

区分	概要（代表例）	改善策
薬 剤	<p>－インスリン誤投与－</p> <p>糖尿病で、毎食前に血糖測定をしていた。昼食時は血糖測定だけの指示であったが、血糖値が高かったため、夕食時の指示であるインスリンを投与した。その後、低血糖症状が出現したため、50%ブドウ糖20mLを投与し、血糖値が改善した。</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 投与準備は、原則ダブルチェックで確認する。 2. 投与時、ベットサイドで電子カルテの指示を、再度指先呼称で確認する。
	<p>－麻薬の過剰投与－</p> <p>オキシコンチン10mg（朝夕1錠/日）投与からフェントステープ1mg（朝1回/日）貼付に変更指示がでていた。看護師は、本来は夕から中止であったオキシコンチンを翌日中止と思い込み、夕方も服用させてしまった。患者のバイタルサインや意識レベル等の変化は見られなかった。</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 麻薬の指示変更は、ダブルチェックで確認し、ペインフローシート（疼痛管理シート）に記録することとした。 2. 医師の指示出し、看護師の指示受けは、復唱で確認することを徹底した。
治療・処置	<p>－手術－</p> <p>腹腔鏡手術時に、上肢を90度外側挙上させた肢位で体位固定を行った。手術中に、さらに外側挙上させるよう医師から指示があったため、麻酔科医と共に肢位を確認・固定し直した。手術後、患者が上肢の痺れと痛みを訴えたので、翌日、整形外科を受診し、リハビリが必要となった。その後、症状は消失した。</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 体位固定は、良肢位に固定することを周知した。 2. 術中肢位と点滴ラインの確認マニュアルを作成する。
チューブ管理	<p>－輸液ラインの接続－</p> <p>昇圧剤を使用している患者のモニターアラームが鳴り、血圧が低下したため、昇圧剤の流量をアップした。再度アラームが鳴ったため、輸液ルートを確認すると、布団の中で接続部が緩み、輸液や血液の漏れがみられた。その後の処置にて状態は安定した。</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. ルート確認手順を遵守する。 2. 微量シリンジポンプや輸液ポンプのチェックリストに、ルート確認手順を追加した。 3. 輸液セットを、接続部で外れない一体型の器材に変更した。
	<p>－尿道カテーテルの抜去－</p> <p>複数科が関連した術後患者の回診時、主治医から尿道カテーテル抜去の指示があり、対応した看護師は担当看護師に確認せず抜去した。担当看護師に抜去を報告した際、他科医師からの指示では、尿道カテーテルは抜去しない方針であったことが判明した。その後、尿道カテーテルの再挿入は行わず、様子観察となった。</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 医師の指示は、医師、看護師とも電子カルテに記載することを徹底した。 2. 患者処置の指示受けは、単独で判断せず、原則担当看護師に確認する。
医療機器	<p>－経腸栄養時の低血糖－</p> <p>経腸栄養ポンプを使用して、24時間持続して経腸栄養を実施していた。新しい栄養剤のバックに交換してから6時間後に、定期指示の血糖測定時に患者は低血糖を起こした。50%ブドウ糖20mLを投与したことで血糖値は改善したが、その後、予定量の注入ができていないことが判明した。ルートを確認すると2箇所あるクレンメの1箇所を開放していなかった。</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 観察時間毎、確認チェックのため栄養剤のバックにマーキングし、注入量を可視化できるように変更した。 2. 計測時、ルート確認手順の遵守を徹底した。 3. 平成28年度からクレンメが1箇所の経腸栄養セットを導入した。
検 査	<p>－検査値の報告遅延－</p> <p>経皮ビリルビン測定（黄疸の簡易検査）時におけるマニュアルを遵守できていなかったため、新生児の経皮ビリルビン高値を医師に報告できていなかった。そのため、採血によるビリルビン測定が遅れ、光線療法の治療に当たるまで時間を要した。その後の治療経過は問題なかった。</p>	<p>経皮ビリルビン測定値の結果確認は、ダブルチェックによる確認に変更した。</p>
	<p>－造影剤の血管外漏出－</p> <p>他院から紹介された患者の造影CT撮影の際、すでに頸部に挿入されている輸液ルートを使用した。造影剤が注入された時に最大圧力が通常より上昇し、造影剤の漏出で頸部が腫張した。CTは単純撮影に変更となり、撮り直しが必要となった。</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 紹介時にすでに留置されている穿刺針は、太さが不明のため、造影CT撮影を行う際は、原則差し替えを行うこととした。 2. 頸部ルートからの造影剤撮影は、原則行わないこととした。
療養上の場面	<p>－患者観察－</p> <p>尿閉を合併する患者が退院する際、担当者は医師に確認せず尿道カテーテルを退院直前に抜去した。自尿確認せずに退院させたところ、退院当日夜から患者は発熱、翌日外来受診で尿路感染症と診断され、再度入院となった。</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 尿道カテーテルの抜去は、医師指示で行うことを周知した。 2. 尿道カテーテル抜去後、入院中に自尿確認を行うことをマニュアルに追加した。

アクシデント事象別70件のうち、過失があるものは31件であり、うち代表例が上記内容です。

区 分	概 要 (代表例)	改 善 策
薬 剤	<p>－調剤－</p> <p>自動分包機の薬品補充時に、ミヤBMを誤り、マグミットを分包した。入院患者3名、外来患者3名に間違えて調剤し、1名は、下痢が続いた。</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 分包機に薬品を補充する場合には、2名での指差呼称をすることとした。 2. 在庫棚の位置を変えて保管することとした。 3. 分包機の収納棚の並びを別にした。 4. 分包機のケースに臓器のイラスト等を貼り付けた。
	<p>－針刺し－</p> <p>事務職員が、詰所内の医療用廃棄メディペールの付近を清掃した際、インスリン用の針と気づかず針刺しした。</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. インスリンの針は、携帯用針捨てボックスに捨てることとした。 2. 詰所内の清掃は医療従事者が行うこととした。 3. 医療用廃棄物の取り扱いについて事務職員にも説明して情報を共有することとした。

アクシデント事象別21件のうち、過失があるものは6件であり、うち代表例が上記内容です。