当院におけるインシデントレポート状況と分析

H21.07.12（日）

JA静岡厚生連　遠州病院　臨床検査科
技師長　　伊藤　喜章

始めに！

どの病院でも色々なインシデント・アクシデントレポートを活用しているかとは思います。では実際にコメディカルの提出状況はどうでしょう？聞こえ聞く話では以外と少ないのが現状ではないでしょうか？‘チーム医療’と盛んに言われている昨今にこの状態で良いのでしょうか？看護師達のレポートでは無く、病院のレポートであり、それが医療過誤の対策になるのであるのなら検査科・検査技師の関与も必須と思われます。

当科も著しい関与があるとは言えませんが、この機会に参考になればと昨年度の当院実績を紹介していきたいと思います。

レポート用紙

表面

インシデント・アクシデントレポート（基本項目）

IDカード

病院長	事務長	委員長	専任RM	所属長

※レベル3以上は病院長，事務長報告本所（保健医療福祉課）提出
※所属長㊞は後日専任RMが頂きに伺います

※　裏面も記入すること　2006.2.1

患者情報					職員情報					
	患者ID					発生日（曜日）	平成　年　月　日（　）			
	カナ記入 患者名	様				発生時間(24h)	時　分			
	年齢	才	性別	男　女		報告日	平成　年　月　日（　）			
	主病名					所属（氏名）				
	診療科	科				職種				
	入外区分	入　・　外				当院経験年数	年	通算 経験年数	年	

分類	・インシデント（未遂）　・アクシデント(事故)　・不明
患者影響レベル	・レベル0　・レベル1　・レベル2　・レベル3　・レベル4　・レベル5 ・レベルハイリスク
患者への信頼度	・損なわない　・あまり損なわない　・少し損なう　・大きく損なう
指差し呼称をしていればこの事故は	・防げていたと思う　・防げなかったと思う　・指差し呼称していた
職員事故	・針刺事故　・交通事故　・転倒　・その他（　　）※針刺事故は別書式（エビネット）も記入
発生場所	・病室　・ナースステーション　・救急室　・リハビリ室（PT,OT,ST,水治）　・手術室 ・トイレ洗面所　・浴室　・階段　・廊下,デイルーム　・分娩室　・採血室　・薬剤室 ・栄養科　・外来　・エレベーター　・ドック,健診室　・透析室　・検査室　・放射線科 ・屋外　・内視鏡室　・訪問看護　・その他（　　）

※内容分類「薬物、麻薬、輸血、自己血」にチェック時には必ず「誤薬報告書」を一緒に提出してください。

内容	・薬物	・点滴　・静注　・筋注　・皮下注　・経口薬　・経管投与　・外用　・その他（　　）
	・麻薬 ・輸血,自己血	【誤り内容】 ・指示誤り　・記入誤り　・誤調剤　・投与量　・投与薬　・投与時間　・投与方法　・投与忘れ ・人違い　・飲み忘れ、飲み違い　・点滴漏れ　・点滴忘れ　・点滴速度　・点滴順番違い ・神経損傷　・感染　・副作用　・異型輸血　・ME機器の操作誤り　・その他（　　）
	・手術 ・麻酔	・生理検査　・X線　・CT　・MRI　・超音波　・造影　・放射線治療　・内視鏡　・採血,採尿　・透析 ・IVH　・心カテ　・尿道カテ　・レスピレータ管理　・リハビリ　・ギプス　・罨法　・その他（　　）
	・検査 ・処置 ・診察	【誤り内容】 ・人違い　・部位違い　・指示誤り　・記入誤り　・操作誤り　・予定外臓器摘出,整復術　・感染 ・連絡ミス　・清潔区域の汚染　・手術体位　・実施忘れ　・損傷（神経,血管,皮膚,その他）
	・その他の 診療行為	・針紛失　・ガーゼ紛失　・器具紛失（　　）　・ガーゼ,器具の体内残留 ・器具,設備トラブル　・手術,検査申込書部位記入間違い　・同意書不備　・その他（　　）
	・自己抜去 ・事故抜去	・挿管チューブ　・Aライン　・IVH　・点滴　・ドレーン類　・胃管　・胃ろう　・尿道カテ　・イレウス管 ・その他（　　）
	・転倒転落	・自力歩行　・補装具で歩行　・車椅子使用　・ストレッチャー　・手術,処置　・診察　・検査 ・リハビリ　・入浴　・排便,排尿　・ベッド　・トランスファー　・その他（　　）
	・食事	・誤指示　・誤配膳　・未配膳　・異物混入　・窒息　・誤嚥　・その他（　　）
	・診療録 （対外的なもの）	・未記入　・記入不備　・誤記入　・紛失 ・その他（　　）
	・接遇	・診療中のトラブル　・電話対応でのトラブル　・窓口でのトラブル　・その他対応のトラブル ・その他（　　）
	・その他	・診療拒否　・無断離院　・自己退院　・盗難,紛失　・自傷　・暴行　・暴言

