

第 3 章 インシデント報告システムの概要と取り組み

1 インシデント報告システムの概要と実際

インシデント報告システムは、医療におけるリスクマネジメント（医療安全管理）の有用な具体策の一つである。この報告システムは職員からの自発的な報告をもとに、事故につながりかねない事象・リスクの把握 分析・評価 対応 再評価を、組織全体の恒常的な事故防止活動として行うために院内に構築されたものである。

（1）インシデント報告システムの意義

このシステムでは事故につながりかねない「ヒヤリ、ハット」したできごとをインシデントと呼ぶ。院内で働くすべての職員が、その体験を自主的に報告し、話し合うことは、日常業務に潜む危険情報を収集するための重要な手段である。

インシデント報告システムの意義は内在する問題を顕在化させ、その問題を分析 改善して、未然に事故を防止することにある。さらに、組織全体で取り組み続けることが、医療事故を断ち切ることに繋がる。このシステムを浸透させることによって、医療者が「安全な医療」を行うことの基盤創りが可能となり、患者・家族が安心して医療を受けることができる。

（2）インシデント報告システムの効用

- ア 職員が自己の行為を見直すことによる職能の向上
- イ 現場からのコミュニケーションの活性化
- ウ 現場のリスク情報を把握し院内で共通認識ができる。
- エ 病院全体のリスクマネジメント（医療安全管理）意識の高揚を図る。
- オ 安全管理対策委員会において部門・職種間にまたがる問題について充実した討議が可能となり、組織横断的な取り組みができる。
- カ 事故防止策が講じられ職場（組織）および業務の改善ができる。
- キ データの集積と分析による事故要因の発見と中・長期的な組織改善を図ることができる。

（3）インシデント報告システムの基本的考え方と運用

- ア この報告は報告者の責任を問い処罰や人事に用いるものではない。「誰が をした」ではなく、「何が起こった（起こりそうだった）のか」を重視する。そしてその背景要因を探り、何が改善できるかを組織上の問題として考え、改善を図るものである。
- イ 報告者が「インシデント報告」を提出する場合は、原則として 48 時間以内に部門リスクマネージャーに提出する。各部門のリスクマネージャーは部門責任者に報告し、コメントを記入後、安全管理室に提出する。
- ウ ただし、報告者の判断により直接「インシデント報告」を安全管理室のポストに入れてもよい。
- エ 報告者は「インシデント報告」を書くことにより自己の行為を見直すとともに、改善のための提案ができる。

オ 報告が互いの事故防止に役立っていると実感できることと、報告がどのように事故防止に生かされたかがわかることが重要であるため、部門と安全管理担当のリスクマネージャーは各々迅速なフィードバックを行う。

カ 「インシデント報告」は必ずしも一度の報告で完結するものではなく、改善策の決定・最終的な問題解決まで、部門と安全管理担当のリスクマネージャーは検討を続ける。

キ 安全管理対策委員会は、改善策の実施状況を見極め、成果について評価する。

ク 「インシデント発生時の連絡・報告の流れ」は次の通りである。(図3)

(4) インシデント報告の分析と対応策策定の考え方

ア 背景の危険要因を整理する。

イ 報告事例のリスクの重要性を評価する。

ウ リスクの重要性に応じた対策を立てる。

エ 個人の問題から離れて、出来る限りシステムの問題として捉える。

オ 個人の知識や努力に依存しない誰でもが使える対策を考える。

カ 部門を越えて事故防止努力を共有する。部門だけでは困難なことも、関係部門の協力で効率的に実現する。

キ 患者への情報提供や教育も事故防止策として考える。

ク 多数事例を分析する場合に、個別事例の事故発生要因を整理する。

ケ 事故予防マニュアルに反映する。

コ 院内研修に活用する。

参考文献 1) 川村治子：「ヒヤリ・ハット」報告を事故防止にどう生かすか。

横浜市立大学医学部附属病院リスクマネジメント講習会講演，2000。

2) 山内桂子，山内隆久：「医療事故」，朝日新聞社，2000。

3) 児玉安司：「リスクマネジメントの発展をめざして」，横浜市立大学医学部附属病院安全管理研修講演集，2000。

(5) インシデント報告の内容

附属病院では、平成11年6月から院内にインシデント報告システムを開始した。これまでの提出件数の推移のを見ると、平成11年6月から平成12年3月までは横ばいであったが、12年4月以降は、2～3倍に増加し、このシステムの取り組みが院内に定着してきたと考えられる。

