

令和6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	検査	<p>抗生剤の血中濃度採血オーダーが点滴投与の前後であったが、投与前に一緒に採血してしまった。</p>	<p>具体的な採血時間を、採血管ラベルに追加記載した。</p> <p>師長会で周知。「医療安全ニュース7号（抗生剤の採血ポイント）」を作成し配布。</p>
総合	薬剤	<p>薬剤師より、定期処方に変更になった為、手渡し返却するよう病棟に連絡があった。</p> <p>担当看護師は、その日に処方された処方薬全てを返却すると思い込み返却した。定期処方ではなかった処方薬まで返却した為、翌朝内服分が不足した。</p>	<p>薬剤部から手渡し返却の依頼があった場合は、薬剤師、看護師共に患者名と薬袋オーダー番号を確認して返却する。</p> <p>師長会で周知。「医療安全ニュース3号」（薬剤師から処方薬の手渡し返却の依頼があったら）を作成し配布。</p>
こころ	検査	<p>入院患者の心電図検査を病棟で実施する際、患者番号をリストバンドのバーコードでスキャンするルールにしていたが、診察券の番号を看護師が手入力している事例があった。</p>	<p>患者番号の入力ミスを防ぐため、バーコードスキャンの再周知と心電計に注意表示をした。</p>
こころ	薬剤	<p>入院中の患者に処方されていた形状の大きい徐放錠を、患者の求めに応じ割って与薬していたことがわかった。</p>	<p>関連する医療安全情報（医療事故等収集事業・PMDA）を全部署に配布。看護師長会議・副看護師長会議で説明を行い、徐放剤の取扱について全看護師へ周知した。</p>

こころ	薬剤	<p>入院患者の処方確認を紙面で行っていたが、処方変更後の誤投与や、患者に薬を渡す際の確認間違いを起こしやすい状況だった。また、患者氏名の確認は患者に名乗ってもらう方法でのみ行っていたため、聞き間違いを起こす可能性があった。</p>	<p>電子カルテ画面で、最新の処方情報を確認する方法に変更した。入院患者にリストバンド装着の協力を改めて行い、内服時に看護師がリストバンドの氏名を読み上げる方法も追加した。</p>
こども	療養上の世話	<p>看護師は患者Aの名字と名前が書かれた食札を確認して食事を配膳車から取りだし「Aさんお食事です」と声をかけながら入室した。</p> <p>看護師が「お名前をお願いします」と声をかけると患者はフルネームで返答したが、看護師は復唱せず食札の名前を確認をしないままオーバーテーブルに食事を置いた。患者Aが自分の名前と違う食事を配膳されていたことに気づき、ナースコールがあった。</p>	<p>患者自身が氏名の確認を一緒に行える場合、患者と一緒に名字と名前を確認するようセーフティーマネージャー委員会で院内周知を図った。</p> <p>「患者確認方法」についてマニュアル内容の周知を改めて行った。</p>
こども	検査	<p>救急外来に患者Aが受診するにあたり、患者Aが来院する前に医師は病棟で検査をオーダーした。</p> <p>救急外来処置室に患者Aが到着した時、検体容器が処置台に準備してあったためその検体を使用した。しかし、その検体は同じ名字の患者Bの物であった。</p> <p>このとき検体認証は実施しなかった。</p>	<p>患者確認方法（名字と名前の確認）について改めて院内周知を図った。セーフティーマネージャー委員会で事例の共有を行った。医療行為の「実施直前」に電子照合する重要性和院内ルールの徹底を職員全体に呼びかけた。</p>
こども	薬剤	<p>手術目的で入院した患者。20時に両親が帰宅する際に両親から「明日、朝食分の持参薬を飲ませてほしい」と依頼された。両親は「当日の夕食分の持参薬はすでに飲ませた」と話された。</p> <p>持参薬についてカルテ上、情報がなく、医師が把握していない持参薬があり、両親によって投与されていた事が発覚した。</p>	<p>入院時、患者家族が持参している内服の有無について、カルテに記載すること、またカルテ内容について確認するよう周知した。</p>