

「日本醫事新報」別刷（第四〇五七号）

二〇〇一年一月二六日発行

## 有床診療所における医療事故防止 対策マニュアル作成の試み

会津若松市・健心会えんどうクリニツク  
院長 遠藤剛

## 有床診療所における医療事故防止 対策マニュアル作成の試み

### はじめに

「医療事故」につながる大きいり  
スクを背負つて働いている。

近年、医療の高度化や複雑化に  
加えて、医療を受ける側の意識の  
変化や多様化（診療情報の開示、  
インフォームドコンセント等）な  
ど、医療環境が目まぐるしく変化  
している。そこに置かれたわれわ  
れ医療従事者は、以前にも増して

会津若松市・健心会えんどうクリニック

院長 遠藤剛

件であり、一九七〇年が一〇二件  
であるから、この三〇年間で六倍  
に増えたことになる。一方、未済  
件数は一九七〇年の三〇八件から  
一九九八年の二七〇〇件と、これ  
も増加の一途を辿っている。

いま、医療に携わる者として、  
事故防止への取り組みがとりわけ  
大きい課題となってきた。事故は  
「起こしてはならないもの」であ  
るが、まずは“人間は過ちを犯す生  
物である”との認識から出発して  
考えていくことが大切であると思  
う。従来よりみられたように「ミ  
スは起きるはずがない」といったた

裁判所から発表された医療事故  
裁判の年別件数をみてみると、一  
九九八年の新規受付件数は六二九

タマエ的な構えを捨て、トラブル  
が起きることを前提に対策を早  
めに立て、重大なミスの発生を未

表1-1 院内事故防止対策マニュアル 輸液事故

トラブル	事故防止対策
1. 指示受けミス	<ul style="list-style-type: none"> <li>・口頭指示はすぐにメモをとる</li> <li>・対象患者をきちんと把握する（名前の確認、同姓同名の場合は生年月日確認）</li> </ul>
2. 投与ミス	<ul style="list-style-type: none"> <li>・当直、病棟担当ナースはカルテをチェック、指示を確認</li> <li>・申し送りの徹底</li> <li>・3度の確認 ①使用する薬剤を棚から出す時 ②薬剤を開封する時 ③薬剤を注射器に吸ってアンプル等を捨てる時</li> <li>・準備、投与者は統一する（統一が無理な場合は引き継ぎ者にきちんと申し送る）</li> <li>・薬剤の基本的知識を身につける</li> </ul>
3. 患者誤認	<ul style="list-style-type: none"> <li>・担当患者の状態の把握</li> <li>・患者本人の確認（名前はフルネームで、顔やベッドネーム確認）</li> <li>・点滴ボトルは部屋番号、氏名（フルネーム）を記入（同姓同名患者に注意）</li> </ul>
4. 静脈留置部位のトラブル	<ul style="list-style-type: none"> <li>・穿刺部位の選択</li> <li>・適時、刺入部の観察（発赤・腫脹・疼痛の有無）</li> <li>・患者からの訴え聴取（施行前に点滴目的を説明し、随時状態変化時はナースコール等の使用を説明する）</li> </ul>
5. 点滴中のトラブル・感染	<ul style="list-style-type: none"> <li>・滴下数、ラインの観察 ①ラインの圧迫、屈曲、血液の逆流、詰まりの有無 ②接続部位のテープ固定 ③ライン接続時の清潔操作 ④穿刺部位の消毒 ⑤施行前・中・後の患者の状態チェック ⑥小児の場合、安静が保たれない場合、シーネ等での固定（段ボールなどを副子として患者の手を固定する）</li> </ul>

然に防ごうという考え方と体制」  
そこでも、当クリニックではトラブルを想定した「事故防止のマニュアル作成」を試みたので、こゝに報告する。

### 院内医療事故防止 対策マニュアルの 作成

医療事故の多くは、看護婦が当事者として報道されている。これは、看護職の働き方を考えると当然といえるようと思う。

一つは二四時間患者のそばにいるために事故に遭遇する機会があるだけ多くの場合である。もう一つは、看護婦は医療の最先端で患者に直接医療を提供する役割を負っている。

当クリニックは、外科、肛門科、消化器科を専門とする医院であり、通常の外来業務以外に、内視鏡検査（ファイバースコープ付胃カメラ gastrocamera with fiber-scope : GTF、大腸ファイバースコープ colonfiberscope : CF）、X線検査（上部消化管X線造影…

