強会を実施した。資料をもとに基本的な用語の意味を押さえることから始め、注意義務とは何か等をグループワークした。

2について...スタッフ全員がSHELモデルを理解するために、病棟で多発した2つの事故に関してSHELモデルで分析・検討を行った。1人1事例を分析したのちA・Bグループに分かれ、Cfの時間を使い何回にも渡って検討し業務改善につなげた。1つ目の事例は与薬に関するもので、西3階では1・2段階の薬は日勤の受け持ちNSが組むことになっていて多忙のためダブルチェックが出来ないこともあり事故発生につながる要因となっていた。分析した結果、深夜帯で1・2段階の薬を組む事に変更した。2つ目の事例は輸液ポンプに関する作動ミスや確認ミスによる事故である。マニュアルの見直しと、ポンプ使用方法の確認、確認方法の徹底などを行った。

3について...産業災害防止には「指差呼称」が広く実践され、他の確認方法に比べてもエラー防止率が高いことが報告されている。病棟で起きた事故を踏まえ、一人一人の確認方法に問題提起し、指差呼称確認の徹底に向け取り組んできた。私たちは資料にある実験結果(図②)と同じ結果が私たちの体験で導き出せればスタッフ全員の確認方法が変化しミスを起こす確立が減るのではないかと考えた。今回、同じような内容の文章を作り4種類の確認方法(指差呼称なし・指差のみ・呼称のみ・指差呼称)を用いたテストで、エラー防止率を導き出そうと試みた。問題を解いた感想、記憶力の違いなども含めアンケートを取り集計し掲示した。

4について...「インシデントとは思いがけない出来事「偶発事象」で、これに対し適切な処置が行われないと事故になる可能性のある事象である。(ひやり・はっと)と表現することもある」³⁾とされる。インシデントには未然に防止できた事象も含まれるがそのような事例はレポートとして報告されることはほとんどなく共有する機会は少ない。起きた事故の検討だけでなく、ひやり・はっと事例を共有することで、事故を未然に防ぐことが出来ると考え、ひやり・はっと事例のアンケート調査を行った。結果はまとめて公表し、さ

らにひやり・はっとノートの記入・活用を促している。

5について...事故防止学習グループの取り組みでどのようにスタッフの意識が変化してきたかを知ることを目的に12月末にアンケート調査を行った

<結果・考察>

1について...事故防止の目的を理解するためには、まず事故が及ぼす影響を知る必要があると考えた。関連図では事故の全容を系統立てて見ることができ、経験の浅いNSにもわかりやすかったと好評であった。12月のアンケートで「事故防止の目的は何か」と聞いた質問では1・2年目スタッフも他のスタッフ同様、勉強会で伝えた事故防止の目的をほぼ理解出来ていた。さらに法的責任についての勉強会も印象深く残ったという意見が多く、勉強会の内容はリスク感性を高めることに効果があったと考える。

2について...SHELモデルでの分析を行いわかったことは、病棟のマニュアルがきちんと活用されていないことであった。マニュアルを変更し1・2段階の与薬に関しては薬の準備時間の変更や環境を変えることで必ずダブルチェックが行えるようになり、マニュアル変更後事故は起きていない。

3について...「重要な操作・確認は意識レベルのフェイズⅢで行うべきである」⁴⁾とされており、「指差呼称がエラー防止効果をもつ理由は(1)注意の方向づけ(2)多重確認の効果(3)脳の覚醒(4)焦燥反応の防止」⁵⁾が挙げられている。また「指差呼称はフェイズⅡからⅢにシフトアップし操作・確認の対象に注意を能動的に方向づける非常に有効な手段である」⁶⁾とされている。文献で行われた実験内容との違い、設問数の違い、施行時の環境、仕事後の疲労度などから期待したエラー防止率を数値的に導き出すことは出来なかった(図③)しかし、テスト解答直後のアンケート調査では80%のスタッフが指差呼称確認の有効性を認め、40%のスタッフが他の方法はあいまいな確認方法だと感じる結果となった(複数回答含む)。これは指差呼称と他の確認方法を同じ設定で比べることで、フェイズⅢ(表1)の明晰な状態で能動的に確認が出来たことを実感した結果ではないかと考える。確認方法別のテスト後はスタッフ全員に変化が表れ、指差呼称を実施出来ていた。12月のアンケート調査では28名(85%)のスタッフが指差呼称確認を行っていると呼

えており、確認に対する意識向上が図れたと評価したい。しかし時間の経過と共に少しずつ各々の確認方法に戻りつつあり、全てのスタッフが指差呼称確認を継続出来るまでには至らず、十分な動機づけが出来ていなかったのだと思われる。

