

## 〔第5章〕

# インシデントおよびアクシデント事例

### 警鐘的事例について

セーフティマネジメントの取り組みには、病院や診療所などそれぞれの施設で温度差があることは否めない。トップの意識や施設の風土、いわゆる安全文化の醸成が、積極的に行われようとしているかどうかは、温度差の理由のひとつになると考えられる。個人レベルで考えてみると、安全教育や啓発という意味では、スタッフ個々の意識を統一する努力が、定期的に、継続して行われているかどうか大きなキーポイントになる。例えば「30分患者さんをお待たせした」という事例について、Aスタッフはお待たせした理由によらず事故と捉え報告書を書くが、Bスタッフは事故であるとの認識がなく報告書は出さないとといった事態となる。Bスタッフの職制がAスタッフよりも上位職であった場合はさらに複雑になってくる。部下が事故の尻尾を捕まえ上司に報告したとする。上司にとってそれが報告に値する事故ではないと判断されると、予想されるのはその上司の判断で報告書が提出されないケースが発生するということだ。Bスタッフの部下が黙然としなくても、それ以降同じような事例について報告書が提出されるケースは激減するだろう。安全をマネジメントするうえで「報告する」ことについて同じ視点が持てるかどうかは非常に重要である。「報告する」ことに同じ視点を持つためには、「報告された」事例について同じ視点を持つことで、コミュニケーションが成立するのではないかと考える。質を向上させ安全を担保するためにはコミュニケーションが欠かせないキーワードで、事例報告は同じ視点を持ち報告することの意味を最大限引き出すためのツールであるともいえるだろう。

本章での事例報告は、1999年4月から2004年10月までの5年6か月の間、筆者の施設で報告された599件の報告書<sup>46)</sup>がベースになっているが、日本放射線技術学会学術調査班報告（熊谷班）の第1報～第4報のアンケート結果<sup>42)</sup>も参考にした。なお、昨今大きな問題となっている放射線治療に関しては別章（第8章）で述べる。報告書やアンケートの内容から、インシデント・アクシデントの区別はせず、そのミスによって患者さんに多大な影響を与える可能性のある事例をピックアップし、警鐘的事例として提示していくことを試みた。アンケート事例報告では、リスク事例の内容とその要旨、原因までは述べられているが、その後の患者さんの状態など結果がどうなったかは触れられていない。そこで過去にマスコミなどで報道され結果が記録されている事例なども参考に、警鐘的事例を抜粋して述べていく。単なる事例紹介の羅列で終わることなく、そのエピソードや考察をわかる範囲でできるだけ詳しく述べるように心がけた。少なくとも警鐘的事例に対し、温度差を

できるだけなくすことができれば、セーフティマネジメントを実践するにあたって意義のあることだと考える。

## 1. リスク事例報告

### 1.1 リスク事例報告のベース施設の背景とその概要

まず、リスク事例報告のためのデータ利用施設の概況を述べる。施設は複数の病院グループからなり、放射線科はこれら2病院と1総合外来、1診療所に検査設備を22装置保有し、16名の技師と1名ずつのクラーク・看護師で管理・運営している。放射線科は図5.1に示すように5部門に分かれている。部門別枠内の数字は2003年7月～2004年6月の月平均撮影件数である。勤務体制はAM8:30よりPM5:00までが日勤で、担当制によりPM8:00までの夕診残業が月に1～2回、緊急呼び出しのポケットベル待機が4～5回、翌朝9:00までの当直が月に1～2回である。昼休憩は食事をするだけで終わってしまい、決められた時間を毎日とれるわけではない。また、各部門での検査担当回数の差はあるものの、サテライト部門を含め日替わり完全ローテーション制を採用している。

