


都立病院におけるインシデント・  
アクシデント・レポート集計結果

平成26年4月～平成27年3月

 東京都病院経営本部サービス推進部

## インシデント・アクシデント・レポートの集計結果について

病院経営本部では、より有効な医療事故防止対策に資するため、平成12年7月に全都立病院が統一したインシデント・アクシデント・レポート(以下、「レポート」という。)の様式を使用することとし、同年8月からこのレポートによる報告を行ってきた。その後、様式については、適宜変更を加え、現在、レポートの報告及び集計についてシステム化を行っている。

今回、平成26年4月1日から平成27年3月31日までの一年間に、全都立病院で報告されたレポートの集計結果をとりまとめたので報告する。

各都立病院では、幅広い潜在的リスクの把握を重視し、気づいたことやリスクが存在すると考えた出来事などは、どんなに些細なことでも積極的にレポートとして提出するよう職員に指導している。レポートには、その性格上、職員個々人の主観的要素が含まれており、情報としては未成熟なものである。このため、レポートのみからは正確な事実の分析や評価は困難であり、正確な発生状況の把握は、関係者複数の情報を集約分析して初めて可能となるものである。しかしながら、レポート情報の集計により、都立病院全体の潜在的リスク傾向を把握することは、全都立病院に共通する効果的な事故予防対策の企画・立案を行う上で、有効な手法であると考えられる。

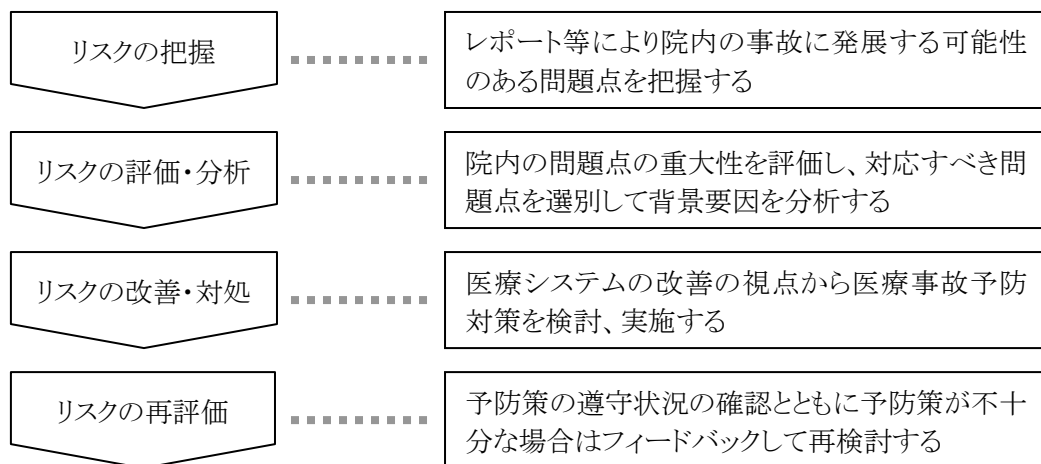
そこで、レポートの集計に当たっては、これまでと同様に、レポートをインシデントとアクシデントに区別することなく集計した。また、集計方法も、前回までの集計との比較を容易にするため、これまでと同様の手法に基づいている。

### 1 レポート制度の目的

レポートの収集・分析を通じて、医療事故につながる可能性のある潜在的なリスクを把握し、医療事故の発生を未然に防止することを目的としている。

#### 【リスクマネジメントのプロセス】

#### 【都立病院における医療事故予防活動】



## 2 インシデント及びアクシデントの定義

インシデント等の定義は必ずしも明確に定められていないが、本集計においては、インシデント及びアクシデントを以下のように定義して用いる。

「インシデント」： 日常診療の場で「ヒヤリ」「ハッ」としたが、実施する前に気づいたもの、何ら影響がなく患者に変化がないもの、何らかの影響を与えた可能性があり、観察の強化や検査の必要性が生じたもの

「アクシデント」： 患者に何らかの変化が生じ、治療・処置を要したもの、集中治療や生命維持のための措置を要したもの、事故が死亡に関連した疑いのあるもの

## 3 実施施設

平成 26 年度において病院経営本部が所管する 8 都立病院(広尾病院、大塚病院、駒込病院、墨東病院、多摩総合医療センター、神経病院、小児総合医療センター、松沢病院)

\* 都立病院の平均病床数:625床(平成26年度予算定床)

[最大 890 床、最小 296 床、総病床数 4,997 床]

## 4 集計内容等

### (1)レポートの提出者

都立病院に在職する全職員(参考:平成26度常勤職員定数 6,595 人)

### (2)集計項目

「事象内訳」、「診療科」、「職種」、「時間帯・時間」の4項目である。

- ・「事象内訳」には、薬剤、転倒・転落、抜去、検査、食事、処置、手術、接遇、診療、麻酔などがある。
- ・「診療科」は、外科系、内科系、精神科、小児科、歯科の区分で集計を行った。
- ・「職種」は、都立病院に在職する各職種(医師、看護師、薬剤師、事務等)である。
- ・「時間帯・時間」は、日勤帯(午前9時から午後5時)、準夜帯(午後5時から午前0時)、深夜帯(午前0時から午前9時)の区分及び時間別の集計を行った。

### (3)その他

端数処理のため、合計が 100%にならない場合がある。

## 5 集計結果の概要

### (1) 報告件数(( )は25年度集計)

平成26年4月1日から平成27年3月31日までの1年間に、各都立病院から報告されたレポートの総数は23,391件(24,235件)であり、昨年度よりレポート総数は減少した。このうち、インシデントは22,633件(23,295件)で全体の約97%(96%)を占め、アクシデントは758件(940件)で全体の約3%(4%)であった。

### (2) 都立病院全体の事象内訳(( )は25年度集計)

事象内訳(インシデント等の種類)をみると、その他を除き最も多いのは「薬剤」に関するもので、全体の約34%(33%)を占め、次いで、「転倒・転落」が約15%(16%)、点滴等の「抜去」が約15%(15%)であり、前回の集計と同様、これら3項目で全体の約64%を占めている。この傾向は、第1回集計から同様である。

### (3) 診療科別の事象内訳(( )は25年度集計)

診療科別でみると、外科系が全体の約37%(35%)、内科系が約34%(35%)、精神科が約15%(16%)、小児科が約13%(12%)、歯科が約1%(1%)となっている。

診療科別の事象内訳では、外科系、内科系ともに「薬剤」、「抜去」、「転倒・転落」の3種類の割合が高く、都立病院全体の事象内訳とほぼ同じ傾向を示している。

また、精神科では、「転倒・転落」、「薬剤」に関するものの割合が、小児科では、「薬剤」、「抜去」、「食事」に関するものの割合が高くなっており、外科系、内科系とは異なる傾向を示している。

診療科別の事象内訳も第1回集計から概ね同様の傾向が見受けられる。

### (4) 職種別のレポート提出状況(( )は25年度集計)

職種別の報告件数では、全職員の約6割を占める看護師からの報告が全体の約86%(85%)を占めており、次いで医師が約4%(4%)、薬剤師が約3%(3%)、栄養士が約1%(1%)の順となっている。

最も報告件数の多い看護師からの事象内訳は、「薬剤」、「転倒・転落」、「抜去」の割合が高く、都立病院全体の事象内訳とほぼ同じ傾向を示している。

### (5) 時間帯・時間別のインシデント等報告状況(( )は25年度集計)

インシデント等の発生時間帯をみると、日勤帯が全体の約51%(51%)を占め、深夜帯が約22%(22%)、準夜帯が約27%(27%)となっている。

発生時間帯についても、日勤帯の割合が高いことはこれまでと同様である。

## 6 まとめ

報告されたレポートは、各部門のリスクマネジャー等を経由して、都立病院ごとに設置された医療安全対策室のリスクマネジメント推進会議が中心となって職種横断的な検討分析が行われる仕組みとなっている。

各都立病院では、こうした検討・分析に基づき、具体的な事故防止対策を企画・立案し、それぞれの病院の実情に見合った対策を講じているところである。

昨年度との比較では、レポート提出数は844件減少している。アクシデントは、全体比で昨年の3.9%から3.2%と、0.7ポイント減少し、絶対数では182件減少した。都立病院の再編整備の影響もあり、20年度、21年度にレポート提出数は減少していた。その後、平成22年3月に多摩総合医療センター、小児総合医療センターが開設、平成23年9月には改修した駒込病院の全面供用が開始、平成25年5月には松沢病院の病棟の新築・改修も終わり、22年度からはレポート提出数は年々増加していた。26年8月には墨東病院の新棟の運営が開始されたが、26年度のレポート提出数は減少に転じたため、引き続き、今後の推移に注意していく。

