

表1 インシデントレポート集計

H. 14. 12. 14

診療科別				部署別				
	5月	6月	7月	8月	9月	10月	合計	11月
	20	16	15	11	8	13		
	6	13	15	6	4	3		
	2	2	15	6	1	3		
	15	1	11	7	4	7		
	2	3	7	10	3	12		
	6	5	4	11	4	2		
	6	13	22	6	6	10		
	9		4	3	4	6		
	4	7	5	13	4	11		
	6	7	2	6	3	5		
	6	6	10	13	8	12		
第二外科	22	16	26	24	20	28	136	32
	21	16	37	10	2	6		
	5	4	5	7	10	9		
	4	7	5	3	4	12		
	4	9	8	8	4	1		
	4	8	5	8	7	6		
	7	9	21	20	8	24		
	12		14	5	6	6		
		9	11	5	2	4		
						6		
	2	4	1	7	16	11		
				3	1	5		
				10	11	15		
				1	3	2		
	1					1		
	2	7	12					
				1		2		
			1					
(空欄)		3		22	65	331		
						1		
					1			
					1			
合計	166	165	256	226	210	256	1279	

2. インシデントレポート数について (表1)

今年度の安全管理部集計より一部抜粋したもので、8月から集計区分が診療科別から部署別に変更されている。報告数では、毎月1位または2位と多く、総数の約10%を占めている。ご承知と思うが、第2外科が他部署に比べ発生数が多いとい

うことではない。事例件数として見ると、数値は示していないが、11月ではレポート数32に対し24件であり、10月には28に対し18と、約70%になる。即ち1事例に対して発見者、当事者など複数の報告がなされているということである。事例を分析する上で、どのような状況で起こったのか、事実関係を確認する為にも多方面からの情報

表2 インシデントの種類

H. 14. 12. 14

		8月	9月	10月	11月	計
A. 転倒・転落			2	2	1	5
B. 食事		1		1	1	3
C. 熱傷・褥創・神経麻痺・関節拘縮		1				1
D. 無断離院・外出(泊)		1				1
E. 自殺・自傷						0
F. 注射	1. 用法の間違い					0
	2. 注入速度の間違い(ポンプは除く)					0
	3. 薬品名の間違い	4		1		5
	4. 使用料の間違い(同種の規格間違いも含む)	1	1		5	7
	5. 未実施・重複実施		1			1
	6. ライン管理の不備		3	2	5	10
	7. ポンプ管理の不備	2	1			3
	8. 注射薬品以外の不備					0
	9. 患者間違い					0
	10. 麻薬管理不備					0
	11. その他		3	4	1	8
	計		7	9	7	11
G. 与薬 (内服薬・外用薬)	1. 用法の間違い				2	2
	2. 用量の間違い	2			1	3
	3. 薬品の間違い				1	1
	4. 未投与・重複実施	7	6	4	4	21
	5. 患者間違い					0
	6. 自己管理上の間違い	1		3		4
	7. 麻薬管理不備					0
	8. その他		1	1	3	5
	計		10	7	8	11
H. 検査・処置		1	1	2	6	10
I. チューブ類(注射以外)		3	1	7	2	13
J. 機械・器具(ポンプ以外)						0
K. 輸血						0
L. 患者の観察情報伝達(記録も含む)						0
M. 患者・家族への対応・接遇						0
N. 説明(インフォームドコンセント)						0
O. 手術						0
P. その他				1		1
計		24	20	23	32	104

が必要である。その意味で報告の重要性が確認されており、レポートを書くこと、報告するという風土はできているといえる。

3. インシデントの種類と内容について(表2)

多いものを見ると、注射ではライン管理の不備

(術後の自己抜去)、使用量、薬品名の間違い、与薬では未投与が最も多く、例としては、ケースに入れて配薬したが飲み残し、飲み忘れたなどである。チューブ類は(Epiチューブ)、検査・処置では血糖チェック忘れが多く見られた。輸液ポンプの使用頻度が高い割にインシデント事例が少ないのは、操作に関しては注意が払われていた事、習



図1 第二外科ナースルーム注射薬収納棚

熟していた事などが考えられる。

当科は外科であり、注射が多いのは当然であるが、内服も非常に多く、術前、術後の指示の変更など、複雑な業務に対して与薬を専門に行う係を設けているが、それだけで防止することはかなり難しいのが現状である。

レベルについては、資料として示していないが、60%がレベル1、20%が2、3aは10%、0が7%であり、患者様からの申し出により未然に防ぐことができた例から、説明を充分に行い、患者様に参加して頂くことも対策として有用と考える。

10月、11月が多くなっているのは、この時期に緊急入院や手術件数が多く、重症度、看護度が高くなっており、また、看護師の病休や急な休みが重なり非常に忙しい状態が続いていたことが影響していると思われる。安全確保のためにはマンパワー確保も重要である。

4. 安全管理への取り組み

看護部では、今年度から各部署に安全管理委員会の活動を推進する役割を担うものとして、安全管理担当者（副看護師長）が配置された。当科では、それ以前から副看護師長とスタッフ2名が安全係として事例分析や対策を検討し、毎月の相談