本施設における放射線診療に関する1999年4月から2004年10月までの5年6か月間で報告された599件の報告書の分類を図5.2に示す。年平均約109件と報告書件数が多いが、「フィルムの枚数を袋へ誤記入した」というものや「バルブが破損して水漏れした」など患者さんに直接影響のないものも1件の報告書としてカウントされている。また、「入院患者の前処置忘れ」など放射線科のスタッフが直接関与していない他部門のエラーについても、放射線科から提出された報告書についてはカウントした。インシデントとアクシデントの関係を図5.3に示す。ここでいうインシデントとは患者さんに対して影響がなかったもので、アクシデントとは待ち時間が延びたことも含めなんらかの影響があったものとする。内側円はインシデント、外側円はアクシデントを示す。特徴として受付ではインシデントのほうが、ポータブル撮影ではアクシデントのほうが約2倍程度多く、そのほかには大きな差は見られない。

### 1.2 研究班報告にみるリスク事例

#### 1) アンケートの概要

アンケート調査の項目を表5.1に示す。全国の大学病院、国立病院、自治体病院、法人病院のなかから636施設を無作為抽出しアンケートを送付した。アンケートの項目は施設を対象としたものと個人を対象としたものに分け、個人対象の調査項目にこれまでに経験したリスク事例、ヒヤリ・ハット事例、患者さんからの事故報告書ともいえる苦情（クレーム）・質問事例を記入していただいた。アンケートの項目は多岐にわたるが、この章で注目するのはリスク事例、ヒヤリ・ハット事例、苦情・質問事例の3項目である。