4について...ひやり・はっと事例のアンケート調査では点滴・ポンプ操作に関する事例をはじめ、あらゆる場面で体験談を集めることが出来た。経験の浅いスタッフにとっては「こんな事故が起きるかもしれない」「先輩NSはこうやって事故を未然に防止しているのだ」ということを知るきっかけとなり、共有することの必要性が伝わったのではないかと考える。12月のアンケート調査では、ひやり・はっとの共有は必要だと全スタッフが答えている。しかしノートの記入・活用は出来ないため共有する方法や動機づけを続ける必要がある。

5について...私達は事故防止の意識向上を図ることを目標に、知識を深めることに重点を置き、計画を立て取り組んできた。12月のアンケート調査では全スタッフが事故防止への意識が変化したと答えている。しかし、「依然確認ミスが続いていることをどう考えるか」の問いに対しては「決定したことを守れていない」「忙しいから」「確認したつもりになっている」「まだ意識が薄い」と言った意見もあり医療事故に対する危機感や事故防止の取り組みも個人差があることがわかった。また「どうすればミスが減るか」の問いには「本人の自覚」「ダブルチェックの徹底」「事故に対する危機感を持つ」等の意見が寄せられた。スタッフの意識を継続させ、リスク感性を高めるためには繰り返し働きかける事が重要だとわかった。人間の行動変容を促進させるためには、行動変容への動機づけが重要とされる。「動機づけとは人間に行動を生起させ、その行動を方向づけ持続させる一連の力動的な心理過程」⁷⁾とされる。私達の取り組みで一度は行動を生起させたが、その行動の持続につながる動機づけが足りなかったのだと思われる。

<まとめ>

1. 事故防止の目的を理解するために、関連図で事故を振り返ることは経験の浅いNSにもわかり易く、効果的であった。
2. 法的責任に関する知識を深めることはリスク感性を高めることに効果があった。
3. SHELモデルは多方面から分析・検討

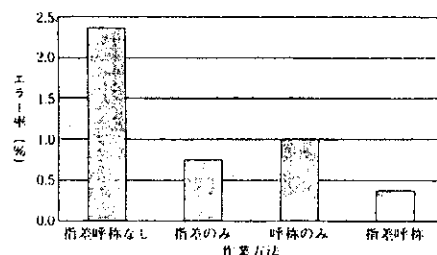
が行えるため有効である。

4. 指差呼称が一番信頼性のある確認方法だと80%のスタッフが認めた。
5. 意識向上が図れ、85%のスタッフが指差呼称を行っていると答えているが、時間の経過と共に意識低下も見受けられる。
6. 未然に防止できたひやり・はっと事例も共有は必要である。
7. 事故に対する危機感や事故防止の取り組みにも個人差がある。
8. 事故防止の意識向上とリスク感性の継続には動機づけとなる働きかけが繰り返し必要である。

<おわりに>

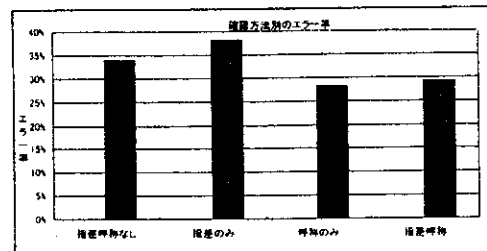
リスク感性を高めるために独自の取り組みを加え、計画的に学習グループとして働きかけを行ってきた。一つ一つの取り組み後は確実に意識向上が図れるものの、全スタッフの意識を継続させることは難しい。高まった意識が低下しないような動機づけを行い続けることを次年度の課題とし、今後も事故防止活動に取り組んでいきたいと考える。

【図2】「指差呼称」のエラー防止効果の実験結果



(参考資料 p.177)

【図3】西3階病棟における確認方法を比べたテスト結果



【表1】意識レベルのフェイズと人間信頼性

フェイズ	意識の状態	注意の作用	生理的状态	信頼性
0	無意識・失神	ゼロ	睡眠・脳発作	0
I	意識ぼやけ	不注意	疲労・単調 眠気・酒酔い	0.9以下
II	リラックス	受動的	安静起居・休息 定常作業時	0.99 ~ 0.99999
III	明晰	能動的	積極活動時	0.999999 以上
IV	過緊張	一瞬に固執	感情興奮時 パニック状態	0.9以下

(参考資料 p.172)

引用文献

- 1) 2) かんご: 日本看護協会出版会 1999.10 P.30
 - 3) かんご: 日本看護協会出版会 1999.10 P.31
 - 4) 5) 6) 芳賀繁: 失敗のメカニズム, 日本出版サービスP.172~174
 - 7) 心機字ノート「動機づけ」
- 参考資料 芳賀繁: 失敗のメカニズム, 日本出版サービス

