

市立三次中央病院 第5回 CS 向上推進活動

サークル活動完了報告書

サークル名	チーム注者		発表者	瀬尾 信吾	
			リーダー	藤川 妙子	
部署			サブリーダー	磯部 尚幸	
活動期間	開始:平成23年06月01日 終了:平成23年12月31日		メンバー	杉岡 敏博	芳村 善道
会合状況	会合回数 <u>12回</u> 1回あたりの会合時間 <u>60分</u>			瀬尾 信吾	上野 幹夫
			吉永 洋子	大原 千恵	
			大長 美智子		
所属長/推進メンバー		所見欄			
レビュー担当者					

テーマ

注射間違いのインシデントを減らす。

テーマ選定理由

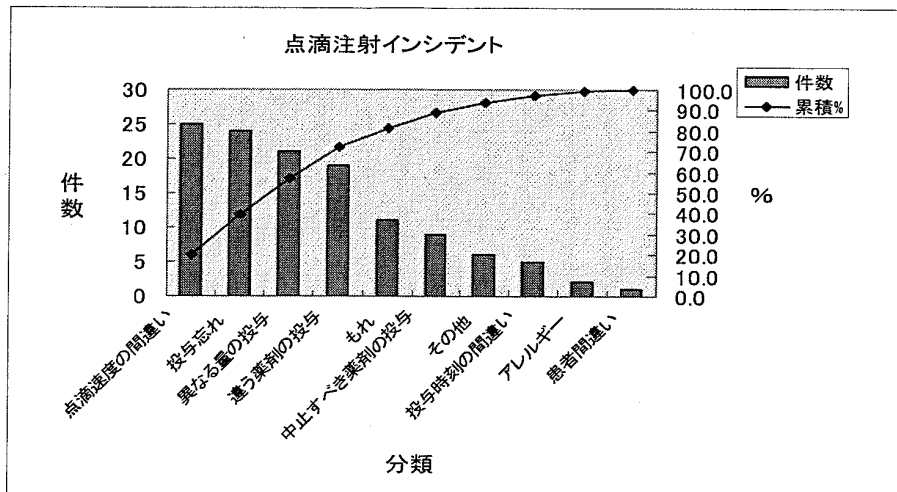
注射間違いは患者様の健康に直接被害を与えるインシデントの一つである。電子カルテの導入により手書き伝票から印字された伝票となり読みやすくなった反面、コンピューター画面での入力や確認など手書き伝票の時とは異なったインシデントの発生が予想される。そこで最近のインシデント報告された内容を分類し現在どのような注射間違いが起きているのかを院内スタッフに公表し、関心を高めることでインシデントを減らし医療の質を高めたい、と考え今回のテーマに選定した。

現状把握

平成 22 年 4 月～平成 23 年 5 月までの点滴注射にかかるインシデント分析

内容	件数	累積%
点滴速度の間違い	25	20.3
投与忘れ	24	39.8
異なる量の投与	21	56.9
違う薬剤の投与	19	72.4
もれ	11	81.3
中止すべき薬剤の投与	9	88.6
その他	6	93.5
投与時刻の間違い	5	97.6
アレルギー	2	99.2
患者間違い	1	100.0
計	123	100

平成 22 年 4 月から平成 23 年 5 月までの注射に関するインシデントを分析した結果点滴速度の間違い、投与忘れ、異なる量の投与が全体の約 60%を閉めていることが分かった