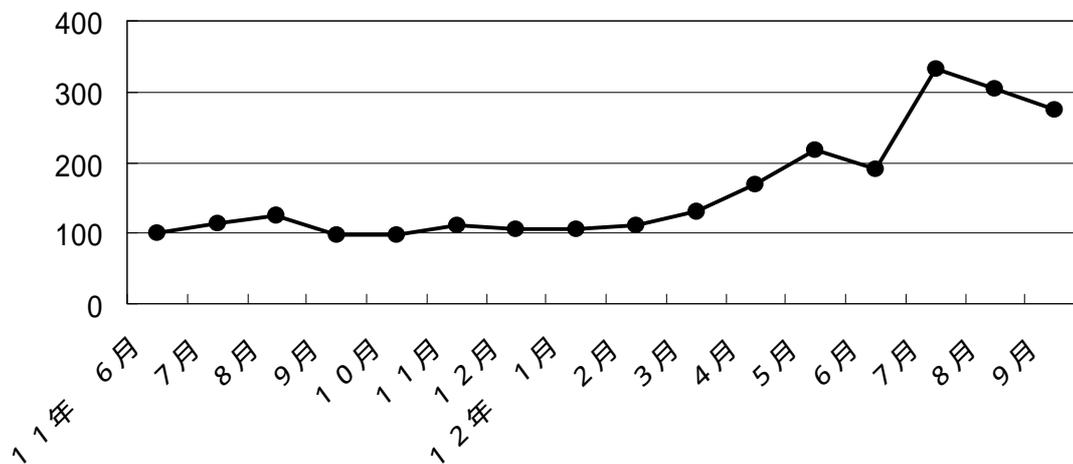
職種別にみると、看護婦からの報告が全体の4分の3になっているが、患者取り違え事故以前からの看護部内でのインシデント報告の取り組みもあり、定着が窺える。しかし、医師や中央部門の一部の取り組みがまだまだ低く、部門間のバラツキがある。