表1-2 麻酔事故

トラブル	事故防止対策
1. ショック	<ul style="list-style-type: none"> <li>・麻酔前の患者状態チェック (バイタルサイン等)</li> <li>・麻酔によるショック等の既往歴のチェック</li> <li>・患者の精神状態チェック (強度の緊張など察知, 和らげる→会話, 音楽等)</li> </ul>
2. 患者誤認	<ul style="list-style-type: none"> <li>・施行前の患者氏名確認</li> </ul>
3. 薬物ミス	<ul style="list-style-type: none"> <li>・麻酔薬の確認 (施行前, アンプル等を医師に確認)</li> </ul>
4. 感染	<ul style="list-style-type: none"> <li>・麻酔部位の徹底した消毒</li> <li>・終了までの清潔操作</li> </ul>
	<p>【他の注意事項】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・麻酔時の体位</li> <li>・麻酔後のショックへの対応 (緊急物品の準備, 確認)</li> <li>・麻酔導入後の患者チェック (尿量チェック, 頭痛, 嘔吐等の後遺症チェック)</li> <li>・麻酔後, 担当看護婦は患者から目を離さない</li> </ul>

表1-3 注射事故

トラブル	事故防止対策
1. 指示受けミス	<ul style="list-style-type: none"> <li>・確認を徹底する ほか, 輸液事故同様</li> </ul>
2. 注射準備ミス	<ul style="list-style-type: none"> <li>・輸液事故同様</li> </ul>
3. 注射実施ミス	<ul style="list-style-type: none"> <li>・注射時間, 注射方法の確認</li> <li>・正しい手技 (筋肉内注射, 皮下注射, 皮内注射, 静脈内注射) を身につける ほか, 輸液事故同様</li> </ul>
4. 記録, 報告が適切に行われないために起こるミス	<ul style="list-style-type: none"> <li>・注射後の記録, 報告の確認</li> <li>・実施後は施行者の署名, 捺印ははっきりと行う (ナース)</li> </ul>

MDL、下部消化管X線造影…  
 DDL) や、局所麻酔、腰椎穿刺下にて各種手術も行っており、入院患者も受け入れている。  
 平成一三年七月にカンファランスを開き、その中で起こりうる事故を話し合い、大きく、(1)輸液事故、(2)麻酔事故、(3)注射事故、(4)検査事故、(5)院内感染、(6)与薬事故、(7)患者誤認、の七項目に分けた。それを看護婦一人一項目を担当し、それぞれまとめてみた。その後も数回カンファランスを開き、それぞれの項目について意見を出し合い、それをもとに院内事故防止対策マニュアルを作成した。具体的にわかりやすい言葉で、考えられるトラブルに対しての事故防止対策を表1にまとめた。

事故やヒヤツとしたことを報告する報告書は、一般にインシデント・レポートと呼ばれている。このレポートは、人間であれば誰もがミス、ニアミスなどを起こす者

## 学 術

表1-4 検査事故

トラブル	事故防止対策
1. 患者誤認	<ul style="list-style-type: none"> <li>・氏名確認(その後、オリエンテーション)</li> <li>・患者の検査目的の確認、把握</li> </ul>
2. 検査器具トラブル	<ul style="list-style-type: none"> <li>・器具の徹底した点検(送気、送水、レンズの状態等)</li> </ul>
	<p>【その他の注意事項】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・検査前確認           <ul style="list-style-type: none"> <li>①患者の他の病気に対する既往の把握</li> <li>②入れ歯等の確認(GTF)</li> <li>③検査前注射の施行後に起こりうる症状の説明 (口渴、目のチカチカ)</li> <li>④不安がっている患者への対応</li> <li>⑤前処置の必要性の説明を徹底</li> <li>⑥パナルジン、小児用バファリン等の内服の確認</li> </ul> </li> <li>・検査終了後確認           <ul style="list-style-type: none"> <li>①絶飲食の必要性の説明(GTFの場合)</li> <li>②検査後の説明(バリウム使用時の便秘等)</li> </ul> </li> </ul>

表1-5 検査付録

内視鏡の洗浄法	
【GTF】	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 注水口より蛋白除去剤を通す</li> <li>2. 注水口より水を通す</li> <li>3. カメラを本機よりはずし、キャップを締め、ブラッシングする</li> <li>4. 洗浄器をセットし、水を通す</li> <li>5. 水を抜くため、洗浄器口より空気を通し、水を出す</li> <li>6. 消毒液に浸ける(15~30分)(感染症患者使用後は、消毒時間に注意)</li> <li>7. 水洗いをし、洗浄器で水を通す(洗浄・水出しとも、注射器で10回施行)</li> <li>8. 水を抜く(しばらくぶら下げたまま水分をとる)</li> </ol>
【CF】	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ブラッシングする</li> <li>2. 洗浄器を付け、蛋白除去剤を通す</li> <li>3. 洗浄器を付け、水を通し、蛋白除去剤を抜く</li> <li>4. 水を抜く</li> <li>5. ソレゾール<sup>®</sup>に浸ける(15~30分)(感染症患者使用後は、消毒時間に注意)</li> <li>6. 水洗いをし、洗浄器で水を通す(洗浄・水出しとも、注射器で10回施行)</li> <li>7. 水を抜く(しばらくぶら下げたまま水分をとる)</li> </ol> <p>※ソレゾールに浸ける前に、カメラ先端のエア漏れチェック</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・内視鏡洗浄後、水分をきちんと拭き取る</li> <li>・吸入口・注入ボタンの動きを確かめ、オイルをつける</li> <li>・カメラレンズのくもり止めを塗布し、きれいにする</li> </ul>