集計ではインシデントが約97%とその大部分を占めているが、レポート後に実施された予防策について、実施状況やその効果を検証し、より有効な予防策としていくことが重要である。各病院が検討・実施している予防策についても、対策を講じた前後に、減少効果が認められたものについて、引き続き情報の共有化を行っていく。

また、これまでと同様、レポート事象別内訳で、「薬剤」、「転倒・転落」、「抜去」でレポート全体の約63%を占めている。これら3事象について、全都立病院に共通する予防対策を講ずることにより、潜在リスクを減少させることが可能と考えられる。このため、「処方・調剤・与薬における事故防止マニュアル」、「転倒・転落防止対策マニュアル」、「ライン類の抜去防止対策マニュアル」等のマニュアルの活用などにより、今後もこれら事象の予防対策の徹底を行っていく必要がある。

## 7 今後の対応

平成15年4月に、病院におけるリスクマネジメント活動のより一層の強化を図るため、リスクマネジメント組織の再編整備を行い、各病院に医療安全対策室を設置し、また専任のリスクマネージャーを配置した。

今後も、この集計結果を踏まえ、都立病院医療安全推進委員会において、全都立病院に共通する具体的な事故予防策の企画・立案を行い、速やかにこれを実施するなど、引き続き医療安全管理体制の充実・強化を図っていく。

- (1) 各都立病院に専任リスクマネージャーを配置し、この専任リスクマネージャーを構成員とする会を医療事故予防対策部会の下部機関に設置し、各病院で実施している予防策を全都立病院共通の予防対策とするための検討や、医療安全推進に係る情報の収集等に取り組んできた。今後も医療事故予防対策部会と専任リスクマネージャー会との連携を図っていく。
- (2) 各都立病院において、医療安全対策室、リスクマネジメント推進会議等での検討・分析に基づき実施した具体的な事故防止対策についても、インシデント・アクシデントの減少効果が認められたものなど効果的な対策について、引き続き病院間での共有化を推進する。また、インシデント・アクシデント・レポートのシステム化を踏まえ、分析手法等についても、より一層の共有化を図っていく。
- (3) 各病院での職員に対する研修やリスクマネージャーに対するリスクマネジメント研修の実施等により、都立病院における事故予防活動の一層の充実と定着を図る。
- (4) 平成20年度より既作成のマニュアルの見直し・改訂を行ってきた。今後も、医療環境の変化に応じて見直しを行っていく。さらに、病院における自己点検などを通じて、病院独自のマニュアルを含め、マニュアルの遵守状況を点検・評価し、一層の取組みの強化・定着を図る。

(1)都立病院全体の報告件数【表 1】

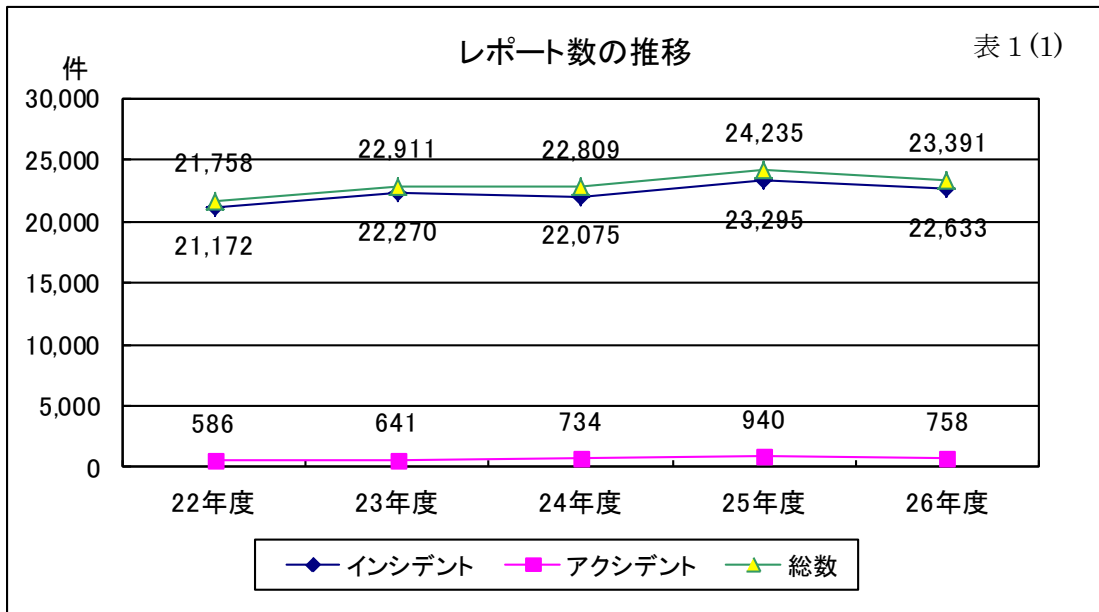
平成 26 年 4 月 1 日から平成 27 年 3 月 31 日までの1年間に、各都立病院から報告されたレポートの総数は 23,391 件(24,235 件)であった。このうち、インシデントは 22,633 件(23,295 件)で全体の約 97%(96%)を占め、アクシデントは 758 件(940 件)で全体の約 3%(4%)であった。

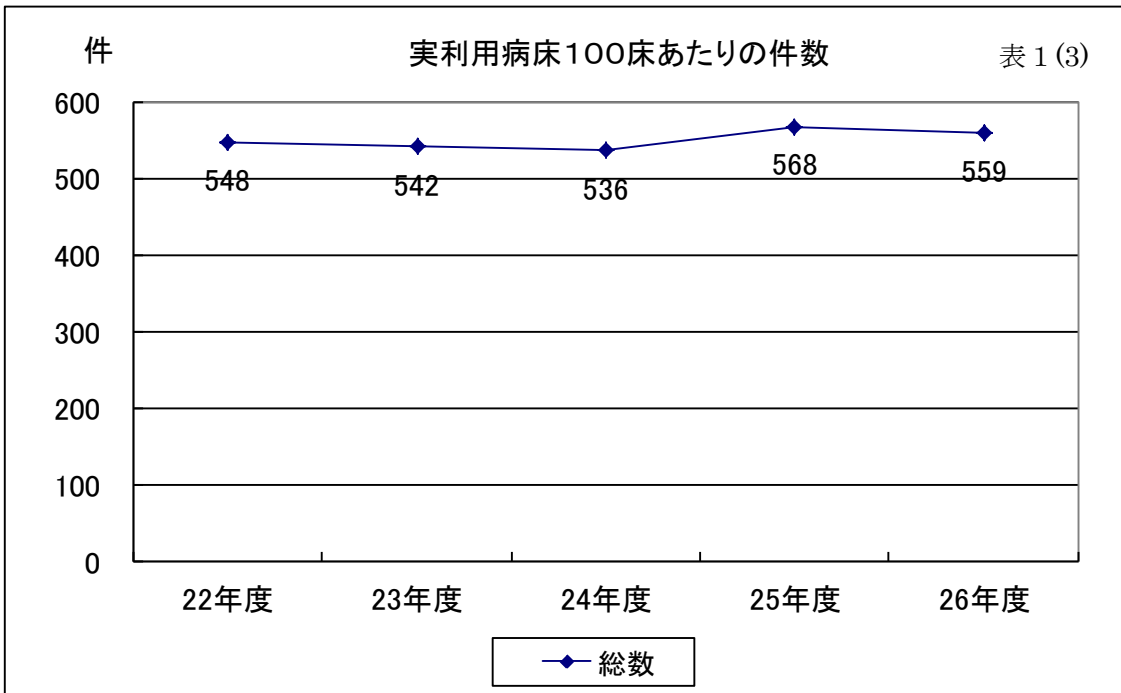
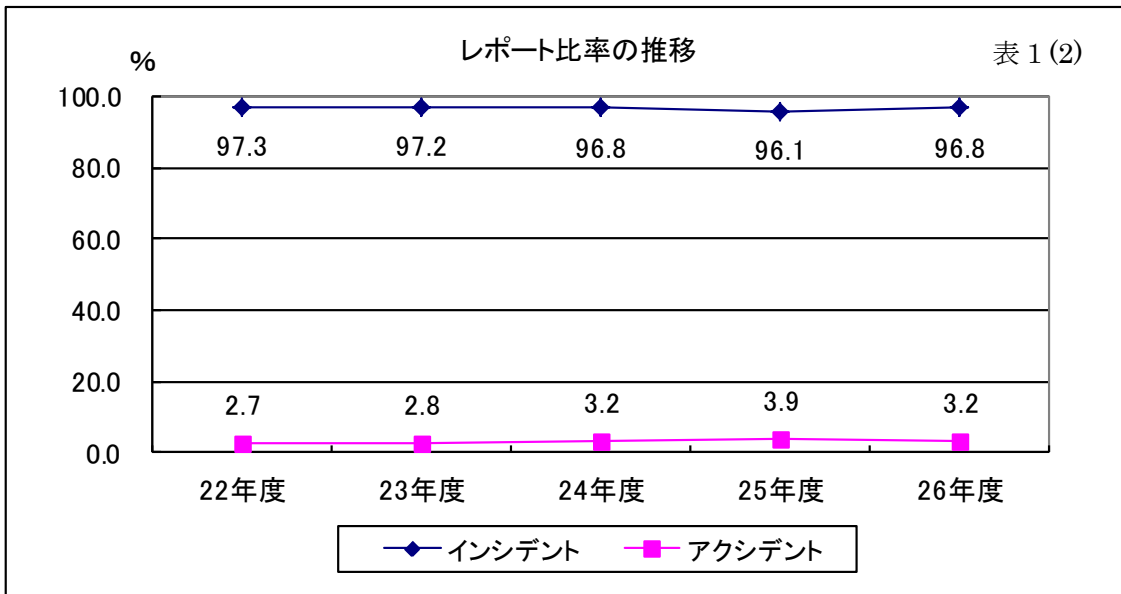
レポート総数は 844 件減少したが、インシデント、アクシデントの割合に大きな変化はなかった。