【図1】事故が及ぼす影響に関する関連図

《 家族 》

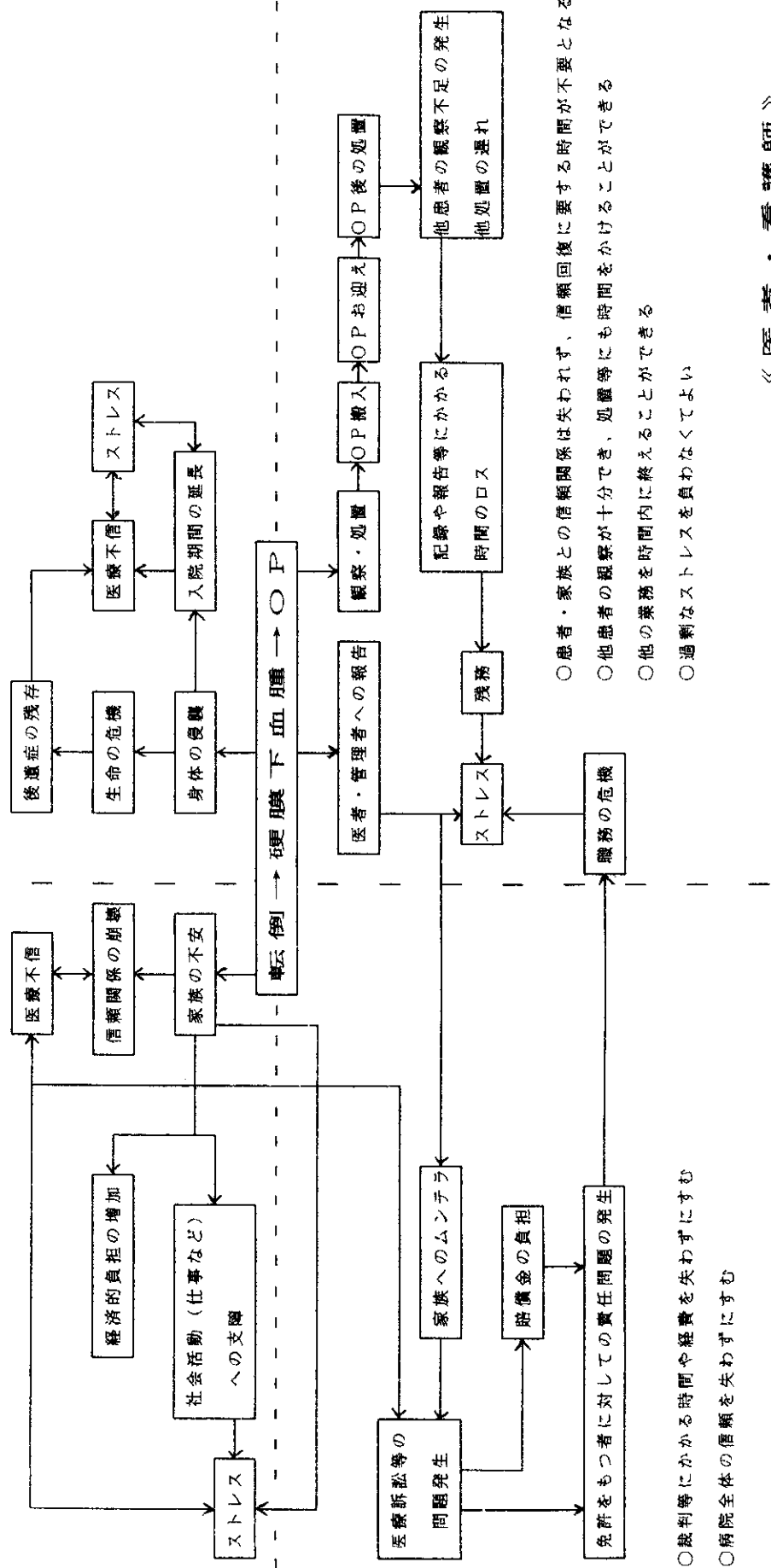
- 患者に対する不安や心配を増強させなくてよい
- 医療者に対する不信が発生しない
- 治療などの経済的負担を増やさなくてよい
- 社会生活を予定通り行なえる

《 関連図 》

※転倒後、硬膜下血腫をつくりOPとなった

事故の場合

※○は事故が起きなかった場合



《 患者 》

- 身体的侵襲が少ない状態でENTできる
- ENT後、家族とともに社会生活を送れる

- 患者・家族との信頼関係は失われず、情報回復に要する時間が不要となる
- 他患者の観察が十分でき、処置等にも時間をかけることができる
- 他の業務を時間内に終えることができる
- 過剰なストレスを負わなくてよい

- 裁判等にかかる時間や経費を失わずにすむ
- 病院全体の信頼を失わずにすむ

《 医者・看護師 》

《 病院 》