

平成27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	その他	<p>患者のノートから自殺をほのめかす内容が見られたため、対応について話し合っていた矢先、患者が自殺しようとした。右下肢の癌性疼痛が強くしびれがあるため、窓は乗り越えられないと思っていたが、病室の窓の網戸を自分のはさみで破り、窓からベランダに出た模様。幸い、浴室窓にもたれかかり立っていたところを発見。大事には至らなかった。</p>	<p>病室の窓が全開にならないよう、外付けで器具を取り付けた。</p>
総合	処方・与薬、情報伝達過程	<p>造影検査前後のメイロン点滴について、医師より「造影前1時間より180mL/hで開始、造影後60mL/hで6時間継続し中止」とコメントあり（撮影は11:00実施）。ただし点滴ボトルのラベルにコメントの後半が印刷されず、また10:00~11:00のみ点滴する旨他看護師と確認し、メモ書きも貼ってあった為、11:00点滴終了した。13:30検査終了時に造影後も点滴をしなければいけなかったことが発覚した。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・本事例後、ラベルに印字されるコメントが1枚に入りきらない場合は2枚目に印字されるようシステムを変更した。 ・注射箋を確認した時点で、検査後に残りの分を施行する旨についても注意喚起するため、プラカードを作成し、各部署へ配布した。
総合	検査	<p>シクロスポリン血中濃度採血を行う際、時間指定に関係なく採血を行い、検査結果に疑義が生じた。再度取り直しとなった。</p>	<p>検査室の採血管払出時、血中濃度採血が含まれる場合には注意書きの札を入れることとした。またこのことを、ラベル表記の意味の説明と併せて医療安全室ニュースで各部署に周知した。</p>
こころ	患者管理	<p>安全管理対策として持ち込み禁止物品がある。病棟ごとにその物品が異なっているところがあり、患者さんや職員が混乱しやすくインシデントにつながりやすい状況であった。</p>	<p>持ち込み禁止物品について検討し、内容を全病棟で統一化した。</p>

<p>こころ</p>	<p>診療・治療</p>	<p>看護師は面会に来た御家族を、他の同姓の患者さんの御家族と誤ってしまった。他の同姓の患者さんは外泊中だったため、御家族にそのことを説明し帰宅させてしまった。そのため、面会ができなかった。</p>	<p>患者さんの氏名はフルネームで確認するように、院内全職員で2ヶ月間キャンペーンを行い、患者誤認に対する安全意識の向上を図った。</p>
<p>こころ</p>	<p>診療・治療</p>	<p>病棟出入り口のドアなど一部の鍵をオートロックに変更した。しかし、変更していない鍵の施錠を行わないというインシデントが発生した。</p>	<p>ドアを開閉するときは、オートロックに関わらず施錠確認を徹底するように注意喚起を行った。また、院内全職員で2ヶ月間キャンペーンを行い、施錠確認の習慣化を図った。</p>
<p>こども</p>	<p>薬剤</p>	<p>ビリスコピン（ヨード造影剤）を看護師が医師の指示に基づき持続点滴していることに現場から問い合わせがあった。</p>	<p>医師が立ち会わずに投与される注射薬剤について「アナフィラキシーおよびショック等の重篤な副作用のある注射薬剤投与時の注意」を作成</p>
<p>こども</p>	<p>処置</p>	<p>マルク・ルンバール処置検査時のインシデント①物品が不足②前処置忘れ③実施後管理（安静時間・経口摂取）の間違いが発生</p>	<p>TeamSTEPPS のスキル（チェックリスト）を活用して マルク・ルンバール処置検査時のタイムアウトシートと物品準備のセット化</p>
<p>こども</p>	<p>医療機器</p>	<p>PICU 入室中で術後の麻薬鎮静管理中。速度 2mL/h で持続投与中。速度表示が 138.5ml/h であることに気づいた。速度変更を意図していない状況で発生した。 これまでも、数件/年間 発生している。</p>	<p>『シリンジポンプに触れたら速度の再確認』の標語を作成しすべてのシリンジポンプの機器に貼り付けた</p>