

事例参照のススメ！8月の報告事例より

*8月の総報告件数

・2017年8/1～8/31の総報告件数は79件、一時保存のまま当事者に確定されていない状態の事例報告が21件、確定はされているが所属長が未承認のため医療安全管理室でコメント入力出来ない事例報告が19件あります。Lv3b以上のアクシデントに分類される報告は0件でした。

・以下の表は8月の時間帯×曜日別報告事例件数を示したものです。今月の報告では、木曜日の12～19時までの事例報告が比較的多くされています。業務の集中？など要因はあるのでしょうか？

	月曜	火曜	水曜	木曜	金曜	土曜	日曜	合計
0～1時台	0	1	0	0	0	0	1	2
2～3時台	1	0	0	0	1	0	0	2
4～5時台	0	0	0	1	1	0	0	2
6～7時台	0	0	1	1	0	1	0	3
8～9時台	0	1	2	0	3	3	0	9
10～11時台	1	0	2	0	2	2	0	7
12～13時台	0	1	1	4	0	0	1	7
14～15時台	0	0	0	2	1	0	0	3
16～17時台	1	2	1	5	2	0	1	12
18～19時台	2	1	2	2	0	0	0	7
20～21時台	0	1	1	0	2	1	0	5
22～23時台	0	0	1	0	1	0	1	3
合計	5	7	11	15	13	7	4	62

時間帯×曜日別

2017/8/1～8/31 一時保存は除く



なるほど！そんな事例もあったのか！？

事例参照のご活用よろしくお願いたします。

2017/9/6

医真会八尾総合病院 医療安全管理室

● 現在参照（閲覧）可能事例は 799 事例あります

1. 「フォルダ 900 インシデントアクシデント」の「030 事例参照」をクリックしていただくと、職員 ID とパスワードで閲覧できるようになっています。是非ご確認ください。
2. 閲覧可能事例は生の状態ではなく、医療安全管理室スタッフ、少なくとも 2 名以上で全事例をチェックし、個人名や不適切表現は削除、訂正しています。その際オリジナルはどこを修正したか、修正日、修正者を明記し保存しています。
3. 同様な事例を防ぐ為、ハインリッヒの法則からも過去事例を全職員で情報共有し、安全な環境を醸成して参りましょう！ 以下事例は、文言などできるだけ報告のままとし、どれも、重大な結果に繋がっていませんが、そうになっていた可能性は否定できません。

● 事例 1: 移乗時にルートが抜けた

概要：ストレッチャーから移乗するときルートが抜けてしまった。

原因：ストレッチャーの柵とベッドのすき間に三方活栓が挟まっているのを見落とした。

再発防止策：目視したうえ、全てのルートを確認する。

コメント：移乗時の安全確認は、「誰かがしてくれるだろう」ではなく、誰が何を確認しているか、各々で責任を持つ。「ルートよし！」など声かけと移乗に関わっている全員で「ルートよし！」などと再確認するくらい、慎重に移乗させるという共通認識を持つ。

移乗する場面（各検査室、透析室、手術室、病室など）では、例えルートがなくても、身体と他の何かと接触しケガなどしないか？ 上述のような注意と確認が必要です。

● 事例 2: 高カロリー輸液関連（2 事例）エルネオパ NF 輸液

概要：①追加指示があり 120mL（通常は 83mL；添付文書）の速度で投与した。

原因：①医師は直前に入れていたハルトマンが接続されていると思っており「ハルトマン輸液 500mL1 本 現在の点滴を 120mL で投与し、続きでこの点滴を開始」という内容であった（原文ママ）。薬剤、病態の把握不十分。

概要：②CV 挿入前に末梢から投与した。

原因：②処置予定把握不足、ルートの確認不足。薬剤、病態の把握不十分。

再発防止策：①②とも、誤薬（投与）を防ぐ 6R①正しい患者（Right Patient）：ID タグ・フルネーム・生年月日で確認②正しい薬剤（Right Drug）薬剤名・規格③正しい量（Right Dose）mL、mg、単位など④正しい経路（Right Route）末梢・中心静脈などのライン⑤正しい時間（Right Time）日付・時間⑥正しい目的（Right Purpose）何のために薬剤を使用するのか？「現在の」ではなく薬剤名、明確な指示も必要。

コメント：6R を順番や分担してチェックする、など状況に応じた工夫も有用です。あれ？と少しでも思ったとき、念のために医師、スタッフ（同僚・他職種）、正書、マニュアルなど、一旦立ち止まって再確認する事は、多くのエラーを防止できる可能性があります。

● 事例 3: 患者誤認 採血間違い

概要：採血指示のない個室の患者に採血をした。

原因：採血前にリストバンド・ラベルの確認を怠った。採血が必要な患者は前までその個室にいた。個室で同じ性別だったので同一人物と思い込んだ。

再発防止策：リストバンド・ラベルの照合、患者に名乗ってもらうなど患者確認の実践。

コメント：思い込みは防げません。再発防止策が自然と出来るよう会得しましょう！