また、1病院1か月当たりの平均報告件数は約 244 件(252 件)で、このうち、インシデントは約 236 件(243 件)、アクシデントは約 8 件(10 件)であった。

なお、レポート件数等の推移は、表 1(1)、(2)、実利用病床 100 床あたりの件数の推移は表1(3)のとおりである。

(( )は、25 年度集計)







(2) 都立病院全体の事象内訳【表 2】

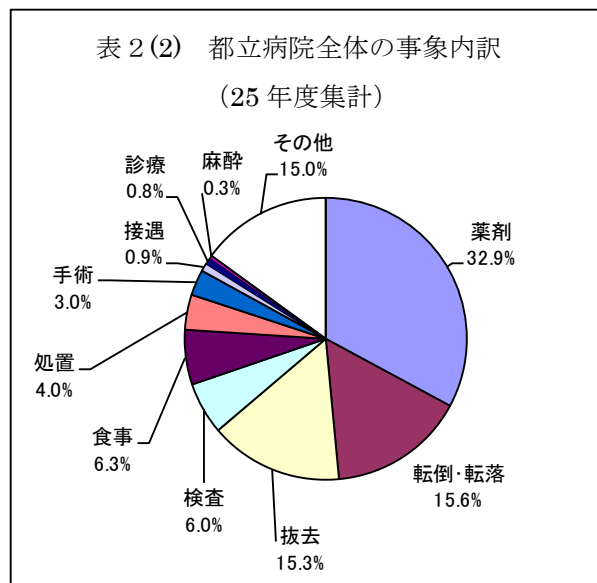
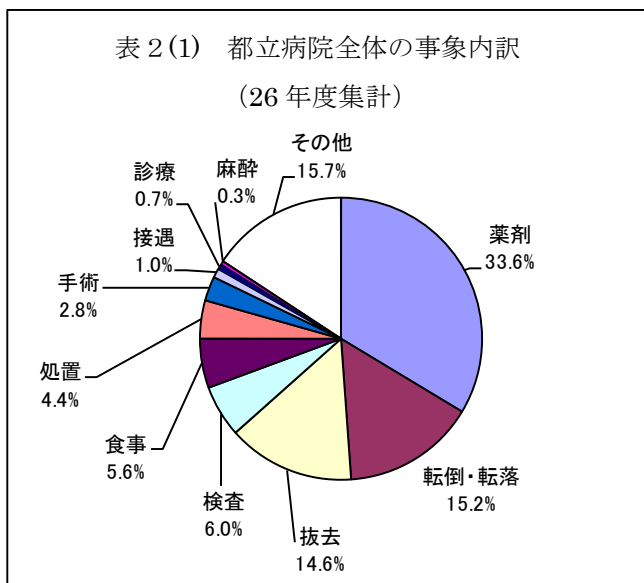
都立病院全体の事象内訳(インシデント等の種類)をみると、その他を除き最も多いのは「薬剤」に関するもので全体の約 34%(33%)を占め、次いで「転倒・転落」が約 15%(16%)、「抜去」が約 15%(15%)であり、これら3種類で全体の約 64%(64%)を占めている。

「薬剤」に関するものは、経口薬、点滴、注射、経管投与などに区分され、態様としては、誤投与(数量・時間・方法)、飲み忘れ・飲み違い、点滴速度の誤調整、点滴漏れ、処方・指示誤り、機器の誤操作などである。

「転倒・転落」に関するものの態様には、自力歩行中、車椅子使用中、ベッドからのもの、排便・排尿中、補装具での歩行中、入浴中、診療・検査中、ストレッチャーでの移動中などがある。

「抜去」は、患者さん自らの故意・過失により、点滴等を抜いてしまう抜去と、他の原因によって点滴などが外れてしまう抜去がある。「抜去」の対象には、薬剤や栄養剤を静脈、鼻、胃、尿道などから注入するための点滴、挿管チューブ、カテーテルなどがある。

(( ))は、25 年度集計)



※ その他には、患者間違い、無断離院などがある。

(3) 診療科別の事象内訳【表 3-1～3-6】

診療科別の報告件数で見ると、外科系<sup>(注1)</sup>が全体の約 37%(35%)、内科系<sup>(注2)</sup>が約 34%(35%)、精神科が約 15%(16%)、小児科系<sup>(注3)</sup>が約 13%(12%)、歯科が約 1%(1%)となっており、外科系と内科系で、全体の約 73%(70%)を占める。(表 3-1)。

診療科別の事象内訳では、外科系、内科系ともに「薬剤」、「抜去」、「転倒・転落」の割合が高く、都立病院全体の事象内訳とほぼ同じ傾向を示している(表 3-2～3-3)。

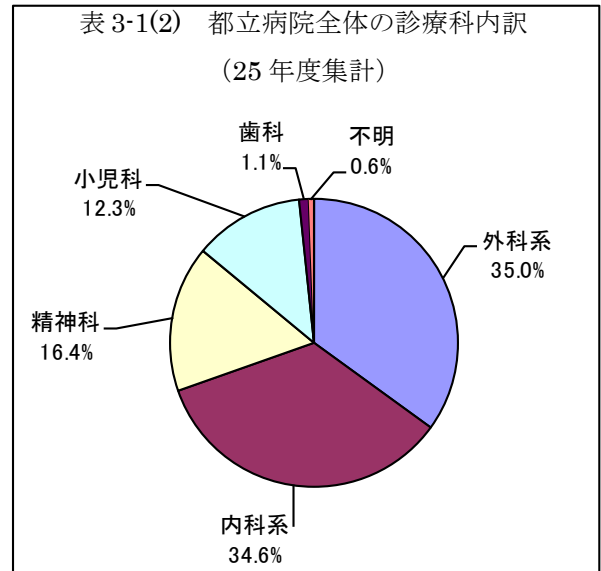
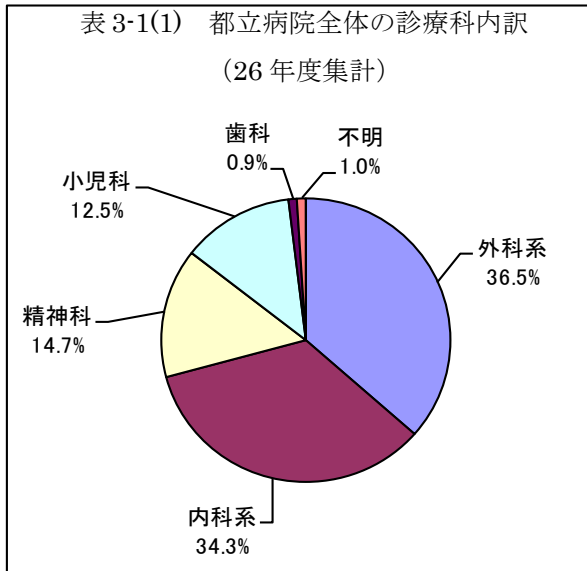
また、精神科では「転倒・転落」に関するものの割合が高く(表 3-4)、小児科系は、配膳の誤りなど「食事」に関するものが全体の約 12%(14%)で、「薬剤」、「抜去」に関するもの等に次いで多く(表 3-5)、外科系、内科系とは異なる傾向を示している。

(( ))は、25 年度集計)

