

## 【シンポジウム講演】

## 検査部インシデントレポートの分析

旭川赤十字病院検査部 事故防止対策委員会

○片山 晴美・川崎 良子・清水真理子・近藤えり子  
南 敏之・狩野 匡裕・的場 浩一・本多 宏司

## はじめに

医療事故に対する関心が4～5年前よりかなり高まって来ていましたが、当検査部においてもそれらの状況を踏まえて検査部リスクマネジメントとして、委員会を設けて取り組んで来ました。

今回は、2000年11月から2003年12月までの約3カ年のインシデントレポートについて若干の分析をまじえて報告させていただきます。

## 1. レポート発生件数の動向について

年別推移に関しては、ほとんど初年度と言っても良い2001年において73件のレポート提出が有り、2002年・2003年には約半分の36件となっています。これは、やはり初めはインシデントレポートと言う事に対して理解とか慣れて頂く為にとにかくどんな些細な事でも提出しましょうと言うお願いをした結果と考えられました。

その後、2年・3年と経過する内に種々の事例を共有する事で意識・理解も深まり件数が落ち着いて来たように考えられます。

又、月別では各月相互に増減が見られ、各自の意識・注意に対する喚起の度合いが反映されている部分も有るのかなと考えられました。

時間帯・曜日別においては、検体提出数の多さによる影響があったと考えられました。

## 2. 内容・原因に関して

検査データ報告に際しての異常値データ管理ミス、又検体の取り違い、検体破損・紛失等の検体処理ミス等が目立った。

これは、やはり確認が十分にされていなかったり、見落としがあったり、思いこんでしまったと言う事が単独で起こったり連鎖的に起きてしまっていたようだった。

## 3. 対策として

全体的な事として、『声出し・指差し』確認等を励行して頂き注意を喚起する。又、検査部門は勿論他部門とも連携と言う事でコミュニケーションをはかる。そして、標準マニュアルを常備しておく事により困った時の助けにして頂く事等を委員会として提案してきました。

## まとめ

人間である以上ミスをしないと言う事はあり得ない訳ですが、いかに頻度を減らしていくか又、所謂『大難を小難にする』と言う事で重大なアクシデントにならないようにしていく事が大切であると考えます。

発生してしまったインシデントに対しては、各自で共有し個々の情報の財産として認識していく事、そして生かしていく事でリスクマネジメントの充実がはかられていくと考えます。