インシデント・アクシデントレポート（基本項目）

IDカード

病院長	事務長	委員長	専任RM	所属長

※レベル3以上は病院長、事務長報告本所（保健医療福祉課）提出
※所属長印は後日専任RMが頂きに伺います

※ 裏面も記入すること 2006.2.1

患者情報	患者ID			
	カナ記入 患者名	様		
	年齢	才	性別	男 女
	主病名			
	診療科	科		
	入外区分	入 ・ 外		

職員情報	発生日（曜日）	平成 年 月 日（ ）		
	発生時間(24h)	時 分		
	報告日	平成 年 月 日（ ）		
	所属（氏名）			
	職種			
	当院経験年数	年	通算 経験年数	年

分類	・インシデント（未遂） ・アクシデント（事故） ・不明
患者影響レベル	・レベル0 ・レベル1 ・レベル2 ・レベル3 ・レベル4 ・レベル5 ・レベルハイリスク
患者への侵襲度	・損なわない ・あまり損なわない ・少し損なう ・大きく損なう
指差し呼称をしていればこの事故は	・防げていたと思う ・防げなかったと思う ・指差し呼称していた
職員事故	・針刺事故 ・交通事故 ・転倒 ・その他（ ※針刺事故は別書式（エピネット）も記入
発生場所	・病室 ・ナースステーション ・救急室 ・リハビリ室（PT,OT,ST,水治） ・手術室 ・トイレ洗面所 ・浴室 ・階段 ・廊下,デイルーム ・分娩室 ・採血室 ・薬剤室 ・栄養科 ・外来 ・エレベーター ・ドック,健診室 ・透析室 ・検査室 ・放射線科 ・屋外 ・内視鏡室 ・訪問看護 ・その他（ ）

※内容分類「薬物、麻薬、輸血、自己血」にチェック時には必ず「誤薬報告書」を一緒に提出してください。

内容	・薬物 ・麻薬 ・輸血,自己血	・点滴 ・静注 ・筋注 ・皮下注 ・経口薬 ・経管投与 ・外用 ・その他（ ） 【誤り内容】 ・指示誤り ・記入誤り ・調剤 ・投与量 ・投与薬 ・投与時間 ・投与方法 ・投与忘れ ・人違い ・飲み忘れ、飲み違い ・点滴漏れ ・点滴忘れ ・点滴速度 ・点滴順番違い ・神経損傷 ・感染 ・副作用 ・異型輸血 ・ME機器の操作誤り ・その他（ ）
	・手術 ・麻酔 ・検査 ・処置 ・診察 ・その他の診療行為	・生理検査 ・X線 ・CT ・MRI ・超音波 ・造影 ・放射線治療 ・内視鏡 ・採血,採尿 ・透析 ・IVH ・心カテ ・尿道カテ ・レスピレータ管理 ・リハビリ ・ギプス ・胃洗 ・その他（ ） 【誤り内容】 ・人違い ・部位違い ・指示誤り ・記入誤り ・操作誤り ・予定外臓器摘出,整復術 ・感染 ・連絡ミス ・清潔区域の汚染 ・手術体位 ・実施忘れ ・損傷（神経,血管,皮膚,その他） ・針紛失 ・ガーゼ紛失 ・器具紛失（ ） ・ガーゼ,器具の体内残留 ・器具,設備トラブル ・手術,検査申込書部位記入間違い ・同意書不備 ・その他（ ）
	・自己抜去 ・事故抜去	・挿管チューブ ・Aライン ・IVH ・点滴 ・ドレーン類 ・胃管 ・胃ろう ・尿道カテ ・イレウス管 ・その他（ ）
	・転倒転落	・自力歩行 ・補装具で歩行 ・車椅子使用 ・ストレッチャー ・手術,処置 ・診察 ・検査 ・リハビリ ・入浴 ・排便,排尿 ・ベッド ・トランスファー ・その他（ ）
	・食事	・誤指示 ・誤配膳 ・未配膳 ・異物混入 ・窒息 ・誤嚥 ・その他（ ）
	・診療録 （対外的なもの）	・未記入 ・記入不備 ・誤記入 ・紛失 ・その他（ ）
	・接遇	・診療中のトラブル ・電話対応でのトラブル ・窓口でのトラブル ・その他対応のトラブル ・その他（ ）
	・その他	・診療拒否 ・無断離院 ・自己退院 ・盗難,紛失 ・自傷 ・暴行 ・暴言 ・自殺未遂,自殺 ・院内器具,設備の破壊 ・禁止品の持ち込み