(注1) 外科系:外科、整形外科、形成外科、脳神経外科、心臓血管外科、産婦人科、眼科、耳鼻咽喉科、皮膚科、泌尿器科、麻酔科など

(注2) 内科系:内科、呼吸器科、消化器科、循環器科、神経内科、アレルギー科など

(注3) 小児科系:小児科、未熟児新生児科(NICUを含む)、小児外科、小児歯科など



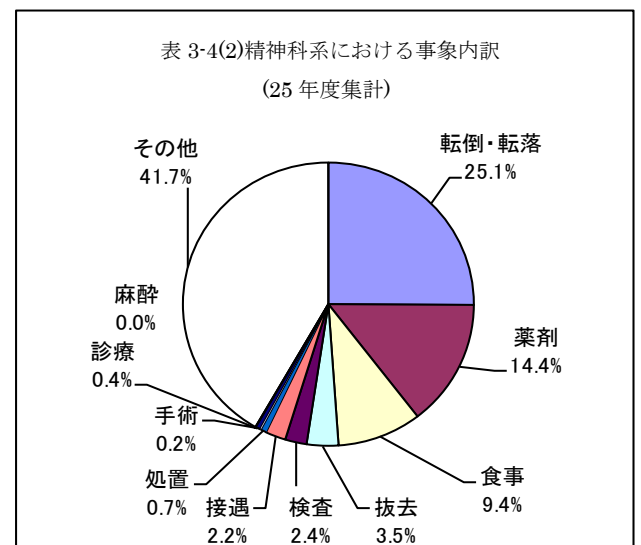
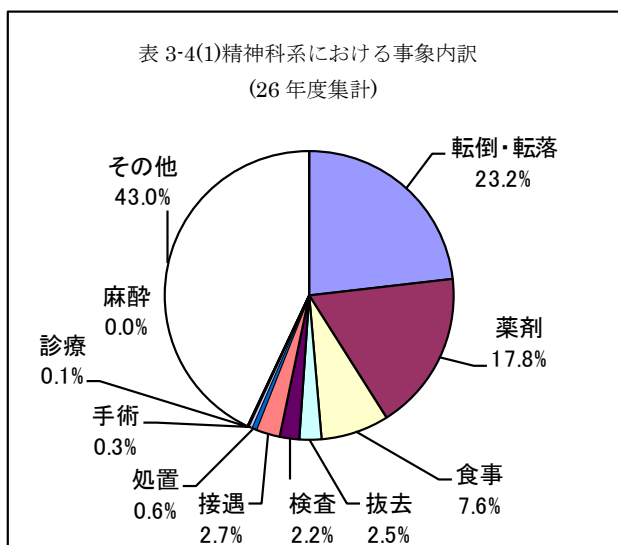
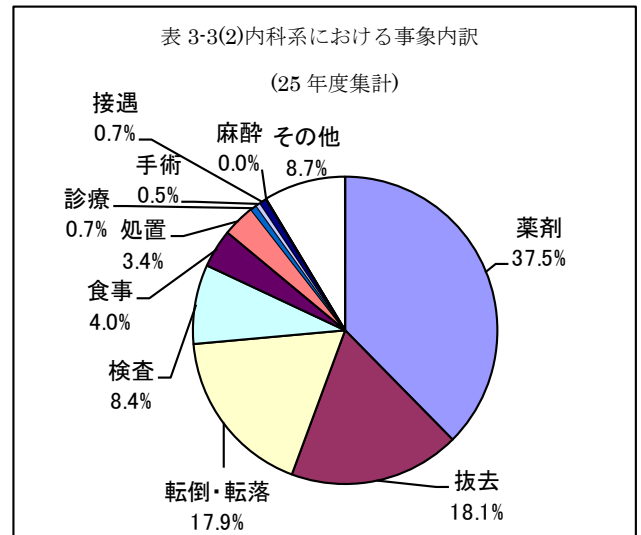
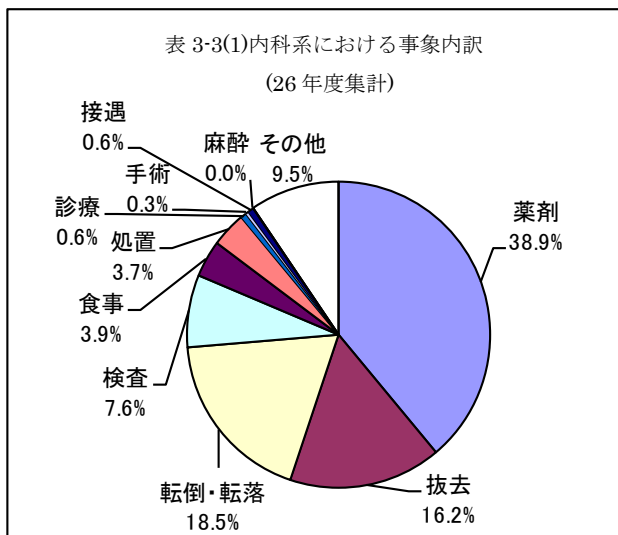
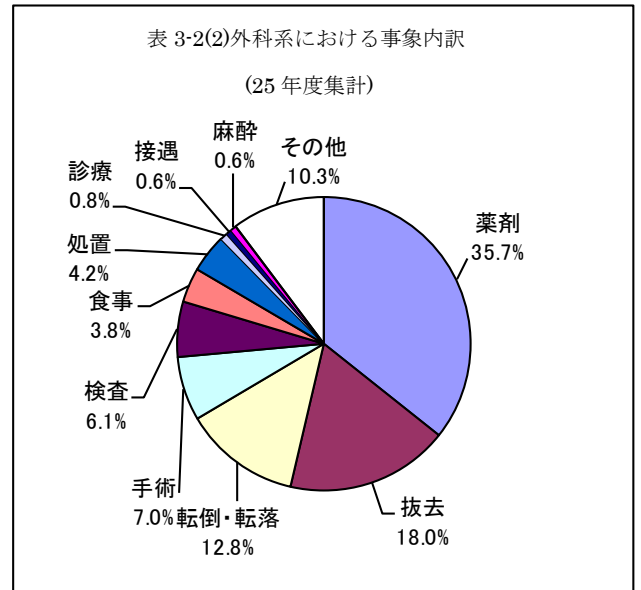
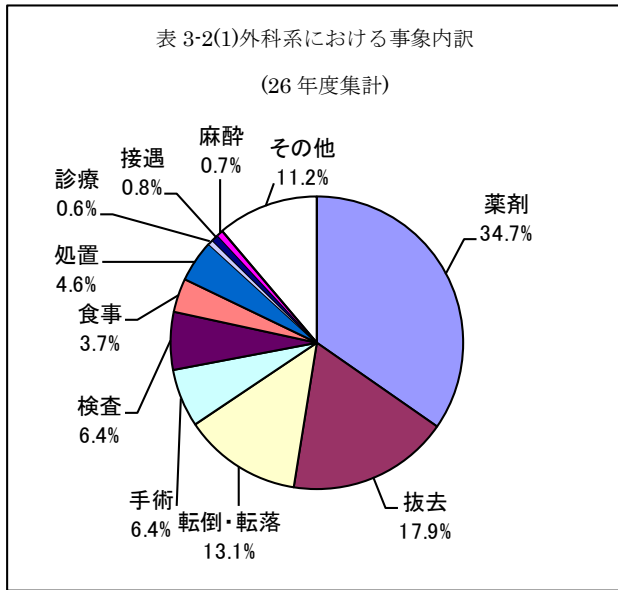


表 3-5(1)小児科系における事象内訳  
(26 年度集計)

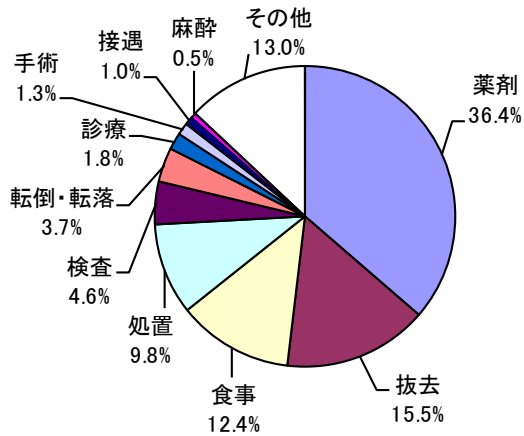


表 3-5(2)小児科系における事象内訳  
(25 年度集計)

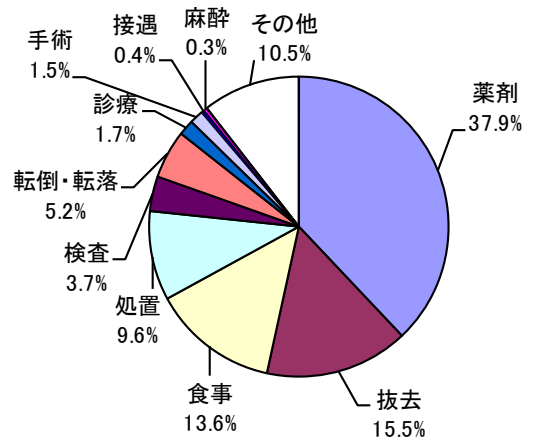


表 3-6(1)歯科系における事象内訳  
(26 年度集計)

