

アクシデントの概要及び再発防止策（令和２年度）

行為別	概要	再発防止策	
		区分	内容
与薬・処方	薬剤の過量投与(1)	手順の徹底	<ul style="list-style-type: none"> ・実施直前の患者確認、与薬の6R(※1)を徹底する。 ・ベア看護師と輸液類の投与方法、時間、投与量のダブルチェックを徹底する。
	薬剤の過量投与(2)	手順の見直し	<ul style="list-style-type: none"> ・Safety news(院内情報ウェブ)でヒューマリンRの半減期を周知する。 ・スライディングスケール(※2)での高血糖時の30分後再検で血糖が高くてもインスリン投与しないことを周知する。 ・糖尿病治療に関する医療安全研修を実施する。
	薬剤の過量投与(3)	手順の徹底	<ul style="list-style-type: none"> ・患者カルテに必要事項を記載して、スタッフ間で情報の共有を図る。 ・患者に手渡すときに、もう一度、内服方法について確認を行う。
	薬剤の過量投与(4)	手順の見直し	<ul style="list-style-type: none"> ・口頭指示マニュアルの遵守を徹底する。 ・指示簿・処方箋の確認を徹底する。 ・インスリン、血糖測定マニュアルを改訂を行い、マニュアル遵守を徹底する。
		その他の改善	<ul style="list-style-type: none"> ・緊急性がない場合以外は、口頭指示を原則受けない。 ・インスリンの投与量・指示は単位(U)で統一する。
	薬剤の過量投与(5)	手順の徹底	<ul style="list-style-type: none"> ・医師の指示に疑問を抱いた時点で、おかしいと思った事は口に出し、医師への確認を徹底する。 ・チーム内での情報共有を徹底する。
		その他の改善	<ul style="list-style-type: none"> ・麻薬の取り扱い、基本知識について、研修会を開催する。
	患者名間違いによる誤投与(1)	手順の徹底	<ul style="list-style-type: none"> ・意思疎通が困難な患者に対して血糖測定、インスリン投与を行う時はリストバンド、ベッドネームの2点で患者を確認し、血糖測定一覧と照合する手順を徹底する。
	患者名間違いによる誤投与(2)	手順の徹底	<ul style="list-style-type: none"> ・内服準備時のダブルチェックを徹底する。(双方向の指さし・声出し確認) ・投与直前の患者確認、与薬の6R(※1)を徹底する。 ・薬ケースの氏名を見やすくするために、蓋に大きく氏名を表記する。また、ケースを開けた際に名前が確認できるように、内側の左右に氏名を表記する。
	患者名間違いによる誤投与(3)	手順の見直し	<ul style="list-style-type: none"> ・RCA分析(根本原因分析)の結果、患者確認の看護師教育、患者教育を行っていく等の業務改善を行う。 ・患者確認については、看護師には毎日声かけを行う。患者には、入院時に氏名の確認を行っているため名乗ってもらうことを説明する。
	患者名間違いによる誤投与(4)	手順の徹底	<ul style="list-style-type: none"> ・患者名確認を徹底する。
		手順の見直し	<ul style="list-style-type: none"> ・薬剤投与直前にポケットチャート(※3)による患者認証を実施する。
	患者名間違いによる誤投与(5)	手順の徹底	<ul style="list-style-type: none"> ・患者名の確認不足があるため、投与直前の患者名確認を徹底する。
	点滴速度設定誤り	手順の徹底	<ul style="list-style-type: none"> ・薬剤投与時は、どんな薬剤であっても10分後に患者の観察と点滴を確認する。 ・他者に依頼する際、投与時間や注意事項など確認してから依頼し、分からないことは確認してから実施するよう周知する。
	日付間違いによる誤投与	手順の徹底	<ul style="list-style-type: none"> ・患者に関わった医療者がそれぞれの立場で確認を徹底する。
手順の見直し		<ul style="list-style-type: none"> ・注射の間隔が3ヶ月以上の薬剤を使用している患者カルテの注意事項欄に薬剤名、実施日を入力し情報共有を行う。 	
その他の改善		<ul style="list-style-type: none"> ・間隔のある薬剤を処方オーダーした場合には、ポップアップ表示により注意喚起し、システム確認を実施する。 	

