

# 当院における医療事故防止 対策の取り組み

渡部敦子 増田慶子 西連地康  
諸見里仁 大山恵子 大山博司

# 目的

当院では、中央管理システムにより業務を行っている。インシデントレポート収集ソフト「どっきり！ひやり」を利用し収集したインシデントをリスクマネジメントサイクルに載せることにより医療事故防止に活用している。当院における医療事故防止対策の取り組みを報告する。

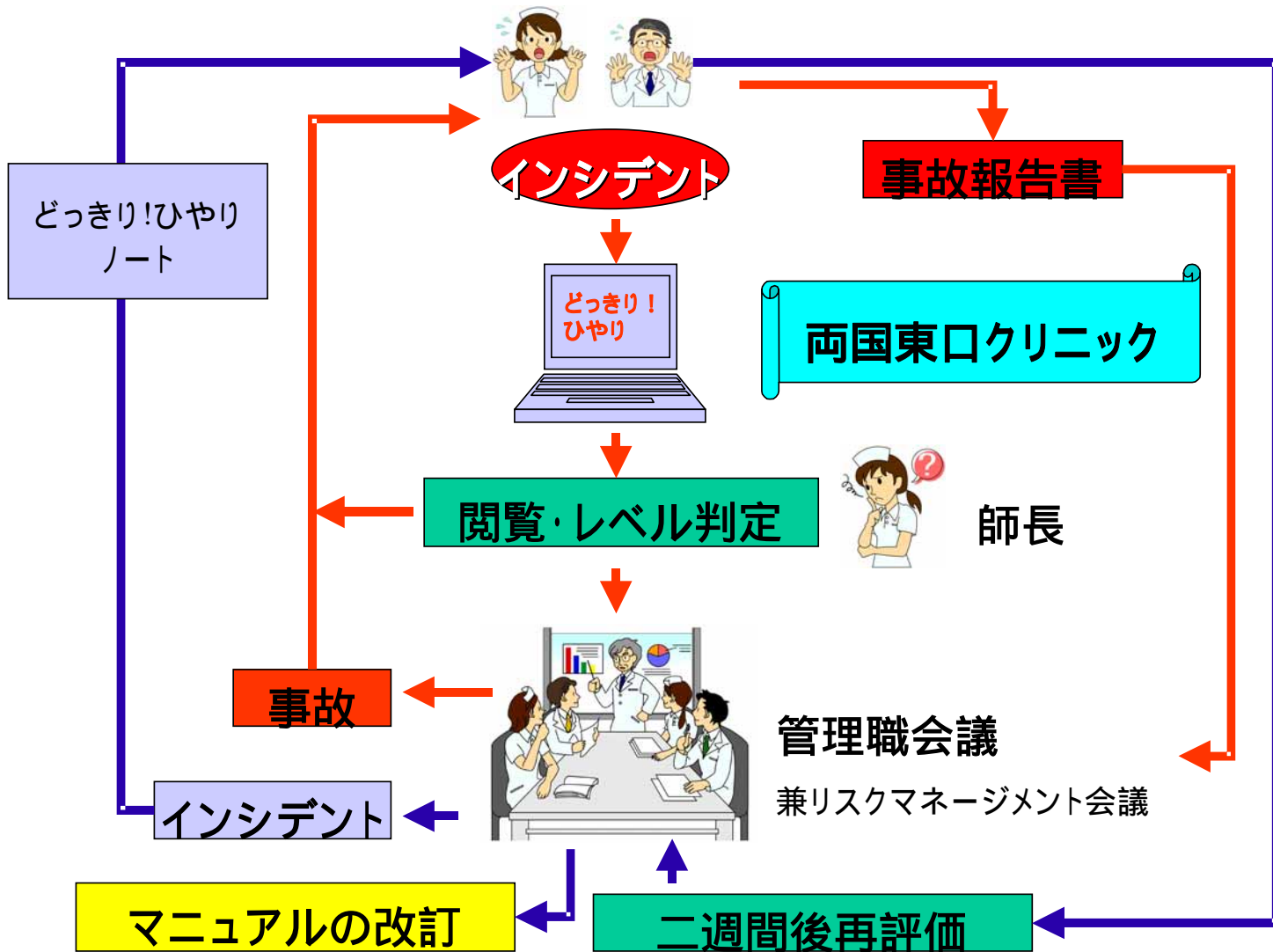
# 方法

インシデント後「どっきり！ひやり」に入力、師長が閲覧、レベル判定を行う。週1回の委員会にて報告、検討、対策立案し実行。「どっきり！ひやり」ノートにてスタッフへ回覧し組織全体における業務改善の統一を図る。対策の効果を再評価し再度対策を立てる。有効な改善策は、業務マニュアルの改訂に繋げる。

# 結果

収集したインシデントレポートを迅速にリスクマネジメントサイクルに載せ、適切にフィードバックする事により医療事故対策が有効となると共に、インシデント入力的重要性、リスクマネジメントに対しての意識付けがなされ、業務の質をさらに向上することができたと考える。

# 当院におけるインシデントレポートの活用



# 血液透析 外来 訪問診療






透析ベッド数22床

- 透析患者数 95名
- 外来患者数 80名/日
- 常勤医師3名
- 看護師10名
- 臨床工学技師5名
- 検査技師、管理栄養士2名
- 事務5名
- ヘルパー2名

