

ヒヤリ・ハット1万事例の事実整理から学んだこと

～看護職の皆さんに知ってほしいこと～

杏林大学保健学部 川村 治子

はじめに

全国300床以上の218施設の協力のもとに収集した看護のヒヤリ・ハット1万事例から、22種の業務領域に分けてどこで、どのようなエラーがなぜおきるのかを整理した表『エラーマップ』を作成した。こうした事実整理の過程を通じて学んだ貴重な示唆を5点に絞って述べたい。

1. 病院を超えてエラーは共通

一つ目の示唆は、病院を越えてエラーは共通しているということである。ここ数年間で新聞報道された重大事故のほぼ全てのヒヤリ・ハット事例が、1万事例の中に存在していた。Y大病院の手術患者誤認事故やK大病院の人工呼吸器の加温加湿器へのアルコール誤注入事故などは、極めて稀有と思われる事故であるが、これらにも同様なヒヤリ・ハット事例が存在していた。つまり、特定の施設や個人が起こすエラーなどというものはありえず、病院を超えてエラーは共通ということを意味している。

2. 個々事例は表現形、普遍的な危険要因の気づきの重要性

二つ目の示唆は、個々の事例は背景に存在する危険要因の、単なる表現形にしかすぎないということである。たとえば、『人工呼吸器の加湿器に精製水のかわりにエタノールを誤注入した』事例、『ミルクを作る際に白湯が不足蒸留水を足したところ、似た容器に入っていたミルトンであった』事例、『高圧浣腸の浣腸液に消毒液を間違っていた』事例があった。これら3事例は、表現形はさまざまであるが、背景の危険要因は同じであると気づかなければならない。それは、ナースステーションに存在する液体は経路は何であれ、患者に誤注入される危険性をはらんでいることを意味している。つまり、体内注入可の液体（注射薬、蒸留水）と不可の液体（消毒液）が、保管区域を異にもせず、容器の識別も不十分なままナースステーションに混在していることの危険として捉えるべきである。つまり、事例の表現形にまどわされず、より本質的な危険要因に気づかなければならない。

3. 看護業務の多様性、分析・対策立案の視点もまた多様

三つ目の示唆は、看護業務の多様性から、事例の整理・分析の視点もまた多様であるということである。事例は事故防止対策を考える上で、少なくとも4群に分けて考えた方がよい。まず、危険な医療行為がからむ診療補助業務の事例と、そうでない療養上の世話業務に分けられるが、さらに前者は業務特性により注射や輸血、手術などのように複数部門・部署が連携する業務の事例とそうでない事例に分かれる。一方、後者の療養上の世話事例では、事象の発生への看護師の直接的介入の有無という視点から2群に分かれる。つまり、業務特性・形態上から4群の事例に分けて考えるとわかりやすい。

複数部門・部署が連携する診療の補助業務の事例では、必ず業務プロセスという整理・分析軸を持っておくべきである。また、連携しない業務（チューブ類の管理、医療機器操作など）では、取り扱う「モノ」や操作行為という視点で整理すると理解しやすい。

看護師の直接介入のある療養上の世話事例（例：介助中の転倒・誤嚥・熱傷）では、患者要因と看護要因（看護技術や連携、看護物品）で、また直接介入のない事例（例：自力行動中の転倒）では、患者要因と発生状況要因（環境や行動）で分析することが、対策立案上有用である。看護事例は業務形態や特性に応じて分析の視点は多様で、何を知れば事故防止に役立つかを明らかにして整理・分析する必要がある。

4. 事例の業務領域を超えた共通の危険要因の存在

4つ目の示唆は、多様な業務形態と特性を持つ看護業務であっても、業務領域を超えて発生要因はかなり共通していることである。その要因の一つは情報伝達の混乱である。口頭伝達は受け手の先入観に左右されて情報の混乱が生じやすいが、検査呼び出し、注射、採血など、種々の業務で患者間違いなどのエラーを発生させていた。また、変更・中止も情報の混乱が生じやすい。変更・中止が多い注射では特に重要なエラー発生要因であるが、手術開始時刻や順番の変更の連絡ミスでエラーが発生した事例もあった。食事においても、胃術後全粥患者が通過障害で5分粥

に変更するよう指示があったが、変更は前の食事が誤配膳され摂食した事例があった。つまり、情報伝達の混乱は、業務領域を超えて極めて重要なエラー発生要因となっていた。

一方、病態を把握しないで行うことやチーム間の情報共有の不足も重要な要因となっていた。たとえば食事では、術後3日目の患者に間違えて上がってきていた食事を、病態を考えずに配膳し患者が摂食した事例、ERCP後膵炎の疑いで準夜より絶食になったが、看護助手へ絶食を伝えていなかったために配膳され患者が摂食した事例があった。注射では、救急の不穏患者と抜管後の不穏患者がいて、指示されたホリゾン背景を考えずに抜再後の不穏患者に施注したために、再挿管になった事例があった。また、内服と薬では、検査のために延食予定を知らず、血糖降下剤を服用させ危うく低血糖になりかけた事例があった。療養上の世話でも、脳梗塞後遺の片麻痺患者のADLを把握せず、移乗を介助しようとして、転倒させかけた事例があった。

同様な要因はほかにも十数要因存在し、いわば、'医療事故の病態生理'を理解する上で重要と思われた。

5. エラー発生を助長する医療の宿命的危険要因の存在

5つ目の示唆は、多くの事例でエラー発生を助長する

共通要因が存在していたということである。それらは、①急変・緊急時、アラーム対応などの緊張、②タイムプレッシャー（速くしなければという焦り）③予定外の出来事が発生し注意がそれる（ライントラブル、変更・中止など）④業務途中の中断で注意力の途絶 ⑤業務の同時発生や進行で注意配分が低下 ⑥似た「モノ」や「患者」が同時・同箇所が存在、という6要因である。これらの要因は、医療がさまざまな背景やニーズをもった患者を対象とし、そうした対象が病棟という狭い空間に多数存在して医療・看護行為が行われるがゆえに発生する負荷である。いわば医療現場の宿命的危険要因であり、こうした医療現場の宿命的危険特性の存在を前提にした事故防止対策が求められる。

おわりに

看護のヒヤリ・ハット1万事例の整理・分析から数々の貴重な示唆を得た。病院を超えてエラーは共通し、事例を超えて、業務領域を超えて共通する重要要因が存在していることが明らかになった。また、看護業務は多様であり、業務の形態・特性に合わせた整理・分析の視点を持つことが、事故対策の立案上極めて重要と思われた。