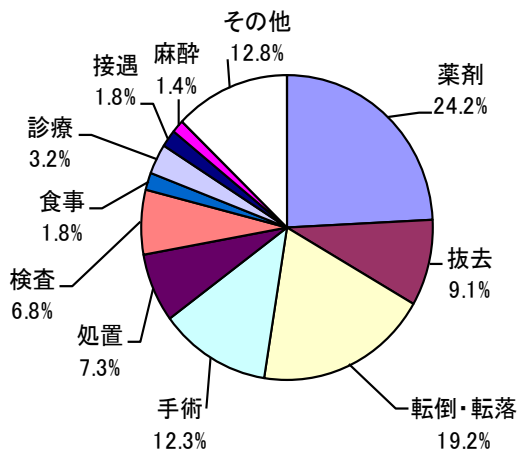
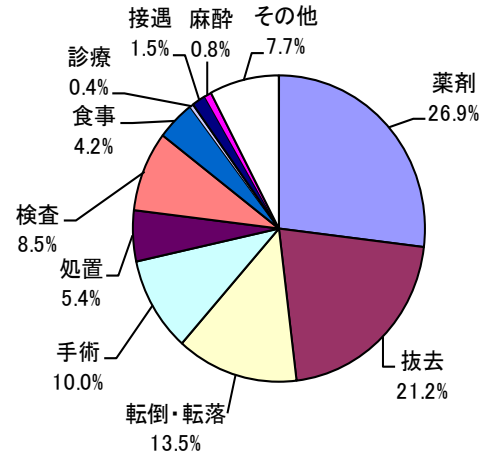


表 3-6(2)歯科系における事象内訳  
(25 年度集計)



(4) 職種別のレポート提出状況 【表 4-1~4-7】

職種別の報告件数では、看護師からの報告が全体の約 86%(85%)を占め、次いで医師が約 4%(4%)、薬剤師が約 3%(3%)となっている。(表 4-1)

第1回集計から今回まで、看護師からの報告が8割を超えているが、やはり病院職員全体に占める看護師の割合が約6割(表 4-2)と高いことや、看護師が職務の性格上、日常的に患者と接する機会が多く、事象を発見する機会が多いことなどがその理由と考えられる。

看護師からの報告の事象内訳は、「薬剤」、「転倒・転落」、「抜去」の順で割合が高く(表 4-4)、都立病院全体の事象内訳とほぼ同じ傾向を示している。

他の職種では、医師は「薬剤」、「手術」、「検査」の順となっている(表 4-3)。薬剤師は「薬剤」、栄養士は「食事」、臨床検査技師と診療放射線技師は「検査」に関するものが殆どであり(表 4-5、4-6、4-7)、その職種が最も関係する事象が大多数を占めていることは、これまでの集計と同様である。

(( ))は、25年度集計)

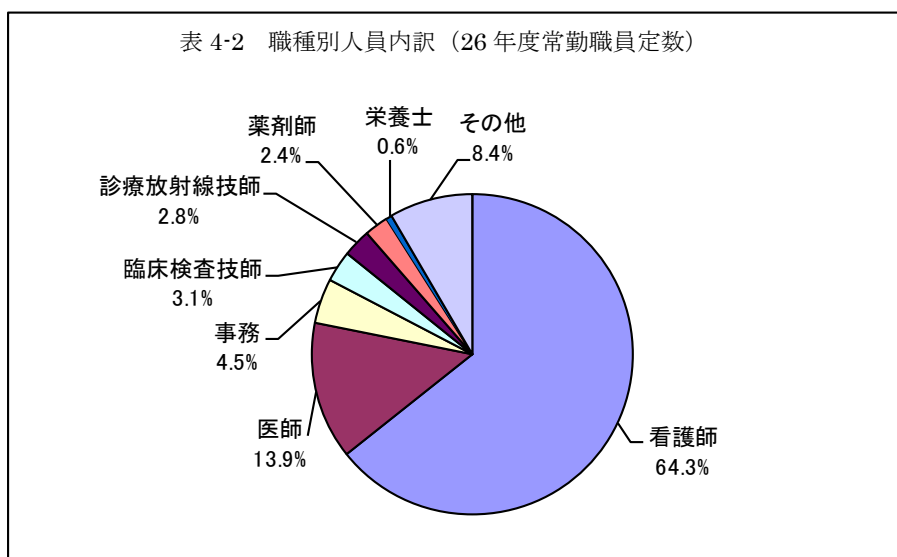
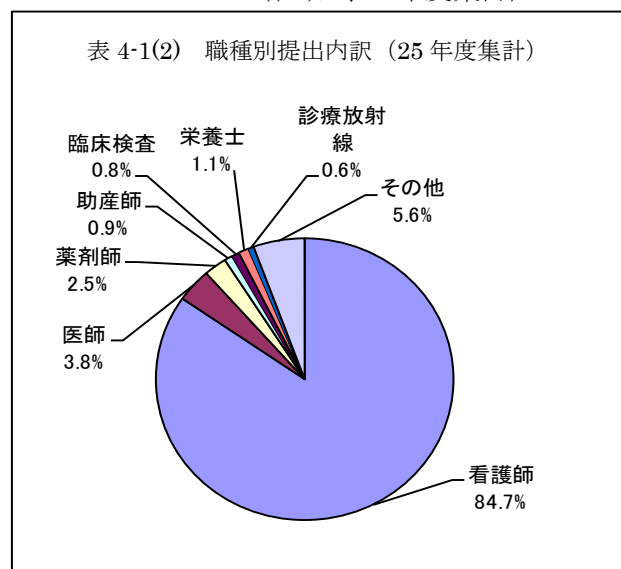
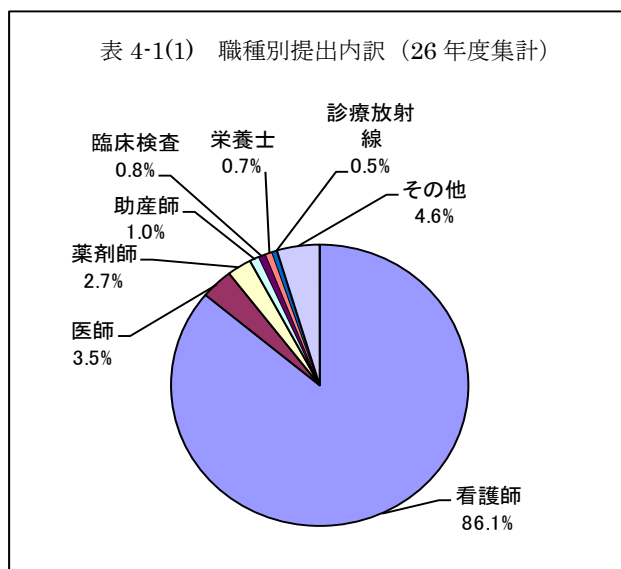


表 4-3(1)医師の事象内訳 (26 年度集計)

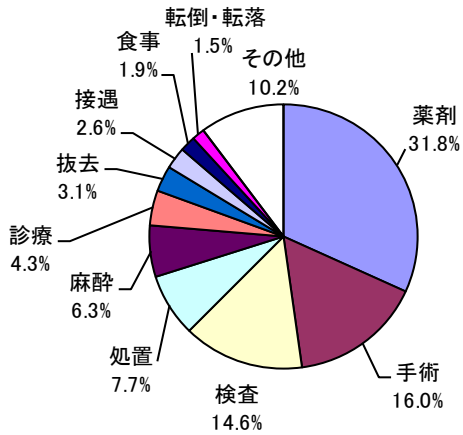


表 4-3(2)医師の事象内訳 (25 年度集計)

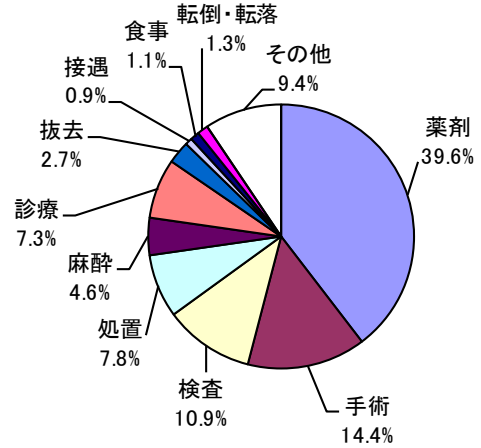


表 4-4(1)看護師の事象内訳 (26 年度集計)

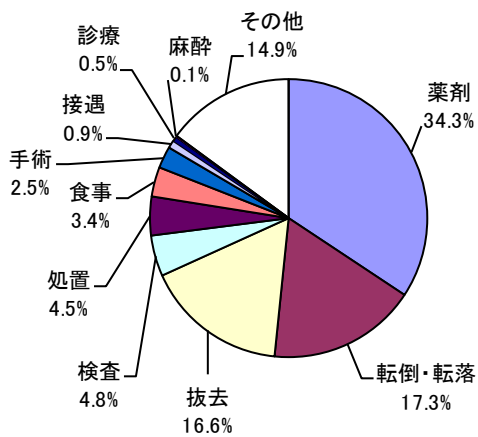


表 4-4(2)看護師の事象内訳 (25 年度集計)

