

インスリンに関するインシデント の集積型 R C A の結果について

国保 日高総合病院 医療安全管理室
上道 雅和
青枝 秀男

要旨

医療安全管理室が平成21年6月1日に設置され、行動目標7については同年11月に登録を行った。

当院では、RCAを用いた分析を実施しているが、それまでのインシデン・アクシデント分析では個人に責任を帰す内容が多く、問題を起こした背景要因が不明確で、問題の解決に繋がりにくい傾向があった。

そこで、問題になっていたインスリンに関するインシデントについて集積型RCAを実施した。その結果をここに報告する。

当院におけるインシデント発生状況

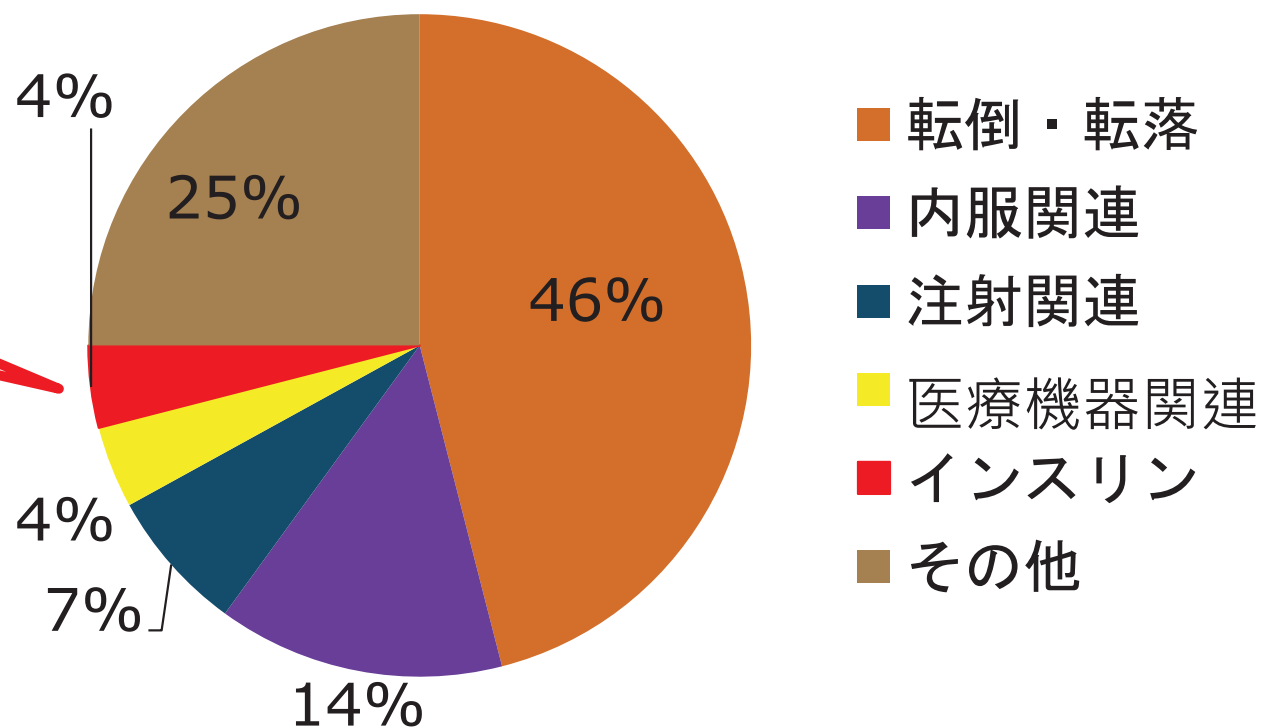
調査期間:平成21年6月～平成22年5月

インシデント報告内容に関する比率

n=682

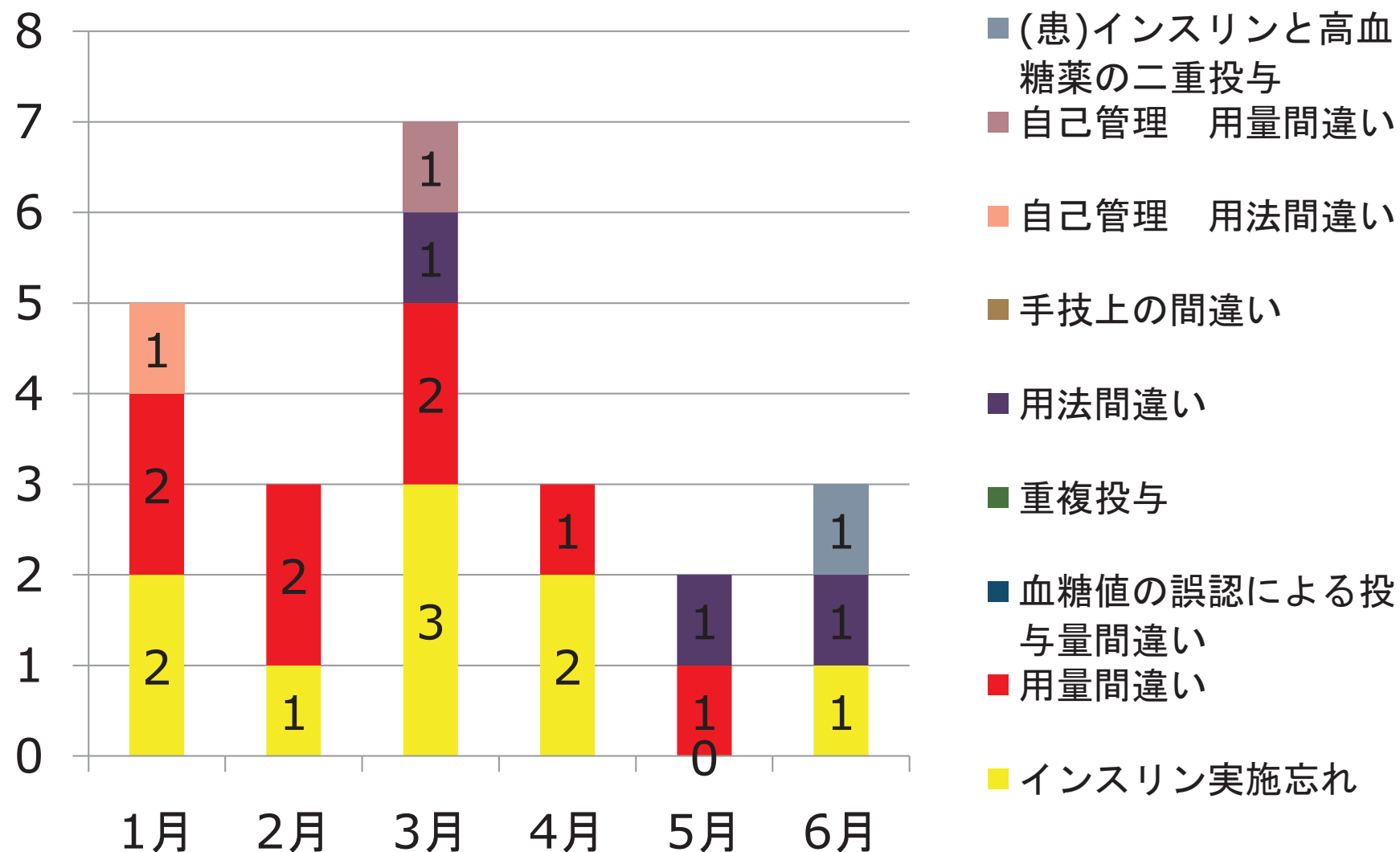
インスリンに関する
インシデントは4%を
占め当院で第五位の
発生件数である。

年間24件発生。



分析前のインスリンに関するインシデント報告内容

調査期間:平成21年1月～6月(n=23)



トリガーリストについて

- システム要因
 - システム整備、機器・機材の管理、管理
- ヒューマン・ファクター
 - 医療者側の因子、患者側の因子、コミュニケーション
- 環境要因
 - 労働環境、人的環境、教育環境

