

平成29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	薬剤	<p>抗生剤の投薬時間が医師の指示した時間と相違するインシデントが発生した。調査したところ、麻薬・抗生剤の投与については病棟で患者状態を鑑み時間調整していることがわかった。</p>	<p>全病棟で麻薬・抗生剤の投薬時間を統一した。</p>
総 合	その他	<p>退院する患者へ薬を渡し忘れた、ルートを着けたまま患者を退院させてしまった、という退院時に関するインシデントが立て続けに発生した。調査したところ、患者退院時の処理を各病棟個々に対応していることがわかった。</p>	<p>退院時に患者と一緒にチェックする「退院時チェックリスト」、患者毎個別に退院物品を入れる「退院準備 BOX」の運用を全病棟共通で開始した。</p>
こころ	検査	<p>主治医がD-DIMERの検査結果を電子カルテの画面で確認した際、「2.2」のところ「22」と読み取り、再検査のオーダーが出た。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 検査結果画面での小数点の表示を大きくすることにより、読み取り間違い防止の対策を行った。</li> <li>・ 電子カルテのシステム管理者より、改善された内容が具体的にわかるように新旧対照できる表示でスタッフに周知された。</li> </ul>
こころ	デイケア	<p>クラフトプログラムで、縫い針が1本不明となった後、床に落ちているのが発見されたが、どの利用者が使用していた針か特定できなかった。</p>	<p>利用者1人に対し、縫い針1本と針山1つを貸し出すことで使用状況が明確となり、確認が容易となった。</p>
こども	診療材料	<p>＜薬剤の投与経路毎違い未然発見＞ 検査時経口鎮静薬トリクロリールシロップを注射シリンジに準備。経口指示であることを確認していたが、ベッドサイド訪問時に患者の末梢静脈ルートへ接続行動を行なっていることに確認者が気づき未然防止できた。注射用シリンジは経口与薬にも使用していた。</p>	<p>投与経路別にシリンジを色別した。血管（白）・上部消化管（黄）・下部消化管（赤）に院内取り決めをした。</p>

こども	薬剤	<p>＜ケーツーNとKCLを誤認識で準備＞ ケーツーNの投与指示でKCLが準備されていることに確認者が発見。集中治療系病棟ではKCLは院内でハイリスク薬として注意喚起シールで金庫管理している。</p> <p>使用現場ラウンドで管理方法が異なる現状を確認した。</p>	<p>薬剤室からの払い出し時は、1本ずつ小袋収納し「ワンショット禁」シールを貼付した。</p>
-----	----	---	---