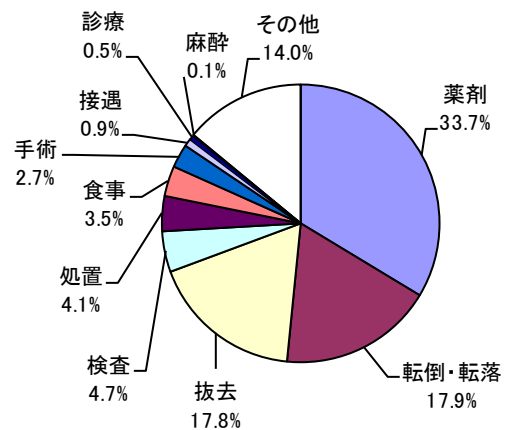


表 4-5(1)薬剤師の事象内訳 (26 年度集計)

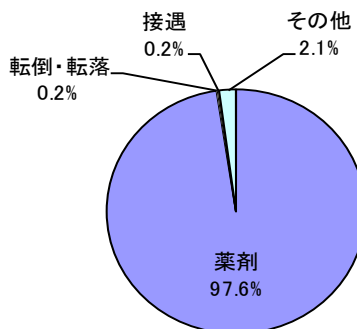


表 4-5(2)薬剤師の事象内訳 (25 年度集計)

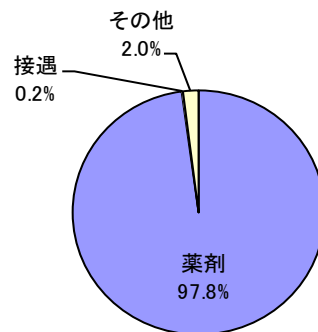


表 4-6(1)栄養士の事象内訳 (26 年度集計)

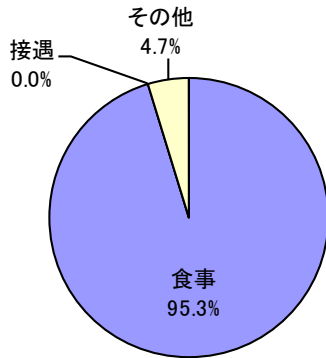


表 4-6(1)栄養士の事象内訳 (25 年度集計)

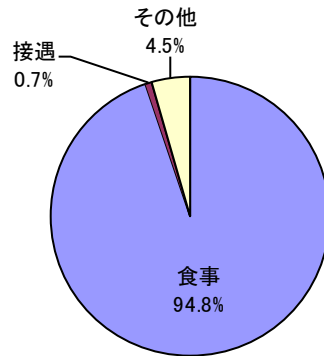


表 4-7(1)臨床検査技師の事象内訳 (26 年度集計)

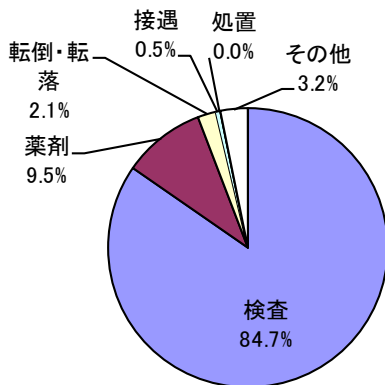
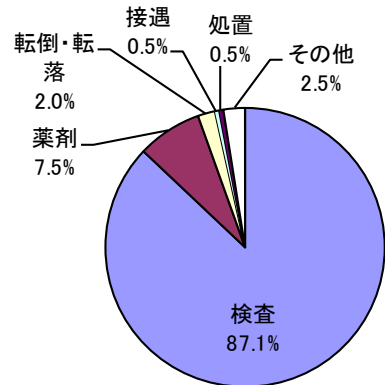


表 4-7(2)臨床検査技師の事象内訳 (25 年度集計)



### (5) 時間帯・時間別のインシデント等報告状況【表 5-1～5-4】

時間帯別の報告状況を見ると、日勤帯<sup>(注1)</sup>が全体の約 51%(51%)を占め、準夜帯<sup>(注2)</sup>が約 27%(27%)、深夜帯<sup>(注3)</sup>が約 22%(22%)、となっている(表 5-1)。

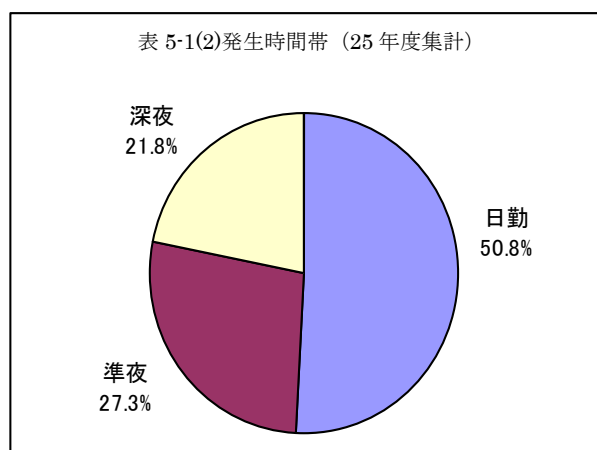
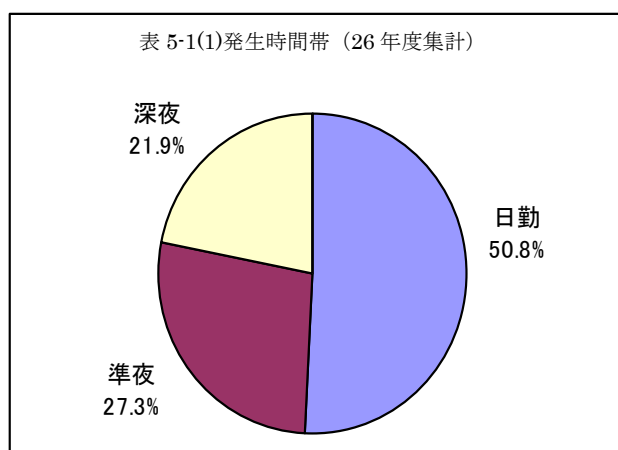
なお、事象でみていくと、「薬剤」に関するものは、午後 4 時台と午後 5 時台の報告件数が多くなっている(表 5-2)。「転倒・転落」に関するものについては、午前 9 時台と午前 10 時台の報告件数が多くなっている(表 5-3)。「抜去」に関するものは、全時間帯平均して報告されている(表 5-4)。

(( )は、25 年度集計)