患者影響レベル

レベル0：患者には実施されなかった。
レベルハイリスク：実施されなかったが実施されればレベル4～5.
レベル1：何らかの影響あり。
レベル2：観察の強化、検査が必要。
レベル3：要治療、入院日数増加。
レベル4：傷害が長期にわたると推察。
レベル5：事故が死因となった。

静岡県医生産業協同組合連合会

インシデント・アクシデントレポート（記述式）

事実の経過報告

※「転倒・転落」内容チエック時にご記入下さい。 眠剤の服用、使用・・　無　有（　　）

【報告者記入欄】 経過ならび発生の状況、発生時の対応

【患者・家族説明の有無】・・・した　しない　○をつけてください。　説明者（　　）

【対策案】

裏面

インシデント・アクシデントレポート（記述式）

事実の経過報告

※「転倒・転落」内容チェック時にご記入下さい。 眠剤の服用、使用・・　無　有（　　）

【報告者記入欄】経過ならびに発生の状況、発生時の対応

【患者・家族説明の有無】・・・した　しない　○をつけてください。　説明者（　　）

【対策案】

2007年4月新築移転　12階建て　病床数400床

医師　61名　　（現在常勤　71名研修医18名含む）

看護師254名　　（現在常勤　259名+　非常勤41名）

報告者

次の資料を見て頂くとわかる思いますが、部署のよる温度差が良く分かると思います。

・意識の問題か？
・科の状態、雰囲気なのか？
・上司・RMの采配か？
・単なる出し忘れ？

報告者職種（期首人数）	件数	比率	一人当り
医師　（61名）	18	1%	0.3
看護師　（254名）	1250	76%	4.9
看護助手　（33名）	33	2%	1
助産師　（12名）	37	2%	3.1
事務　（49名）	35	2%	0.7
検査技師　（23名）	113	7%	4.9
放射線技師　（16名）	13	1%	0.8
薬剤師　（12名）	12	1%	1
理学･作業療法士　（28名）	13	1%	0.5
臨床工学士　（11名）	8	0%	0.7
栄養士　（6名）	51	3%	8.5
調理師･調理員　（10名）	22	1%	2.2
保健師　（15名）	33	2%	2.2
その他医療職	1	0%	
その他	9	1%	
合計	1648	100%	

報告書部署

報告書部署	件数	比率
オペ室	71	4%
ICU・初療	108	7%
6階病棟	89	5%
7階病棟	127	8%
8階病棟	174	11%
9階病棟	203	12%
10階病棟	169	10%
11階病棟	112	7%
回復期リハ	145	9%
外来看護婦	81	5%
医師	15	1%
薬局	11	1%
検査	110	7%
中材	0	0%
透析室	38	2%
医事課外来	7	0%
医事課その他	2	0%
栄養課	109	7%
保健福祉課	45	3%
放射線	13	1%
リハビリ	10	1%
看護ステーション	6	0%
その他	3	0%

発生場所分類

発生場所	件数	比率
病室	712	43%
ナース・ステーション	363	22%
救急室	9	1%
リハビリ室	9	1%
手術室	54	3%
トイレ洗面所	40	2%
浴室	3	0%
階段	0	0%
廊下デイルーム	49	3%
分娩室	7	0%
採血室	16	1%
薬剤室	14	1%
栄養課	87	5%
外来	88	5%
エレベーター	1	0%
ドック検診室	60	4%
透析室	39	2%
検査室	59	4%
放射線科	22	1%
屋外	2	0%
内視鏡室	2	0%
訪問看護	4	0%
その他	7	0%