アクシデントの概要及び再発防止策（令和２年度）

行為別	概要	再発防止策	
		区分	内容
与薬・処方	単位の間違による誤投与	手順の徹底	<ul style="list-style-type: none"> <医師> 前回処方オーダーをコピーせず、確定時には指さし呼称を実施する。 <薬剤科> 薬剤科内のルールを情報共有する。 <看護師> 前日と違う用量、用法等の場合は、医師に確認する。
	投与経路間違い	手順の徹底	<ul style="list-style-type: none"> ・口頭での連絡時には復唱する。 ・オーダー内容、6R(※1)に沿った確認を徹底する。 ・注射オーダー時のコメントに「吸入薬」と記載する。
	与薬忘れ	手順の徹底	<ul style="list-style-type: none"> ・印刷している血糖測定一覧表に、測定時間と測定値を記入し情報共有を図る。
ドレーン等チューブ類の管理	清拭時のドレーン断裂	手順の徹底	<ul style="list-style-type: none"> ・ベッドサイドでの引き継ぎを行い、重要なルートやチューブ類の確認を前勤務者間で行う。 ・患者ケアの実施前後には、ルート及びチューブ類の位置と状態を確認する。
	酸素チューブ接続誤り	手順の見直し	<ul style="list-style-type: none"> ・酸素投与時、加湿はせず延長チューブも使用しないことに統一する。
医療機器の操作	腹膜透析接続チューブの閉め忘れ	手順の徹底	<ul style="list-style-type: none"> ・不慣れな処置を行う場合は、事前打ち合わせを徹底する。 ・正確な手順・マニュアルに沿った処置を実施し、複数名での確認を徹底する。
		その他の改善	<ul style="list-style-type: none"> ・機器取り扱い、腹膜透析チューブ交換の研修会を実施する。 ・マニュアルに不備があり、一部マニュアルを改訂した。
治療・処置	CTレポートの未確認	手順の徹底	<ul style="list-style-type: none"> ・オーダー医師の既読管理を徹底する。 ・2週間ごとに医師事務作業補助者が担当診療科未読レポートの有無をチェックする。 ・最終的に医療安全センターで開封を確認する。
手術	部位の間違い	手順の徹底	<ul style="list-style-type: none"> ・左右の区別が必要な手術では必ずマーキングを実施する。 ・マーキングを行う際には、担当医、看護師等複数名で左右を確認し、画像がある場合においては、画像を参照しながら指さし確認を行う。また、緊急手術に対しても同様に実施する。 ・マーキングがない場合は、手術室への搬入は許可せず、手術室前室にて担当医、看護師、麻酔科医にて部位の確認を行い、マーキングした上で搬入する。
	再手術前の情報共有不足	手順の徹底	<ul style="list-style-type: none"> ・診療科内の情報共有を図るため、毎日、カンファレンスを実施する。
患者管理	患者取り違え(1)	手順の徹底	<ul style="list-style-type: none"> ・浣腸、坐薬など病棟配置薬を使用する際は指示簿を確認し、配置薬に患者名を記載する。 ・実施直前の患者名確認を徹底する。
	患者取り違え(2)	手順の徹底	<ul style="list-style-type: none"> ・投与直前の患者確認、与薬の6R(※1)を徹底する。
	透析時の施行内容誤り	手順の徹底	<ul style="list-style-type: none"> ・医師の指示を記録してもらうこと、スタッフ間のコミュニケーションを図ることにより、確認の徹底を周知した。
		その他の改善	<ul style="list-style-type: none"> ・透析室の記録類を整理する。
	骨接合術後の観察不足	手順の徹底	<ul style="list-style-type: none"> ・整形外科医師・理学療法士による看護師・看護補助者への勉強会を実施する。 ・医師の指示以外ではクッションや下肢架台を原則使用しない。 ・事前及び事後の患者・家族への十分な説明に努める。

アクシデントの概要及び再発防止策（令和２年度）

行為別	概要	再発防止策	
		区分	内容
指示	指示の見落とし	手順の徹底	<ul style="list-style-type: none"> ・ 指示簿での確認を徹底するように院内に周知する。 ・ 疑問に思うことがあればペア看護師で声を掛け合える環境作りを依頼する。 ・ 指示簿への記載内容について部署内で統一した。
転倒・転落 ・怪我	MRI検査時の転落	手順の見直し	<ul style="list-style-type: none"> ・ 放射線技師は患者が鎮静されていても、全例に安全ベルトを装着する。 ・ 医師、看護師は患者が検査台に移乗し、安全ベルト装着を含めた周囲の安全を確認した後に退室する。
	通路歩行時の転倒による打撲	手順の見直し	<ul style="list-style-type: none"> ・ 共有スペースに、患者が使用している物は置かず、整理整頓する。 ・ 患者情報の共有を部署内で図るとともに、良好なコミュニケーションを積極的にとるように指導した。
放射線	造影CT施行前検査の未確認	手順の徹底	<ul style="list-style-type: none"> ・ 検査までにオーダ医師、担当看護師および放射線技師が血中クレアチニン値のチェックを徹底する。

(※1)「6R」：正しい患者、正しい薬剤、正しい目的、正しい用量、正しい用法、正しい時間

(※2)「スライディングスケール」：インスリン投与前に測定する血糖値に基づき、インスリン投与量を調節する方法

(※3)「ポケットチャート」：電子カルテ情報を閲覧し、患者認証を可能とするモバイル端末