事象別にみると、薬剤関係の内容が37%と多く、ほかに検査・診療材料関係が30%とな

っている。

ア． インシデント報告の月別推移（11年6月を100とした指数）

（指数）



イ． インシデント報告の職種別内容（平成12年7月～9月）

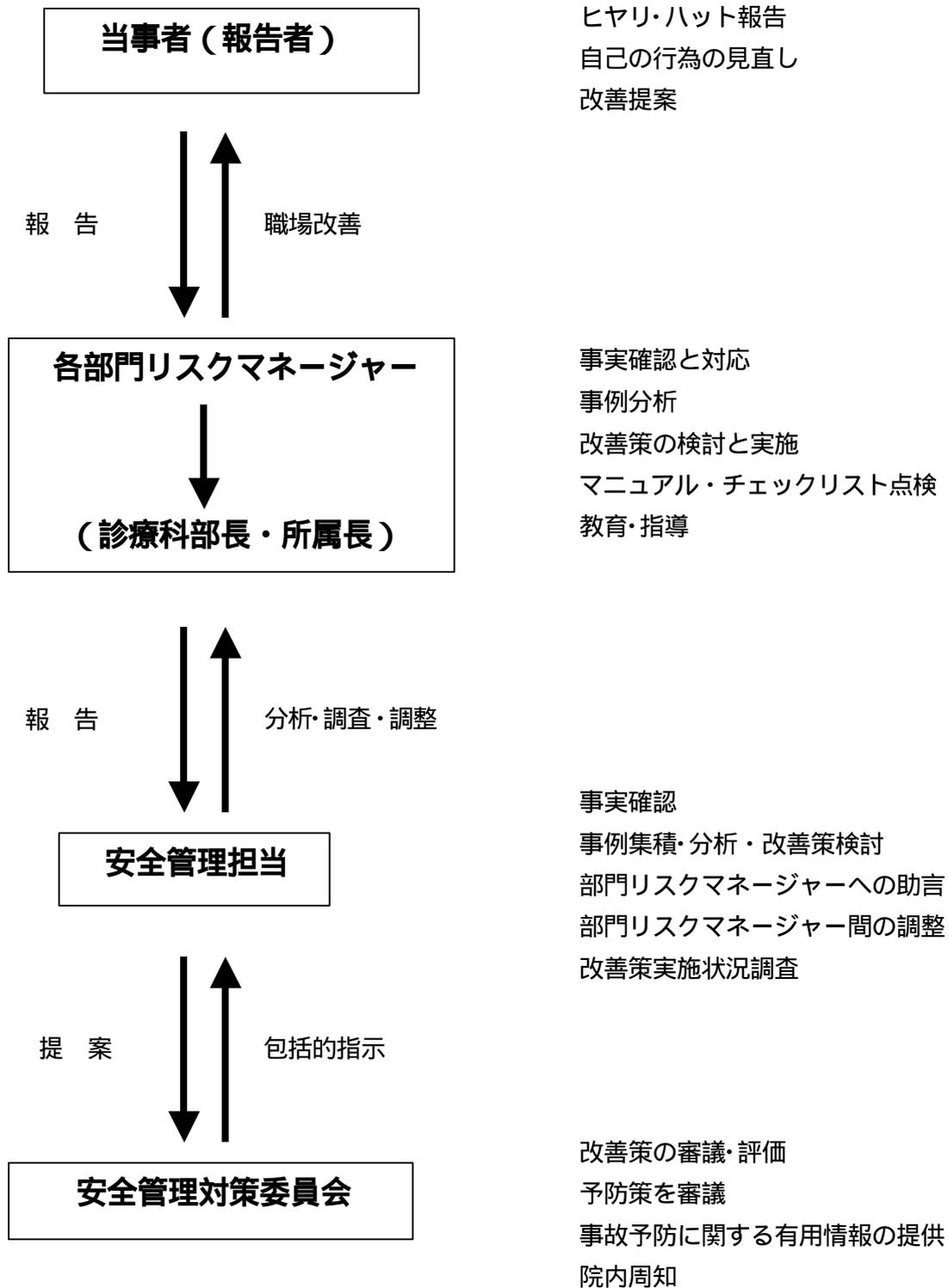
職 種	%
医 師	5%
看 護 婦	73%
技師・薬剤師等	21%
事 務 職 員	1%

ウ． インシデント報告の事象別内容（平成12年7月～9月）

事 象	%
手術・処置等	7%
検査・診療材料	30%
薬 剤	37%
転 倒・転 落	10%
医 療 機 器	5%
そ の 他	11%

(図3)

インシデント発生時の連絡・報告の流れ



2 インシデント報告をもとに検討・実施された予防策の事例

インシデント報告システムの仕組みで報告された実例から、予防策が検討され実施された具体的事例を10例紹介する。

事例

< 事象別分類 >

- ・ 検査・診療材料

< 報告部門 >

- ・ 放射線

< インシデントの概要 >

・ C T , R I , 放射線治療部門での検査時に、検査室のなかの患者が容態の変化を訴えても職員が気づかないことがある。

< 検討・実施された予防策 >

・ C T , R I , 放射線治療部門の全室に、無線ナースコールを設置した。検査中の患者の訴えが直ちに職員に伝わるようになった。

事例

< 事象別分類 >

- ・ 検査・診療材料

< 報告部門 >

- ・ 放射線

< インシデントの概要 >

・ 頭部 C T 検査において左右間違いがあっても画像からは確認できないことが多い。

< 検討・実施された予防策 >

・ C T 装置の頭部固定具にC T 画像上でチェック可能な左右マーカーを装着した。C T 画像に表示される装置内蔵マーカーと新設した頭部固定具マーカーのチェックにより、患者の画像の左右が同定できるようになった。