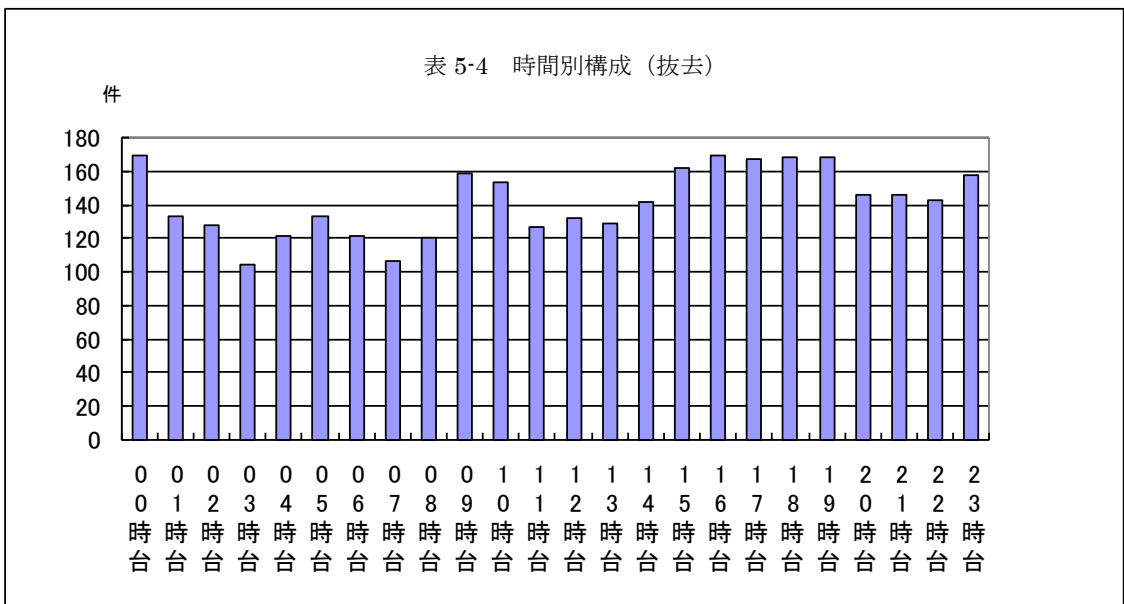
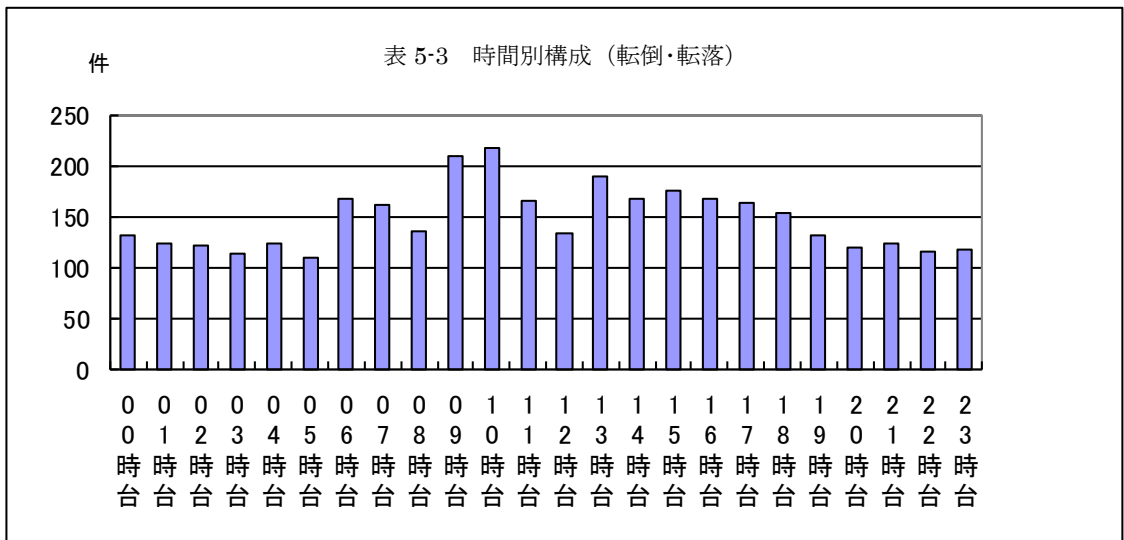
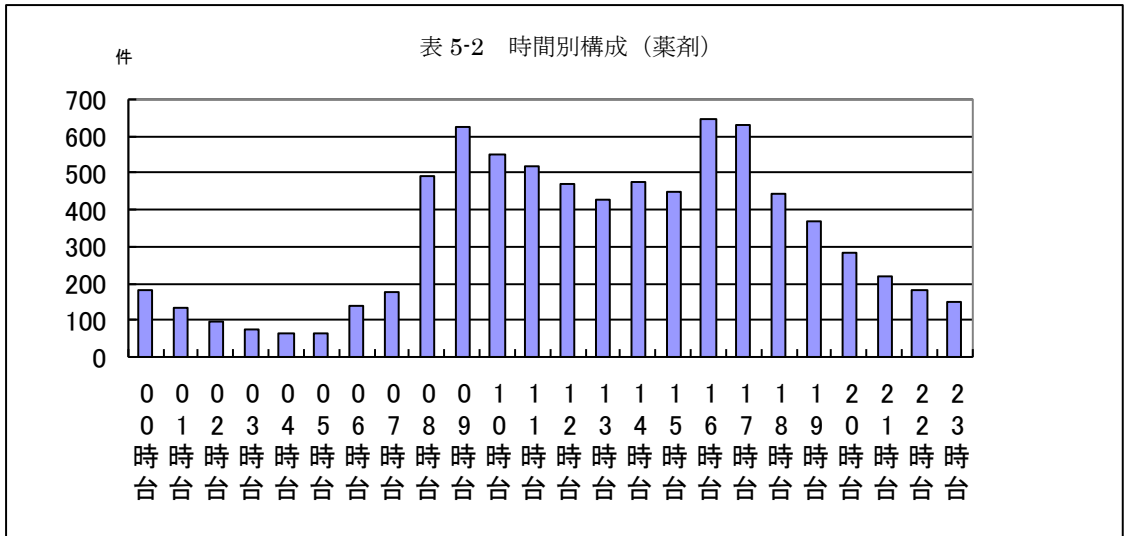
(注 1) 日勤帯：午前 9 時から午後 5 時

(注 2) 準夜帯：午後 5 時から午前 0 時

(注 3) 深夜帯：午前 0 時から午前 9 時







## 報告された事象の内容やその対応等

◎レポートの内容に基づき原因を明らかにし、その対応策を策定した事例の一部を示したものである。  
 なお、対応の状況等は、それぞれの病院の実情に応じたものとなっている。

区分	内 容	原 因 等	対 応 の 状 況 等
1 薬 剤	<p><b>【一包化からの薬剤抜き間違い】</b>                      入院患者Aの一包化された内服薬のうちアムロジピンについて、医師より中止指示があり、病棟看護師2名が、アムロジピンの識別コードを確認し、一包化から抜去した。                      翌日の朝食後、内服薬を準備し、再度確認すると、アムロジピンではなくフリバスが誤って抜去されていた。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・過去に同様のインシデントがあったことから、一包化された薬剤からの中止薬の抜去は、原則として薬剤科に依頼することになっていたが、看護師が自ら抜去を実施してしまった。</li> <li>・患者Aの一包化されていたアムロジピン、フリバスの識別コードは、それぞれ「EE206」、「α214」であったが、別の製薬会社のアムロジピンの識別コードは「MED214」と、フリバスの識別コードの数字部分と一致していた。薬剤識別コードの刻字すべてを確認せず、数字部分のみで判断した結果、抜去すべき薬剤の誤認が生じた。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・入院患者の一包化された薬剤からの中止薬の抜去は、必ず薬剤科に依頼するルールを定め病棟で抜去は実施しないこととした。</li> <li>・インシデント内容を全病棟で再度情報共有し、再発防止策を確実に実施する。</li> </ul>
2 薬 剤	<p><b>【入院後の内服処方のうち抗痙攣薬の処方漏れ】</b>                      患者は、普段、A科及びB科に外来通院し、両科から投薬を受けており、B科の処方には、内服の抗痙攣薬（リボトリール、ダントリウム、バルプロ酸ナトリウム）があった。                      ○月○日 16時、C科に緊急入院し、C科医師が入院後の内服薬を処方した。同日 20時の内服後、患者の母親から抗痙攣薬がないと看護師に報告があり、B科分の内服薬の処方が漏れていたことが判明した。</p>	<p>&lt;医師&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・A科は毎月、B科は3か月に1回と、受診頻度が異なっていた。</li> <li>・C科医師は、入院直近の外来処方を確認し入院処方を行ったが、入院直近はA科のみの受診であったため、B科の外来処方を見落としてしまった（B科に外来処方があることを確認するには、入院直近だけでなく3か月前の受診を確認する必要があった。）。</li> <li>・入院時に、お薬手帳を確認していなかった。</li> <li>・入院時に、現在の内服薬を家族から聴取していなかった。</li> </ul> <p>&lt;看護師&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・入院時に、現在の内服薬を家族から聴取していなかった。</li> <li>・お薬手帳を確認していなかった。</li> </ul>	<p>&lt;医師&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・入院時、現在の内服を確認する際は、カルテから処方歴を確認するだけでなく、お薬手帳での確認、家族から現在の内服について聴取を行う。</li> </ul> <p>&lt;看護師&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・家族から内服内容を聴取するとともに、お薬手帳の記載と一致するか家族と確認する。</li> </ul>

	区分	内 容	原 因 等	対 応 の 状 況 等
3	手術	<p>【他患者のベッドで退出した】</p> <p>患者Xは手術室Aで手術を受けた。術後、手術室Aの最も近くに置いてあったベッドに患者Xを移乗させ、患者Xを予定どおりICUに搬送した。</p> <p>ICU入室後、患者Xが移乗していたベッドを確認したところ、患者Yのベッドであった。患者Yは、手術室Aの隣の手術室Bで手術を受けていた患者であった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・患者Xが手術室AからICUに搬送される前、手術室Aの最も近くには先にICU看護師が患者YをICUに搬送するためにICUから持ち込んだベッドが、手術室Bの最も近くにはICU看護師が患者XをICUに搬送するためにICUから持ち込んだベッドが置かれていた。</li> <li>・術後、病棟に搬送される患者のベッドは、乗換ホールで、患者を手術室まで搬送してきた病棟看護師から手術室作業員に引き継がれ、手術室作業員が当該患者の入室した手術室前に運ぶようにしていた。</li> <li>・一方、術後、ICUに搬送される患者のベッドは、ICU看護師がICUから直接、搬送する患者の入室した手術室前に持っていくこととなっていた。</li> <li>・ICUから持ち込んだベッドには、ベッドネームフォルダーがなく、ネームシールをヘッドボードに直接貼り付けていたため、ネームシールが見えづらかった。</li> <li>・術後、患者Xが手術室Aの手術台からICUに搬送するためのベッドに移動するとき、医師、看護師とも、そのベッドが患者Xのベッドであるかどうかの確認をしなかった。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・術後、ICUに搬送される患者のベッドも、ICU看護師から手術室作業員に引き継ぎ、手術室作業員が患者氏名及び患者の入室した手術室を確認し、患者の入室した手術室前に運ぶように手順を変更した。</li> <li>・ICUから持ち込むベッドにも必ずベッドネームフォルダーを装着する。</li> <li>・手術台からベッドに患者を移乗させるときは、医師・看護師ともに、患者のリストバンドとベッドネームを指差し呼称で確認する。</li> </ul>

