

平成 27 年度 小田原市立病院 インシデント・アクシデント

1 件数

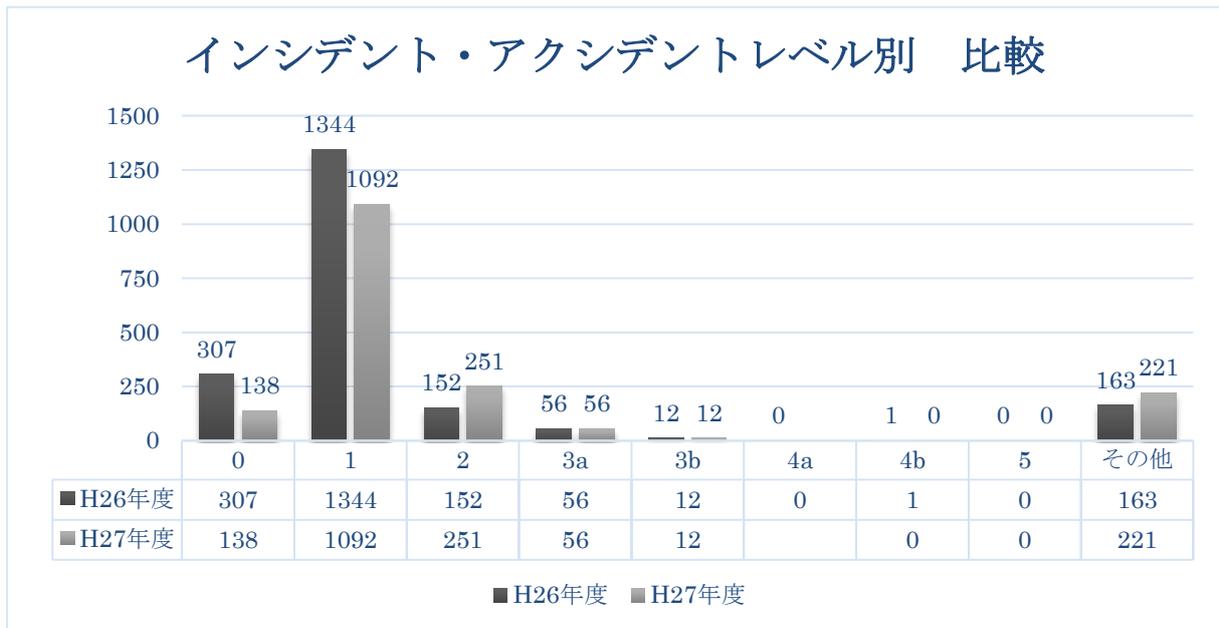
レベル別項目別

| 区分 | 件数 |
|---------|-------|
| レベル 0 | 138 |
| レベル 1 | 1,092 |
| レベル 2 | 251 |
| レベル 3 a | 56 |
| レベル 3 b | 12 |
| レベル 4 a | 0 |
| レベル 4 b | 0 |
| レベル 5 | 0 |
| その他 | 221 |
| 合計 | 1,770 |

| 項目 | 件数 |
|--------------------------|-------|
| 診療に関するもの (与薬、処置、手術等) | 1,232 |
| 療養上の場面に関するもの (転倒、転落等) | 331 |
| その他 (接遇、感染等) | 207 |
| 合計 | 1,770 |

小田原市立病院におけるインシデント・アクシデントの推移 (単位 件)

| 区分 | H25 | H26 | H27 | 患者への影響 |
|---------|-------|-------|-------|---------------------------|
| レベル 0 | 382 | 307 | 138 | 患者に実施されなかった |
| レベル 1 | 1,459 | 1,343 | 1,092 | 患者には変化が生じなかった |
| レベル 2 | 58 | 152 | 251 | 観察の強化や検査の必要性が生じた |
| レベル 3 a | 51 | 56 | 56 | 簡単な治療や処置の必要性が生じた |
| レベル 3 b | 5 | 12 | 12 | 治療・処置の必要性、入院日数の延長が生じた |
| レベル 4 a | 0 | 0 | 0 | 障害や後遺症が残った 美容上の問題は伴わない |
| レベル 4 b | 0 | 1 | 0 | 障害や後遺症が残った 美容上の問題を伴う |
| レベル 5 | 0 | 0 | 0 | 事故が死因となった |
| その他 | 84 | 163 | 221 | 施設上の問題 医薬品の紛失、破損 |
| 合計 | 2,039 | 2,034 | 1,770 | |



(表 1)

2 結果及び分析

平成 27 年度、インシデント・アクシデントレポート報告件数は 1770 件でした。

今回、平成 26 年度と平成 27 年度のレベル別の変化を比較し分析しました。(表 1)

「小田原市立病院におけるインシデント・アクシデントの推移」の表に示したように、平成 27 年度インシデント報告件数は平成 26 年度より減少しています。また、レベル 3a 以上の報告には大きな差は見られていません。

