

平成25年度インシデント・アクシデント報告から講じた医療安全対策事例

病院	領域別	インシデント・アクシデント概要	安全対策
総合	ドレーン・チューブ管理	経鼻胃管入れ替え時に気管内に誤挿入された。	マニュアルを以下のとおり改訂した。 ・経鼻胃管挿入時、送気音だけの確認ではなく、胃内容液を吸引し試験紙でのPH測定を行う。 ・胃内容液が吸引できない場合は、X P撮影を施行する。
総合	処方・与薬	看護師が薬袋の服用開始日の記載に気付かず、その前日にバクタ(週2回)を内服させてしまった。	薬袋に記載される服用開始日の印字を大きく見やすくした。 服用開始日と発行日の混同を避けるため、発行日の印字を追加した。
総合	処方・与薬	2種類の点滴を続けてミキシングした後、点滴ラベルをまとめて貼った。2種類の点滴ラベルが逆に貼られていた。	薬剤部からの注射薬払出し時、Rp毎に箱を分けて払出すことにした。
こころ	患者管理	口頭指示受けに関するマニュアルはあるが、口頭指示書についての用紙が決まっていなかった。口頭指示は少なく事故発生には至っていないが、リスクは高い状況である。	リスクマネジメント委員会で検討し、病棟での口頭指示内容の現状把握をし、指示書を試作し、試行期間を経て、基準委員会へ依頼し、マニュアル修正を行った。 〈指示伝達の原則〉 口頭指示書
こころ	薬剤	クロザリル(治療抵抗性統合失調症治療薬)の過剰与薬。開始時を誤ったため昼が重複与薬となった。	事例要因分析を行い、ダブルチェックの方法・臨時薬処方の処理方法・夜勤明けの看護師の指示受けについて確認を行った。 現状分析後、標準化へ向けた活動を行った。

<p>こころ</p>	<p>施設・設備</p>	<p>外来トイレの非常ブザーが外来看護室につながり、トイレの非常灯が点滅するようになっている。</p> <p>朝、外来正面玄関が7時に開き、患者は外来待合室に入ってくる。トイレに行き、ブザーを押したが、外来看護室には、その時間は職員が不在のため、対応できない。通りかかった職員が、非常灯に気づいた時には、患者はトイレに不在であった。</p>	<p>正面玄関および外来に通じる入口の開扉は8時に統一した。さらに、外来トイレの非常ブザーが守衛室につながるようにした。</p>
<p>こども</p>	<p>栄養管理</p>	<p>ミルクおよび成分栄養は栄養管理室で患者別に調整し、1回分づつを患者に割り付けられた哺乳瓶番号に分注し、配給していたが、患者氏名に明記がないことで番号間違いによる誤投与が発生していた。</p>	<p>番号割り付け配給を廃止。患者氏名、ID、調整内容を表示したシールを瓶に貼付し配給することをシステム化した。ベッドサイドで、医療者、患者家族も氏名を確認が容易に行なえる。</p>
<p>こども</p>	<p>薬剤</p>	<p>検査時等の鎮静目的で使用するラボナール注射薬は5mg/1mLに希釈調整することを基準としている。他者が作成部署以外の検査室等で使用することがあり、他の薬剤と取り間違い誤注入発生の危険がある。</p>	<p>ラボナール注射薬5mg/1mLに希釈調整したときにだけ貼る標準シールを作成した。</p>
<p>こども</p>	<p>薬剤</p>	<p>他小児施設でのバンコマイシン過量投与の出来事を受けて、当院での対策を検討。</p> <p>小児では、年齢や体重により投与量が10mg単位～100mg単位と10倍の差がある事があり作成時の思い込みで投与エラーが発生し易い。</p>	<p>注射オーダー入力時に末梢・中心静脈のルートに投与方法を区別し溶解キット生食とセットオーダー以外は選択できないシステムに改善。計算間違いによる過量投与が発生しても組織への影響が低い濃度に設定。</p>
<p>こども</p>	<p>器機設備</p>	<p>循環器領域で用いる医療ガスに、窒素ガス(N<sub>2</sub>)と調整ガス(N<sub>0</sub>)があります。どちらもボンベ色は灰色。同一色であることから使用時の確認間違いが発生している。</p>	<p>医療ガス納入業者の協力を得て、ボンベが区別できる色別表示の検討をお願いしました。医師が出す指示と同じ表記で大きく「N<sub>0</sub>」とラベルを貼付けてから納入していただくことにしました。</p>