表1-6 院内感染

トラブル	事故防止対策
1. 術後創感染 (創部治癒遅延)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・創部の観察(出血、臭い、滲出液、浮腫等)</li> <li>・創部の洗浄(消毒方法 表1-7参照)</li> <li>・術前検査結果の把握(糖尿病の有無等)</li> <li>・栄養状態</li> <li>・バイタルチェック</li> <li>・術後の検査結果の把握(MRSAの有無等)</li> </ul>
2. 二次感染 ○ウイルス感染 ○梅毒	<ul style="list-style-type: none"> <li>・患者の既往歴の把握</li> <li>・感染性の有無の把握</li> <li>・感染症の患者カルテに印をつける</li> <li>・感染者処置時、手袋着用</li> <li>・汚染物の適切な処置(消毒方法 表1-7参照)</li> <li>・二次感染の可能性がある場合は責任者へ報告 ※事故発生マニュアルに準ずる</li> </ul>
3. 針刺し事故	<ul style="list-style-type: none"> <li>・リキャップ時はキャップを手に持たず、片手でくい上げる</li> <li>・点滴静脈内注射施行時は、バットを使用する</li> <li>・針捨て時、専用容器へ入れ、十分に確認する</li> <li>・手術時、術者と介助者のタイミングを合わせる</li> <li>・針刺し時、責任者へ報告 ※事故発生マニュアルに準ずる</li> </ul>

表1-7 消毒方法

	一般菌(MRSA含む)	緑膿菌	真菌	HBVおよびHCV
日常の手洗い	ウエルバス®	ウエルバス	ウエルバス ミルトン® 0.1% 1分以上	ミルトン 0.1% 1分以上
創傷部位	イソジン®原液 ヒビテン®0.05%	イソジン原液 ヒビテン 0.05%	イソジン原液 ヒビテン 0.05%	ミルトン 1%
衣類	5%ヒビテン液 0.1%~0.5% 30分以上  10%オスバン® 0.1% 30分以上	5%ヒビテン液 0.5% 30分以上		ソレゾール® 1時間以上
金属器具	10%オスバン 0.1% 30分以上	5%ヒビテン液 0.5% 30分以上		ソレゾール 1時間以上
ゴム器具		5%ヒビテン液 0.5% 30分以上		ソレゾール 1時間以上
内視鏡	5%ヒビテン液 0.1% 30分以上  10%オスバン 0.1% 30分以上	5%ヒビテン液 0.1% 30分以上		ソレゾール 1時間以上