- (1) 平成 26 年度に比べると、平成 27 年度「インシデントレベル 2」の割合が増えています。このことに関して、当院では平成 26 年度から、職員に対して「インシデント発生予防」とともに「インシデント発生後の適切な対応ができる」ことを教育、指導しています。その結果、今までインシデントレベル 1 として扱っていたような事例に関しても、その後の患者の状態の変化を早期に発見、対応していくための予防対策として、全職員が患者の経過観察の強化や検査の実施を意識した行動がとれており、必然的にインシデントレベル 2 の対応になっています。

具体的な例として、現在、院内で発生した、すべての転倒事例に対し、患者が転倒した直後に医師による診察が行われ、必要時、レントゲン、CT 撮影が実施され、観察を強化しています。職種間、部署間で協力、連携し、チーム医療の中で成立していることです。

- (2) 平成 26 年度と比べ、インシデントレベル 3a 以上の割合に差はありませんでした。

今後も、注意点や改善点を周知徹底することで、安全で質の高い医療の提供に繋げていきたいと考えています。この姿勢を崩さず、職員一同、さらに努力し続けてまいります。

3 主な事例概要と再発防止策

| 種類 | 概要（代表的事例） | 改善策（再度起こさないための方策） |
|-------|--|---|
| 薬（内服） | <ul style="list-style-type: none"> ① 配薬・内服確認忘れ ② 量や時間の間違い ③ 患者間違い ④ 重複処方・内服 （ジェネリック薬との重複） ⑤ 平成 28 年 1 月～電子カルテ導入 <ul style="list-style-type: none"> ・確認方法の変更による間違い ・操作方法の間違い | <ul style="list-style-type: none"> ・薬の内容を確認徹底（薬品名、量、用法、日時、患者名） ・薬剤師、看護師による重複確認の施行 ・配薬時の患者確認の徹底（フルネーム、ID 番号の指差し・声だし確認） ・誤認防止手順の徹底、各部署への院内監査の実施 ・薬に関する問診方法を厳密にする。 ・持参薬確認の薬剤科介入を拡大 ・お薬手帳の活用、薬剤師会との情報共有・連携、服薬指導強化 ・院内マニュアルの見直し（電子カルテ） |
| 薬（注射） | <ul style="list-style-type: none"> ① 施行忘れ ② 投与量間違い ③ 投与速度間違い ④ 患者間違い | <ul style="list-style-type: none"> ・ダブルチェック方法の行動確認、院内監査 ・事例分析結果を院内に掲示 ・研修会実施 ・電子カルテ、患者認証システムでの確認徹底 |
| 手術・処置 | <ul style="list-style-type: none"> ① 処置の実施忘れ ② 指示変更時のもれ ③ 記録記載の不備 | <ul style="list-style-type: none"> ・処置を実施する時間の調整 ・繁忙時間帯の業務の偏りの検討と改善 ・お互いに確認できる体制づくり 医療チーム内の連携強化 ・勤務終了時、未実施項目の再確認の徹底 |
| 検査 | <ul style="list-style-type: none"> ① 採血、レントゲン等の実施忘れ ② 時間や日付違い | <ul style="list-style-type: none"> ・勤務開始時の電子カルテに指示登録されている検査のチェック、また終業時の検査終了チェックの徹底 ・検査時の注意点・手順の周知徹底、教育 |
| 転倒転落 | <ul style="list-style-type: none"> ① トイレに行こうとして転んだ ② 椅子に座ろうとして転んだ ③ 廊下で転倒した ④ 検査後、更衣中の転倒 | <ul style="list-style-type: none"> ・転倒する危険性の高い患者・家族へ個別の説明、指導 ・院内研修の実施 ・転倒予防対策、転倒後対策 ・介助歩行、移乗方法 ・転倒予防対策物品の補充 ・院内転倒対策に関する監査 ・放射線科待合室にストレッチャーを設置 |

| | | |
|----------|---|---|
| チューブトラブル | <ul style="list-style-type: none"> ① 管を自分で抜いた ② 管が自然に抜けた | <ul style="list-style-type: none"> ・患者・家族へのドレーン、チューブの重要性の説明 ・院内基準に準じたドレーン、チューブの固定の周知徹底、実施 ・医療者間でのドレーン、チューブの抜去のリスクの査定と共有 |
| 栄 養 | <ul style="list-style-type: none"> ①禁止食品を提供してしまった ②食事提供の際の異物混入（毛髪等）の指摘 | <ul style="list-style-type: none"> ・電子カルテ内、アレルギー食品の入力方法を検討、導入 ・調理時、配膳時の異物混入防止対策の徹底を図る ・院内監査の実施 |
| そ の 他 | <ul style="list-style-type: none"> ① 情報提供書の渡し間違い、誤郵送 ② 部署間による連携不足による、患者対応の不備、遅延 ③ 退院時の患者の私物の渡し忘れ | <ul style="list-style-type: none"> ・検査、処置、投薬、診察、会計など院内の全場面での患者氏名の確認の徹底 ・書類郵送時のマニュアル遵守の徹底 ・お互いに確認できる体制づくり 医療チーム内の連携強化 ・外部講師による職員全員対象の院内研修を実施（コミュニケーション） ・退院時チェックリストの活用、退院時、患者・家族との最終確認の徹底 |