内容

内容	件数	比率
薬物	367	22%
麻薬	10	1%
輸血自己血	6	0%
手術	38	2%
麻酔	5	0%
検査	253	15%
処置	44	3%
診察	7	0%
その他の診療行為	95	6%
自己抜去	71	4%
事故抜去	41	2%
転倒転落	434	26%
食事	115	7%
診療録	26	2%
接遇	68	4%
その他	29	2%
合計	1648	100%

患者の信頼度	件数	比率
損なわない	130	8%
あまり損なわない	299	18%
少し損なう	848	51%
大きく損なう	371	23%

検査科では‥

やはり部門間での温度差を感じるのが事実！！

レポート数が多くなっているのは良い事なのかもしれないが、提出者の顔ぶれが全て変わっているか？は微妙ですが、研修等が盛んに行なわれるようになってきた昨今ではリスクの内容や緊張度が少しは進歩してきてると感じてます。

＊検査科部署別

	H19	H20
採血	13	17
検体受付	4	6
生化学	4	11
血液	7	9
一般	10	19
輸血	7	7
生理	12	18
細菌	2	6
病理	1	1
その他	30	38
システム	6	7
合計	96 （11）	139 （19）

（　）内数字は時間外

病理の件数は？？

検査科統計と病院統計の誤差

（使い分け）

恥ずかしい話ですが・・

とてもみっともなくて報告できないミスとか、同じもしくは類似した時は技師長とリスク担当で提出を控える場合もあります。

しかし、科の会議では報告・検討の対象としてカウントしています。

＊検査科部署別

	H19	H20
採血	13	17
検体受付	4	6
生化学	4	11
血液	7	9
一般	10	19
輸血	7	7
生理	12	18
細菌	2	6
病理	1	1
その他	30	38
システム	6	7
合計	96 （11）	139 （19）

（　）内数字は時間外

数の増加→意識の表れ！

報告者職種（期首人数）		件数	比率
医師	（61名）	18	1%
看護師	（254名）	1250	76%
看護助手	（33名）	33	2%
助産師	（12名）	37	2%
事務	（49名）	35	2%
検査技師	（23名）	113	7%
放射線技師	（16名）	13	1%
薬剤師	（12名）	12	1%
理学･作業療法士	（28名）	13	1%
臨床工学士	（11名）	8	0%
栄養士	（6名）	51	3%
調理師･調理員	（10名）	22	1%
保健師	（15名）	33	2%
その他医療職		1	0%
その他		9	1%
合計		1648	100%

レポート提出

　レポート提出が重い雰囲気をかもちだしている様だと、数は増えないでしょうし、隠す事に専念されてしまいます。個人攻撃を防止の為には名前の記入に拘らず、部署名で記入させるのも良いと思います。

　まずは、現状把握がスタートです、まずは事例の洗い出しを沢山し、科（人）として対策をする事です。

将来的にはレポート数が減る想定ですが、新しいタイプの事例もどんどん出て来ているのが現実です。

指差し呼称で防げたか	件数	比率
防げた	821	50%
防げなかった	785	48%
していた	42	3%

指差し呼称

　指差し呼称しても防げないものも半数は存在する。

　しかしミスの中でも821件（50％）のミスは指差し呼称をすれば防げると認識できている職員が存在する事実を明るい材料と考えても良いのではないでしょうか！

医療安全の明日のために！！。

まとめ

インシデントの有無とレポートの数の一致（理想）

↓

職員の気持ち・緊張感の現れ

↓

一枚のレポートの共有が危機管理

（科内での啓蒙・・勉強会・事例検討・KYT研修）

↓

同じミスを作らない

最後に

“仕事で絶対ミスをしない人”・・ありえない

↓

仕事をしなければミスを生まない・・“仕事をしない人”

（仕事を制限すればミスを生む確立は低くなる）

↓

これは正解でしょうか？？

ミスは生きている（仕事をしている）証拠

↓↓↓

一生懸命に必死に努力して、その結果出たミスこそ勉強（財産）

御清聴ありがとうございました

ＪＡ静岡厚生連 遠州病院