使用した器具、布、衣類は必ず流水下で洗い流してから、消毒液に浸けること。

## 学術

表1-8 針刺し事故発生マニュアル

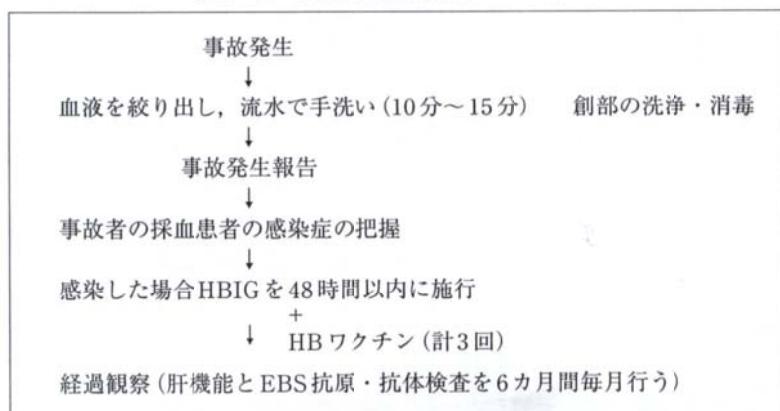


表1-9 与薬事故

トラブル	事故防止対策
1. 処方ミス	<ul style="list-style-type: none"> <li>カルテの確認 同姓同名に注意する 禁忌薬剤の有無(アレルギー, ピリン禁 等)</li> <li>病名と処方内容のチェック 前回処方との相違がないか</li> <li>投与量, 投与方法の確認</li> <li>他の医院での服用薬のチェック 過剰投与, 拮抗, 相互作用→表にして皆の目に付くところに貼っておく(ワーファリン®, 小児用バファリン®等)</li> </ul>
2. 製剤ミス	<ul style="list-style-type: none"> <li>薬剤と処方箋の確認</li> <li>名称, 外觀の類似に注意</li> <li>副作用の把握</li> <li>薬効の把握</li> </ul>
3. 誤配薬	<ul style="list-style-type: none"> <li>与薬準備を正確に 与薬トレイの氏名と薬袋の氏名の確認 与薬量, オーダー変更の確認</li> <li>与薬患者の確認</li> <li>誤飲の注意(手術後, 臥位服用時)</li> <li>服用後の身体異常の訴えに注意する(発疹, 気分不快等)</li> </ul>

であるということを前に、組織として事故につなげない仕組み作りをしていく上で貴重な資料となるものである。

事故の防止に役立つようなレポートにするために当事者の状態(勤務状況、健康状態など)、患者の状況(勤務状況、健康状態など)、患者の置かれていた環境などが浮き彫りになるような工夫を施し、患者の置かれていた環境などが浮き彫りにならるような工夫を施し、事故の状況に対する考察、事故原因の分析、今後の対応策などを書き込むことにした。

おわりに

看護婦は、常に患者の「安全」や「安楽」が最も基本的で重要であると考え、看護を行っている。したがって、多くの看護技術はクリアすべき「基準」があると考へ、看護を行つて実施

表1-10 患者誤認

トラブル	事故防止対策
1.点滴ミス (ボトル交換ミス)	<ul style="list-style-type: none"> <li>オーダーと患者氏名の確認</li> <li>仕事途中の割り込み仕事をせず、できるだけ1人のナースが準備から実施まで行う</li> </ul>
2.採血ミス	<p>※できなかった場合は引き継ぎを円滑にする</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>準備をする人は誰がみてもわかるようにしておくこと</li> <li>受けた人は責任をもって実施すること</li> </ul>
3.同姓同名患者のカルテミス	<ul style="list-style-type: none"> <li>声を出して患者本人であることを確認する(返事をした患者が対象となる患者か確認する)</li> <li>患者の顔、名前、疾患名を覚え、確認の手段とする</li> <li>同姓同名の患者のカルテを、あらかじめわかりやすくチェックしておく</li> </ul>

することになる。

今回、このマニュアルを作成するに当たり、改めて「看護基準」や「看護手順」を看護婦一人ひとりが再認識することになった。そ

れで、基本を守り行動することによって、ほとんどの看護業務の事故防止につながっていくことに気付いた。しかし、日々の忙しさや仕事への慣れによって、この手順を省いたり見逃すことでも、トラブルが発生する。

また、他にも事故の起きた背景には、さまざまな因子が潜んでいることが考えられる。

医療従事者と患者のコミュニケーションの悪さもその中の一つである。患者は医療者の言葉だけでなく、ちょっとした表情、態度、しぐさ、目つきなどに敏

感に反応して不信の念を抱くようになるといわれている。そういうことによつて、思いもよらないトラブルや事故が発生する。

当クリニックでは、まだマニュアルを作成したばかりの状態であり、これから実際に導入していくことになる。今後、トラブルが起

こった場合、「誰がしたのか」という犯人探しをして、それを罰すること

で一件落着、「私には関係ない」という考えは捨てることがま

ず大切である。それぞれが日々の仕事の中で経験したヒヤツとしたこと、ハッとしたことをナースカンファラーンスで出し合い、それを他人事と捉えず、自分にも起こりうることとして受け止める。そして、それがどうして起きたのか、どこに問題があつたのか、どうすれば再発を防止できるのかという原因指向型の考え方をして、その都度マニュアルの見直し・修正を行つてきたいと思う。

リスクマネジメントのポイントは、以下のようにまとめることが

①管理者が事故防止に対する強い意志を全職員に向けて示すこと。

②リスクマネジメントの目的・対象範囲・活動内容を職員に理解しやすい形で明文化すること。

③事故およびインシデントについて、オープンに議論できる風土を形成すること。

④リスクマネジメントに関する組織(専門部署や委員会)を設け、その組織責任者の権限(調査権など)を明確にすること。

⑤リスクマネジメントに関する情報は職員全体で共有すること。

⑥事故防止に関する有用な情報を得ること。

⑦医療の質を向上させるため、院内の他の活動と連携すること。

また、医療施設の管理者には、事故防止に関する理念と事故防止に関するリスクマネジメントの新しい知見を受け入れる柔軟性を持つ上で、事故防止に取り組む強

い意志と実行力が求められているといえよう。