	区分	内 容	原 因 等	対 応 の 状 況 等
4	検査	<p><b>【他の患者を間違っ検査に案内した】</b></p> <p>入院患者Aに予定されていなかった検査が急ぎよ行われることになり、病棟クラークに連絡が入った。患者Aの受持ち看護師Xは、病棟クラークから検査の連絡を受け患者AのIDカードを受け取ったが、患者Aではなく他に同日受け持っていた患者Bを検査に案内してしまった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・看護師Xは、当日、朝から患者Bのベッド移動やカンファレンスなど、常に患者Bのことを考えながら業務をしていたため、検査に呼ばれたのも患者Bだと思い込んでしまった。</li> <li>・看護師Xは病棟クラークから、患者Aの検査の連絡を受けた際、患者氏名や検査内容を確認しなかった。</li> <li>・患者Bを検査に案内する前に、患者Bのカルテで検査指示が出ているか否か、確認しなかった。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・連絡を受ける際は、連絡事項を必ず復唱し、内容を確認する。</li> <li>・患者確認の際は、患者にフルネームを名乗ってもらい、名乗った氏名とリストバンド、対象物（電子カルテの指示、伝票など）に記載された氏名と照合し確認する。</li> <li>・確認の際には、指差し呼称確認を徹底する。</li> <li>・全病棟で正しい「患者確認行動」をデモンストレーションし、2か月間をかけて職員全員のロールプレイを行い徹底を図った。</li> </ul>
5	検査	<p><b>【食事を摂ってきたためにCT検査が中止となった】</b></p> <p>○月10日、主治医Aから依頼を受けた医師Bが入院中の患者Xを診察し、入院中に行う予定で同月29日にCT検査の予約を入れた。</p> <p>同月11日、患者Xは急遽退院となったため、29日のCT検査は外来で実施することとなった。</p> <p>29日、患者Xは食事を摂取して来院してきたため、CT検査が中止となった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・看護師が退院時にCT検査前の禁食等について説明を行わなかったため、患者Xは禁食してCT検査を行うことを知らずに、検査当日来院してしまった。</li> <li>・医師Bは、CT検査前の禁食の説明等は患者Xの入院している病棟で行われると考え、食事等の説明用紙や予約表も印刷していなかった。</li> <li>・患者Xが急遽退院となったため、患者Xに対し退院時にCT検査前の禁食等について説明を行う必要があったが、主治医Aは医師Bに患者Xの退院連絡をしなかった。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・退院チェックリストへ「次回外来検査説明（前処置等）」の項目追加を行った。</li> <li>・退院後に外来で実施する検査は、事前に説明を受けているか患者に確認した上で、退院時に改めて看護師が検査説明を行う。</li> <li>・入院時に実施する予定で依頼した検査について、実施前に退院が決定した場合は、主治医は依頼した医師に連絡する。</li> </ul>

	区分	内 容	原 因 等	対 応 の 状 況 等
6	検査	<p><b>【利用者変更画面より記録を入力し保存したところ別患者カルテであった】</b></p> <p>看護師Xが透視下内視鏡の検査を受けていた患者Aの介助についていた間、看護師Yは透視室の電子カルテを使用していた。検査が終了し、看護師Xが患者の状態について透視室の電子カルテに入力しようとしたところ、利用者変更画面になっていた。そのまま自分のIDを入力し記録して保存終了した。</p> <p>その後、記録が入力されているか確認するため、看護師Xが再度患者Aの電子カルテを開くと記入したはずの記録がなかった。看護師Yが別患者Bのカルテを開いていたことを思い出し確認すると、患者Bのカルテに患者Aの記録が記載されており、カルテの誤記入に気付いた。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・看護師Yは電子カルテ使用后、患者カルテを閉じずに利用者変更画面に切り替えてその場を離席していた。</li> <li>・看護師Xが利用者変更画面から入った際に、開いていた患者カルテは当該患者Aと思い込み、名前を確認せずにカルテに記録し保存した。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・電子カルテから離れる時は、利用者変更画面にはせずに必ずログアウトをする。</li> <li>・カルテ記載時や保存時は、内視鏡依頼伝票と電子カルテの患者氏名を指差し呼称し、患者確認を徹底するように再周知した。</li> </ul>

	区分	内 容	原 因 等	対 応 の 状 況 等
7	処置	<p><b>【人工呼吸器をスタンバイモードで接続した】</b></p> <p>自宅で使用している人工呼吸器Aを装着した患者Xが車椅子で入院した。入院時の体重を測定するため、車椅子からストレッチャー体重計に患者Xを移乗させた際、看護師Yが人工呼吸器Aを外して、アンビューバックでの加圧に切り替えた。体重測定終了後、アンビューバックでの加圧のまま入院病室のベッドに移動した。</p> <p>ベッドサイドには、院内で使用する人工呼吸器Bが用意されていたが、病棟に医師が不在であったため、看護師Yは体重測定前に外した人工呼吸器Aを患者Xに再装着した後、患者に背を向けた位置で、患者Xから希望のあった吸引の準備をしていた。</p> <p>そこに、看護師Zが偶然訪室し、患者Xの顔色が不良であることに気づき、再度アンビューバックでの加圧に切り替え、5回ほど換気したところ、顔色が戻った。人工呼吸器Aを確認すると、スタンバイモードになっており、換気が行われていなかった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・本来、人工呼吸器を外す際は、電源をONにしたまま外す必要があるが、体重測定のため患者Xから人工呼吸器Aを外した際にはONにしたまま外さなかった。</li> <li>・人工呼吸器Aを外した際、アラームが鳴動しないことに疑問を抱かなかったため、電源がONになっていないこと（スタンバイモードになっていること）に気付かなかった。</li> <li>・人工呼吸器Aの作動をチェックせずに再装着した。</li> <li>・人工呼吸器Aを再装着した際、胸郭の動きや呼吸状態で換気が行われているか確認しなかった。</li> <li>・人工呼吸器装着後、バイタルサイン測定を行うなど、患者の観察ができていなかった。</li> <li>・患者Xのベッド移動は、6名の看護師で行っていたが、ベッドへの移動後、一気に解散してしまい、リーダーシップを取る看護師が決まっていなかった。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・人工呼吸器を装着した際は、胸郭の動きやエア入りを確認し、必ず人工呼吸器の作動確認を行う。</li> <li>・患者のベッド移動を行い、人工呼吸器を装着した後は、全身状態の観察、モニター装着、バイタルサイン測定を行う。</li> <li>・事例の発生病棟では全看護師がナーシングスキル（看護手順）で、基本的な知識の復習を行う。</li> <li>・人工呼吸器の装着時の手順に関するミニテストで、基本的知識の習得状況を確認する。</li> <li>・人工呼吸器を装着した患者の移動に携わるスタッフの中で、リーダー、サブリーダーを定めておく。</li> <li>・リーダーは、患者の到着前に主治医が人工呼吸器の設定を済ませているか、主治医はいつ来棟するか等を確認し、確認した内容をサブリーダーに連絡する。</li> <li>・サブリーダーは、ベッド移動後の患者の安全が確認できるまで、移動に携わったスタッフに安全確認行為をするよう指示する。</li> </ul>

	区分	内 容	原 因 等	対 応 の 状 況 等
8	食事	<p><b>【アレルギー食材の配膳】</b>  エビアレルギーがある患者Aについて、アレルギー問診票にエビアレルギーが記載され、電子カルテの患者プロフィールのアレルギー情報にもエビアレルギーが入力されていた。  看護師Xが食事を下膳した際、患者Aからエビが配膳されていたと申告があり、食事がアレルギーに対応していないことが判明した。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>患者Aを入院時に対応した看護師Yは新人で、電子カルテの患者プロフィールのアレルギー情報と移動・食事カレンダーが連動していないことを知らず、電子カルテの患者プロフィールにアレルギー情報を入力すれば、自動的にアレルギー対応食が提供されると思っていた。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>看護師Yに対し、アレルギーがある患者の対応方法について、再度教育を行った。</li> <li>他職員に対しても、注意喚起と対応方法の周知・徹底した。</li> </ul>