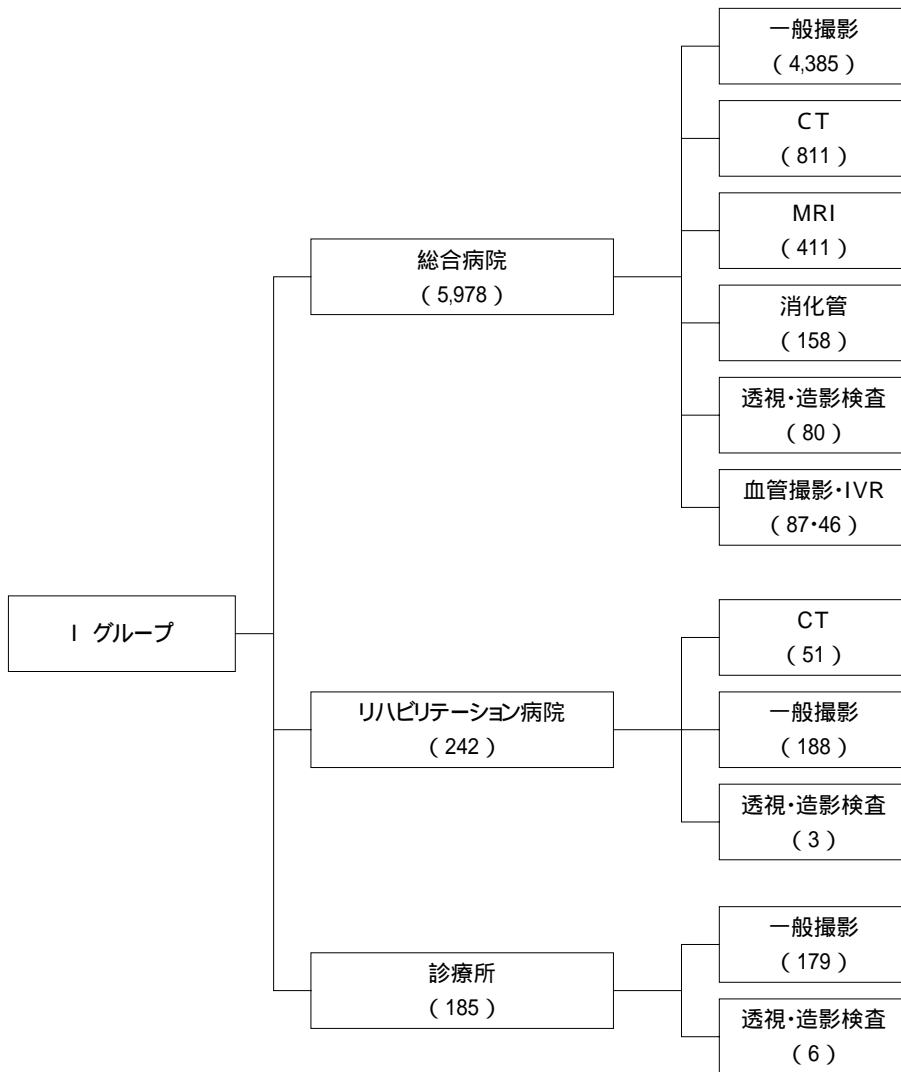


図5.1 放射線科組織図と月平均撮影件数【( )内】

## 2) アンケートの結果

回答のあった344施設は病床数(図5.4)や技師数(図5.5)に特徴は見られず、個人対象調査項目の年齢(図5.6)や経験年数(図5.7)などもさまざまであり、偏ることなく事例報告が収集できている。アンケートのなかから個人対象調査項目に記入があったのは1240名、事例総数は3120件である。総数のなかには表5.1の問6「過去における医療事故事例の経験について」が含まれており、施設が経験した事例では所属している各技師が同じ事例に対し重複して報告している場合もある。

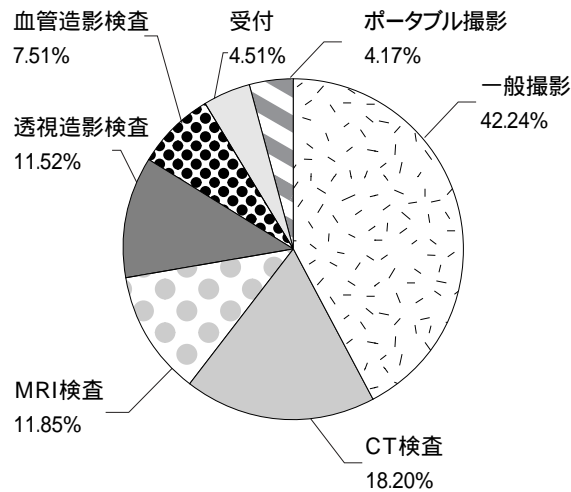


図5.2 モダリティ別事例の割合

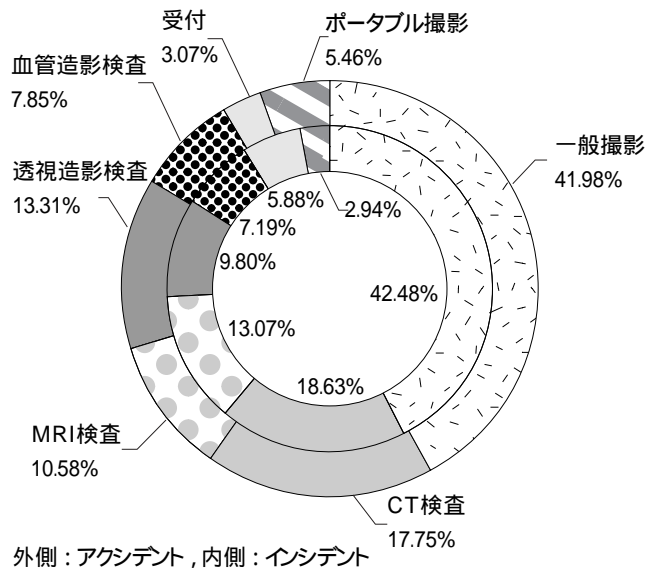


図5.3 モダリティ別インシデント・アクシデントの割合

事例のモダリティ分類の割合と苦情・質問事例のモダリティ別の割合を単回帰分析してみる（図5.8）と相関係数が0.987となり、強い相関があることがわかった。このことからモダリティ分類には特徴はなく、検査件数の多いモダリティが事例も多いことが指摘できる。診療放射線技師が患者さんとかかわるのは検査のときだけであることが原因のひとつと推察できる。これらを踏まえ、対応策は十分考えておかなければならないだろう。