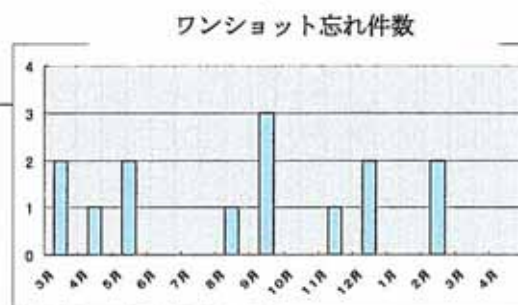
	月・水・金 (3クール)			火・木・土 (2クール)	
患者 人数	19人	10人	22人	22人	22人
スタッ フ数	6名		5名	5名	5名

スタッフ数: 穿刺, 回収ができる人数






## インシデント対策 事例1 (ワンショット忘れ)

				
<p>H18年3月14日 3月28日</p> <p>・透析開始時の抗凝固剤ワンショット忘れ Wチェックにて30分後に気付く</p>	<p>H18年3月28日</p> <p>穿刺後、10分以内に技師が、チェックリストにて必要な事柄が実施されているかを確認</p>	<p>H18年4月20日</p> <p>穿刺後10分以内の確認は、穿刺状況により不可能なことあり。Wチェックの確認、発生時より20分以上経過している。 ・抗凝固剤ワンショット忘れの対策が必要</p>	<p>H18年5月19日</p> <p>抗凝固剤ラインのペアンを赤色に変更し、ワンショット施行後は、架台の手前に掛けるように徹底。</p>	<p>H18年7月11日</p> <p>ワンショット忘れが減り、赤色ペアンにて目視し易い。</p>
<p>H18年9月1日 9月4日 9月7日</p> <p>・透析開始時の抗凝固剤ワンショット忘れ 抗凝固剤が準備されていなかった</p>	<p>プライミング時、赤色ペアンを目視し易い位置におく。 プライミングしたスタッフは生食パック左側にサイン。カブラを装着したスタッフは生食パック右側にサイン。</p>	<p>インシデント内容と対策が報告されて、承認・実施が決定</p>	<p>H19年1月9日</p> <p>一ヶ月に1件のペースでワンショット忘れがあるが、目視し易いため穿刺時に他スタッフにて発見。対策が業務マニュアル化され、一連の行動として実施されている。</p>	

H18年3月～H19年4月  
どっきり！ひやり件数272件



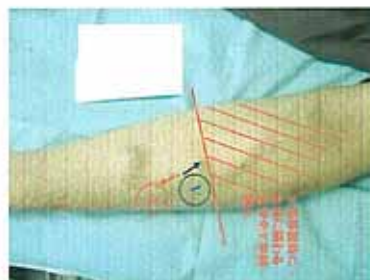
## インシデント対策 事例2

				
<p>H18年7月11日 タイマーをかけ忘れ、10%NaClが投与されなかった。</p> <p>H18年7月28日 フェジン初回投与にて、終了30分前投与予定がタイマーかけ忘れにて終了時投与となる。</p>	<p>H18年8月3日 透析開始時、経過表を確認しサインする事。バイタルサインチェック後、処置表を確認し毎回サインする。</p>	<p>インシデント内容と対策が報告されて、承認・実施が決定</p>		<p>H18年9月7日 同様のどっきり！ひやり以前よりは少ないが時々あり、上記対策、継続が必要。</p>
<p>H19年3月5日 体重増多く臨時透析の指示あり。1時間ECUM後、透析の予定であったが、1時間後のタイマーを、血圧測定と判断し透析に切り替えなかった。</p>	<p>H19年3月7日 処置表（実施項目チェックリスト）を確認しサイン継続に加え、バイタルサインチェック後、全スタッフが集まり情報を共有する。</p>	<p>インシデント内容と対策が報告されて、承認・実施が決定</p>		<p>H19年4月9日 情報が共有でき易い体制となる。（血圧低下にて液温を何度かに下げている。ヒシセオールを80cc/hにアップ。回診時の指示、全員が通達できる。） 上記対策、業務マニュアル化し継続する。</p>



### インシデント対策 事例3 (穿刺ミス)

 <p>インシデント</p>	 <p>対策</p>	 <p>検討</p>	 <p>対策</p>	 <p>評価</p>
<p>H18年10月31日 穿刺禁止部位に穿刺をした。</p>	<p>穿刺禁止部位を厚紙に書き、札を穿刺前に各患者様のオーバーテーブルに配布。(該当患者4名様)</p>	<p>インシデント内容と対策が報告されて、承認・実施が決定</p>		<p>同様のインシデントなし</p>
<p>H19年1月25日 穿刺禁止部位の札が置いてあったが、禁止部位に穿刺してしまった。</p>	<p>同日 連絡帳に穿刺禁止の理由を記入。 シャント部位をデジカメで撮り、穿刺禁止の理由、部位を記入、パウチする。穿刺前にオーバーテーブルに配布(該当患者7名様)</p>	<p>インシデント内容と対策が報告されて、承認・実施が決定</p>		<p>H19年4月1日 1月25日以降、同様のインシデントなし 今後PTA施行患者様、グラフト使用患者様も同様にデジカメにて撮り注意事項を記入し穿刺前に配布</p>



裏面

……様

将来的に中樞側へ再建術する見込みの為、指定部位への穿刺をする