事例

< 事象別分類 >

- ・ 検査・診療材料

< 報告部門 >

- ・ 放射線

< インシデントの概要 >

・ 検査中に患者が急変することがあるが、麻酔科の医師に緊急連絡し、気道を確保するまでに時間

を要する。

< 検討・実施された予防策 >

・部内の緊急一斉コールをルール化した。また、放射線部の全スタッフを対象に、ラリングルマスクによる気道確保術を麻酔科の指導のもと実習した。さらにラリングルマスクを部内の救急カートに常備することとした。

事例

< 事象別分類 >

・薬剤

< 報告部門 >

・薬剤

< インシデントの概要 >

・複数の同色散薬を分包したとき、散薬が見分けにくいことがある。

< 検討・実施された予防策 >

・散薬の分包一包毎に、調剤年月日・受付番号と新たに処方番号の印字を加え、確認時に識別が容易・確実にできるようにした。

事例

< 事象別分類 >

・手術・処置等

< 報告部門 >

・診療

< インシデントの概要 >

・患者からの質問や苦情があった時、電話や人づてでは医師の真意が伝わりにくいことがある。

< 検討・実施された予防策 >

・「クレームやトラブルがあったらまず主治医が出向き対応すること」を院内のルールとし、各会議およびMRMニュースで周知した。

事例

< 事象別分類 >

・手術・処置等

< 報告部門 >

・診療および看護

< インシデントの概要 >

・緊急時やむを得ず口頭指示で対応しなければならない時がある。双方が思い込みで行動する危険がある。

< 検討・実施された予防策 >

・「緊急時，口頭指示を受けるときは『 を ですね』と復唱し，現品を医師に見せてから実施してください」と具体的確認方法を示し，各会議およびMRMニュースで周知した。

事例

< 事象別分類 >

・その他

< 報告部門 >

・診療および看護

< インシデントの概要 >

・日常業務において医師，看護婦間で合同の会議をもつことが少ないため，重要な問題の根本的な解決に時間がかかることが多い。また内容の認識に差異が生じやすい。

< 検討・実施された予防策 >

・医師，研修医，看護婦が参加する事故予防病棟会議を月1回，定例で開催することをルール化した。

事例

< 事象別分類 >

・手術・処置等

< 報告部門 >

・診療，看護および中央部門

< インシデントの概要 >

・時間切迫下における処置・治療・検査時には，患者確認がおろそかになりやすい。

< 検討・実施された予防策 >

・「患者確認は，必ずネームバンドを用いて照合してください。医療行為をするときは『 さんですね。 をします』と患者様に声をかけ実施してください」と具体的方法を示し，各委員会およびMRMニュースで繰り返し周知した。

事例

< 事象別分類 >

・医療機器

< 報告部門 >

・診療，看護およびME

< インシデントの概要 >

・院内における人工呼吸器の管理方法に不統一な点があり，緊急時など思わぬ事故を招くおそれがある。

< 検討・実施された予防策 >

- ・ 人工呼吸器取り扱いに関する院内共通のテキスト，マニュアル，チェックリストを作成した。これをもとに医師・看護婦の再教育，訓練を年度内に行い，院内の管理水準向上を図る。また来春採用の新人看護婦・研修医に対しても共通のテキストを用い教育する。

事例

< 事象別分類 >

- ・ 薬剤

< 報告部門 >

- ・ 看護

< インシデントの概要 >

・ 病棟における患者への与薬の際に，複数の患者分の注射を一つのトレイに入れて，注射を間違えるおそれがある。

< 検討・実施された予防策 >

- ・ 注射を患者一人に1つのトレイに入れて持ち歩くという「患者1人1トレイ」をルール化した。さらに注射ワークシートを必ずつけ，投与時に必ず照合することとした。