

A病院手術室でのインシデント分析

—手術看護関連エラー 11 分類を使用して—

手術部

○山岡 由美 横山 千春 江元 智恵子

【はじめに】 インシデント発生時は、問題解決を図れるようその都度部署内で検討している。しかし、同じようなインシデントが繰り返される印象を受ける。2004年に日本手術看護学会関東甲信越地区調査研究グループが発表した「手術看護関連エラー 11 分類」を使用し、集計・分析を行い、A病院の手術看護にかかわるインシデントの傾向を知り、インシデントの発生防止に役立てたいと考えた。

【研究方法】

研究デザイン：量的研究

対 象：平成 22 年 1 月～ 12 月に A 病院手術部看護師の報告した A 病院インシデントレポート
データ分析方法：記述統計

倫理的配慮：インシデントレポートから収集するデータは、発生日時や職種は非公表であり、患者個人や看護師が特定されることはない。

【結果・考察】 1 年間に手術部看護師が報告したインシデントは 77 件。手術部配属年数別にみたエラー報告数は、1～2 年目看護師が 28 件 (36.4%) であった。手術看護関連エラー 11 分類で多かった大項目は「術中看護」(33.8%)、「器械・器具」(20.8%)、「入退室の引き継ぎ」(15.6%)、「薬剤」(11.7%) の順で多かった。手術部配属年数とエラー原因をみると、どの年代でも「確認不足」が多かった。他は「連携不適切」「マニュアルの不遵守」「判断の誤り」「思いこみ」「観察不十分」「知識不足」であった。1～2 年目看護師にインシデント報告が多いのは他の文献と同様の結果であり、A 病院だけの特徴とも言えない。エラー項目としては「術中看護」が一番多かったが、私達の業務内容からして矛盾しない。「器械・器具」は不備・故障がインシデントに繋がるという手術室の特徴が現れている。「入室・退室時の引き継ぎ」は、病棟での不備（記録漏れや同意書忘れなど）も手術部が報告している為多いと考える。A 病院ではエラー項目としては他施設に比べて「器械・器具」の占める割合が多い傾向がある。今回、エラー原因は「確認不足」が多かったという結果をふまえ、今後「確認不足」の背景要因の細かい分析を行ない、看護師の知識不足の補強と、危険予知力の強化を図りチームで再発防止に繋げていく必要があると考える。