一要因につき15のトリガーリストがあり、それらが計45項目ある。そのリストに基づき、分析を行なっていく。

引用)石川雅彦著:RCA 根本原因分析実践マニュアルより

システム要因

- インスリン製剤の種類の多さ。
- 指示受領者側の手順が明確化されていない。
- カーデックス、インスリン管理票の管理がずさん。
- インスリン管理表の視認性の悪さ。
- 他職種間との業務連携について検討する委員会が存在しない。
- 各部署が独自の手順・管理方法をとっている。
- 決められたルールが伝達されていない。
- 部屋持ち制の機能的欠陥。

ヒューマンファクター

- インスリン製剤を取り扱う頻度に各部署で差があり、スタッフの習熟度、知識に差がある。
- 業務の運用について、興味が乏しく学習しない。
- 指示内容が変わる頻度が高く、主治医、リーダー、実施者間でのコミュニケーションエラーが生じやすい。
- 運用上の問題点について報告が無い。
- インスリン投与時間には他の業務も重なっている事が多く、他のスタッフに業務依頼をする事が難しい。

環境要因

- インスリンの投与時間が決まっており、同じ時間に多くの患者を処理する必要があり、実施者の処理能力を超える恐れがある。
- 昼休憩や他の業務での中断が入りやすい。
- 実施担当者と他のメンバー間での協力体制が乏しい、もしくは取りにくい。
- 病棟師長やリーダーから業務内容について積極的に調整する体制が整っていない。