会で伝達している。しかし、時間の経過と共に記憶が薄れてしまい、あまり効果的とはいえない。また、提出されたレポートの中で、特に注意が必要と思われる事例については、朝の申し送り時に師長が報告しているが、いずれにしても、タイムリーで効果的なフィードバックの方法を検討することが必要である。事例の分析方法については、現在安全管理委員会で研修を計画中であり、今後の事例検討に活用することを考えている。

5. 安全対策の具体例について

1) 指示の出し方、受け方について

共通指示票の使用に際して、医師、看護師のワーキンググループで様式、書き方、出し方、受け方などのマニュアルを作成した。今年度は、使用後の評価を基に検討し、改訂版を作成した。また、内服指示について、転記による間違いを無くす方向で、手書きの指示から処方箋控えまたは、ハードコピーを指示票とするように改善した。

指示に関しては、医師、看護師の合意が必須であり、今後も協力し合い、改訂版使用後の評価を含め検討していきたいと考えている。

2) トレイと収納の工夫

当科では注射薬の一本渡しもミキシングも行わ

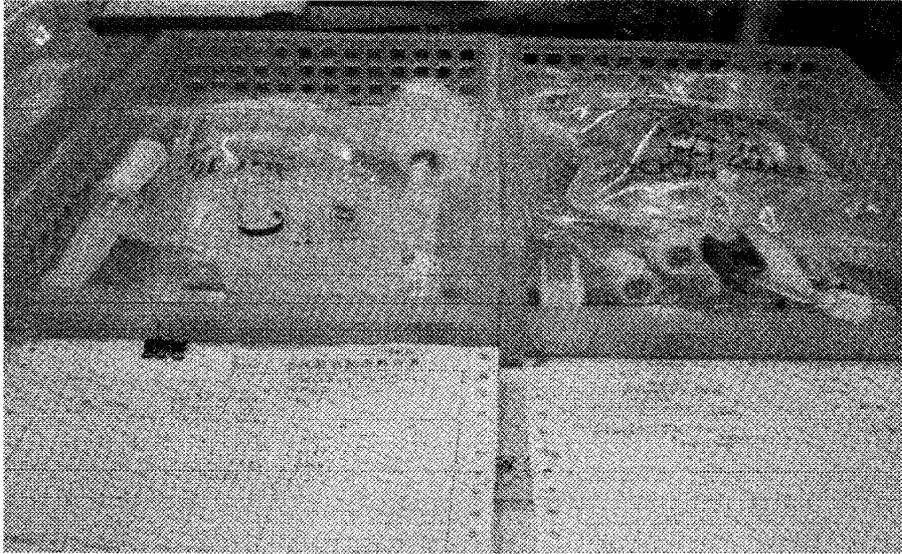


図2 患者別注射薬トレイ (準備)

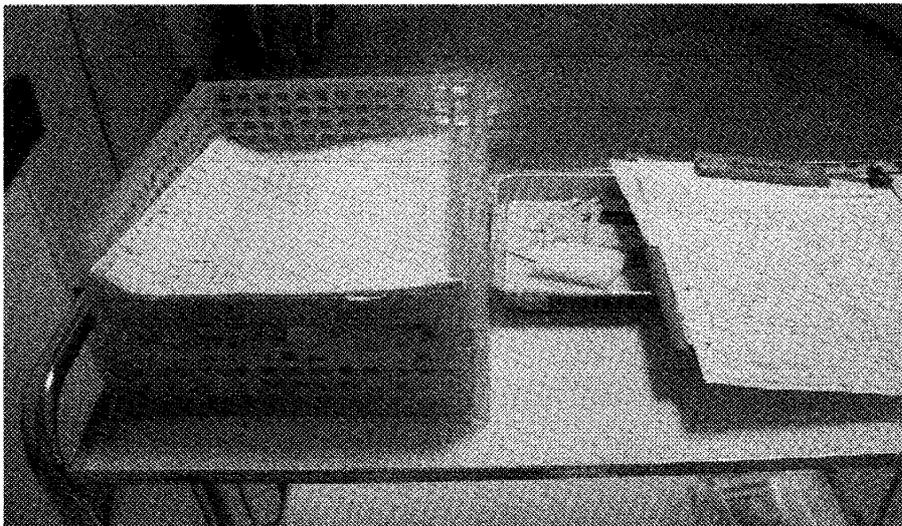


図3 患者別注射薬トレイ (実施)

れていない現状である。また、当科のナースルームは、院内で最も狭いと思われ、その為、極力ストックを少なく、物品整理に努めてきた。安全管理マニュアルでも、注射薬は個人別のトレイに入れることとされている。そこで、他施設の情報を参考に、大きさや材質、コストなどを考慮し、写真のようなトレイとアンプルケースを使用してみた。

図1 棚の狭いスペースにコンパクトに収納できるように工夫した。

図2 準備されたトレイの内容と注射箋を照合し、調合する段階である。

図3 調合された薬剤と注射箋を、ベッドサイドで照合確認し実施する。

今後は、これまでの取り組みに対する評価を行い、再発防止につながる活動計画についてさらに検討を進めていきたい。

司会(高橋) ありがとうございます。只今の時点で一人か二人、質問の方ございませんか。ないようでしたら、3番目に手術部の堀田副部長の方からご講演いただきます。堀田先生よろしくお願ひします。