対策Ⅰ 転記作業工程の削減

削減前

カードックス

管理表

ペン型
インスリン製
剤

患者用
インスリン
投与量表

削減後

管理表

患者用
インスリン投与量
表

対策Ⅱ インスリン管理表の見直し

[illegible]

旧版：
転記者の裁量で、
好きなように書けた。

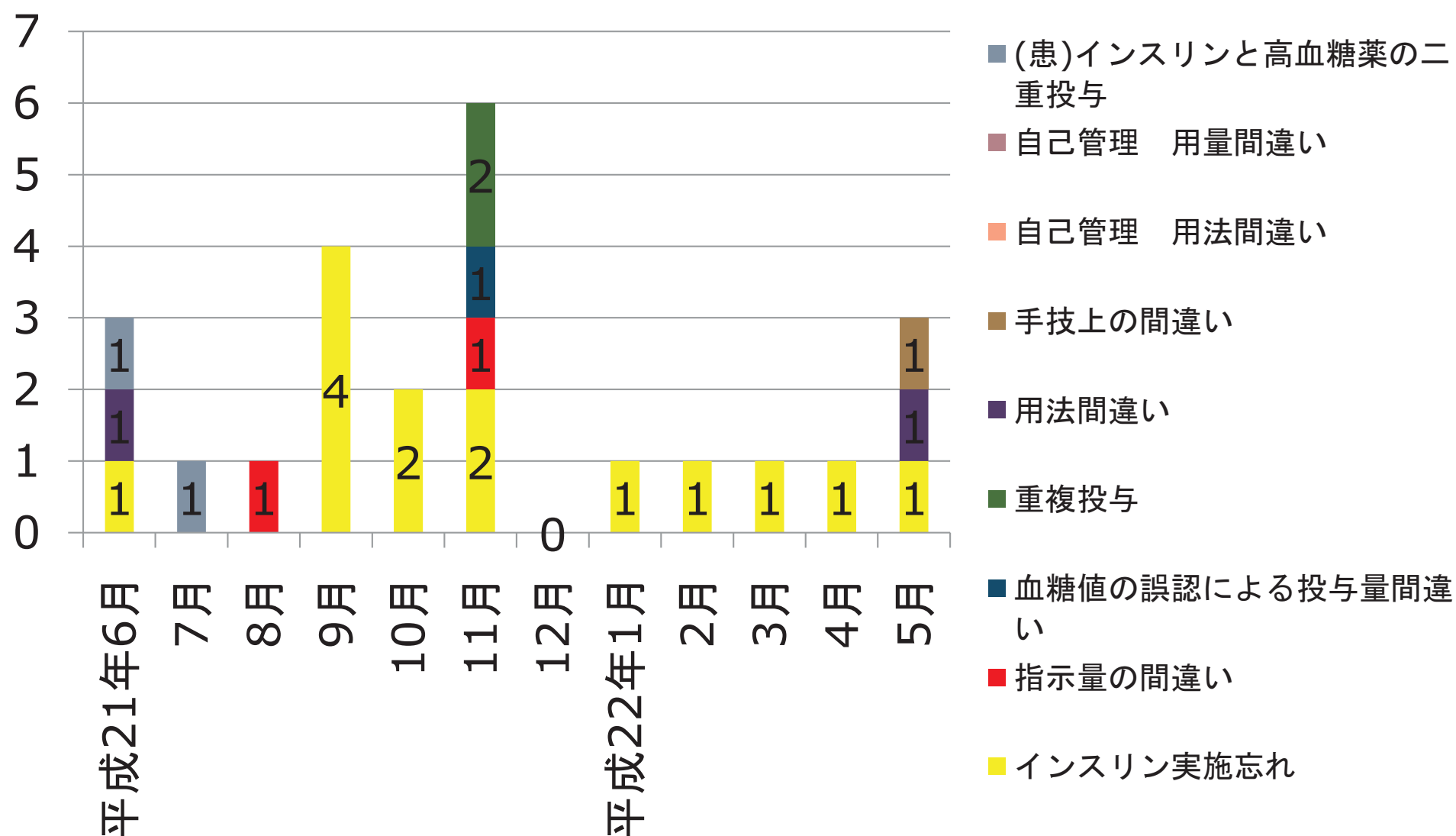
**新版：
書式が決まっているので
転記者の裁量では自由に
書けないよう改めた。**

対策Ⅲ

- マニュアルの改訂
 - 転記削減と、新版管理表の運用に即した内容に改定した。
- 業務監査の実施
 - マニュアル配布後に正しく運用しているか監査を行った。

対策後の結果

調査期間:平成21年6月～平成22年5月(n=24)



結語

業務量を削減できる対策、フルプルーフについて考慮したインスリン管理表などが、インシデント発生の減少につながったと思われる。

逆に、業務増加が考えられる方法や当事者のみで確認といった方法では対策を講じても効果は表れにくい。

今後も分析から得られたデータを基に、より効果的な対策を講じていきたい。