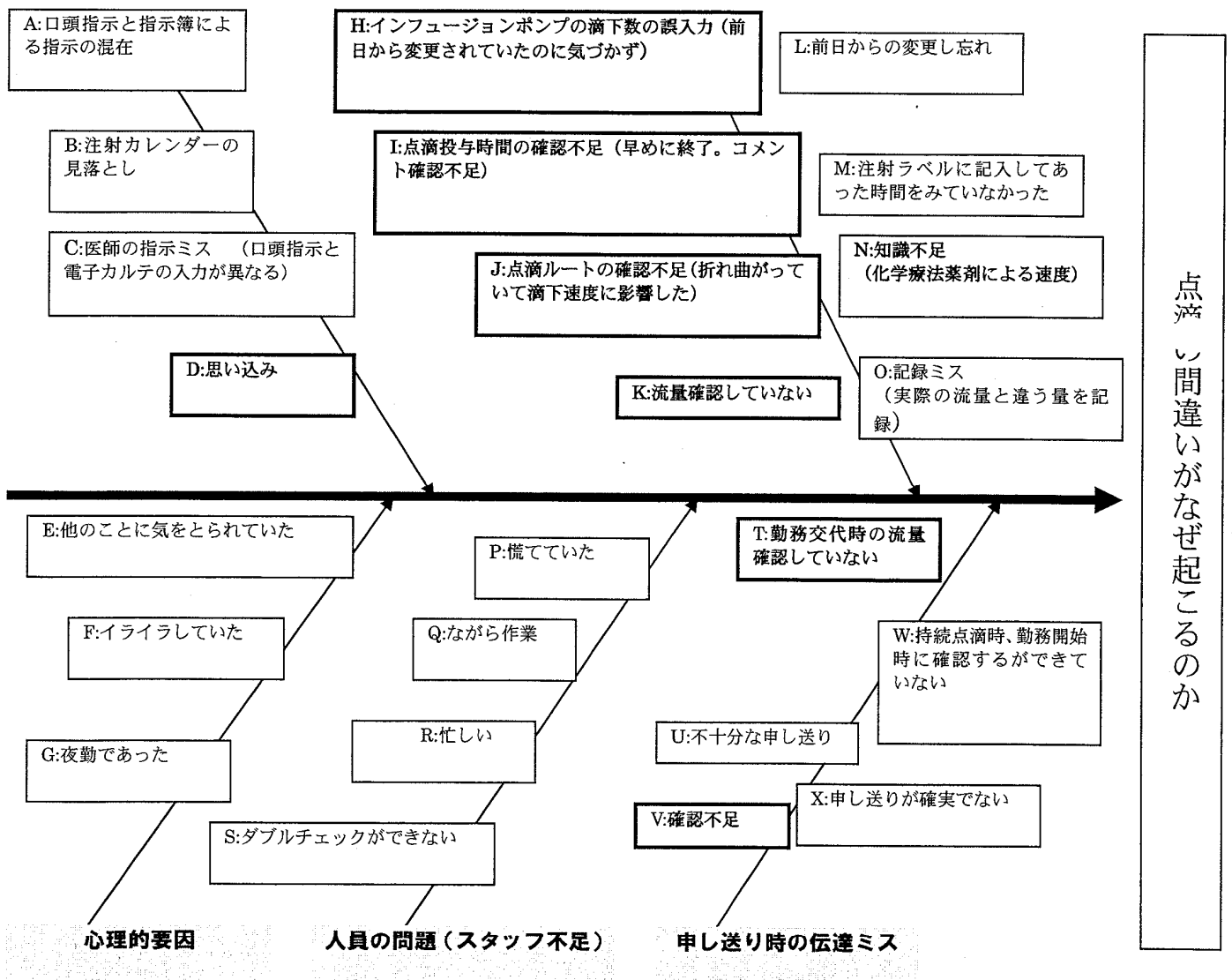
### 目標設定

点滴注射にかかるインシデントの上位3件、『点滴速度の間違い』・『投与忘れ』・『異なる量の投与』合計70件を50%に削減する。

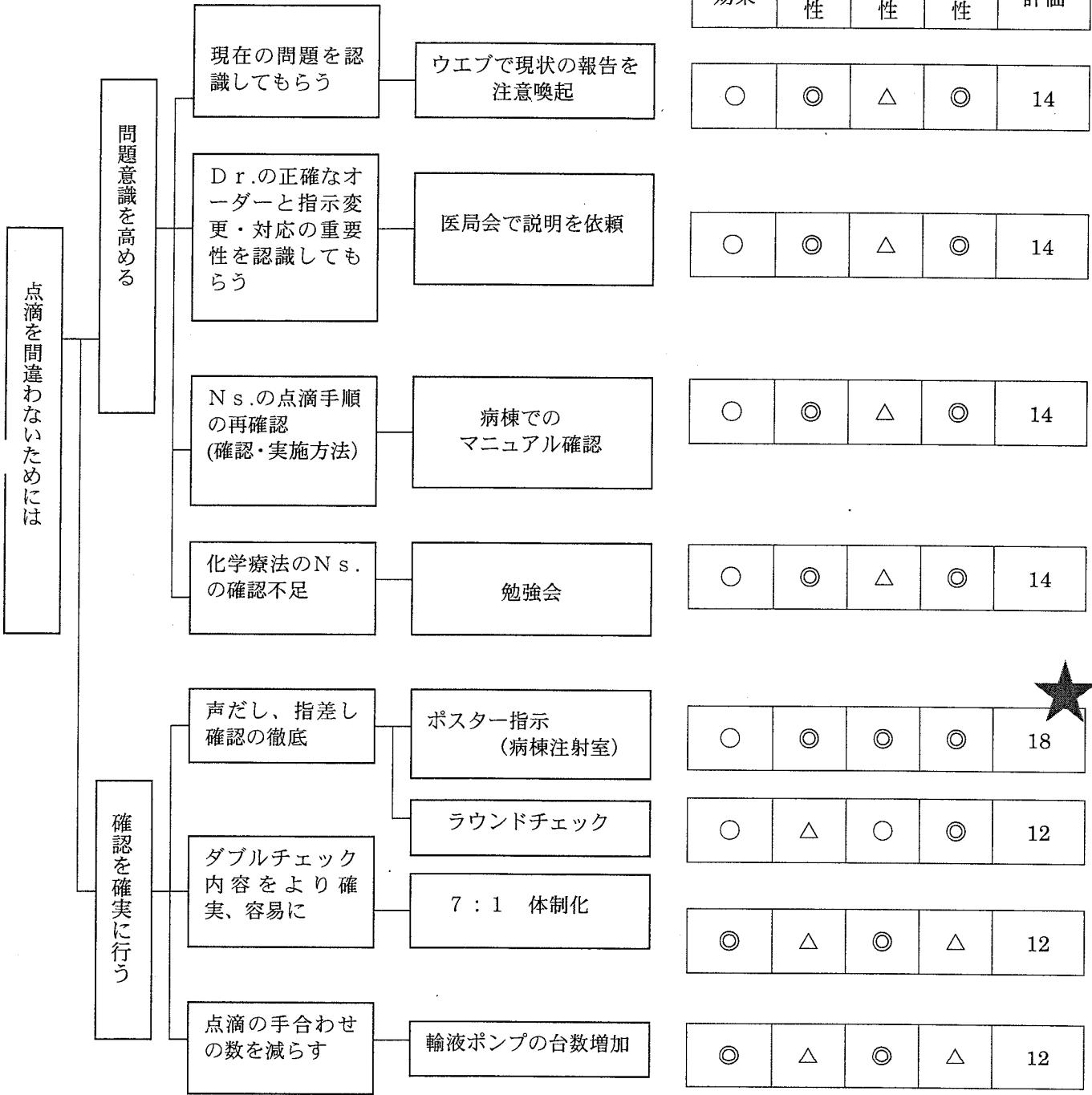
### 要因解析

#### 医師からの指示ミス

#### 指示と点滴実施のチェック不足



対策立案



◎…5点 ○…3点 △…1点 ×…0点

## 対策実施

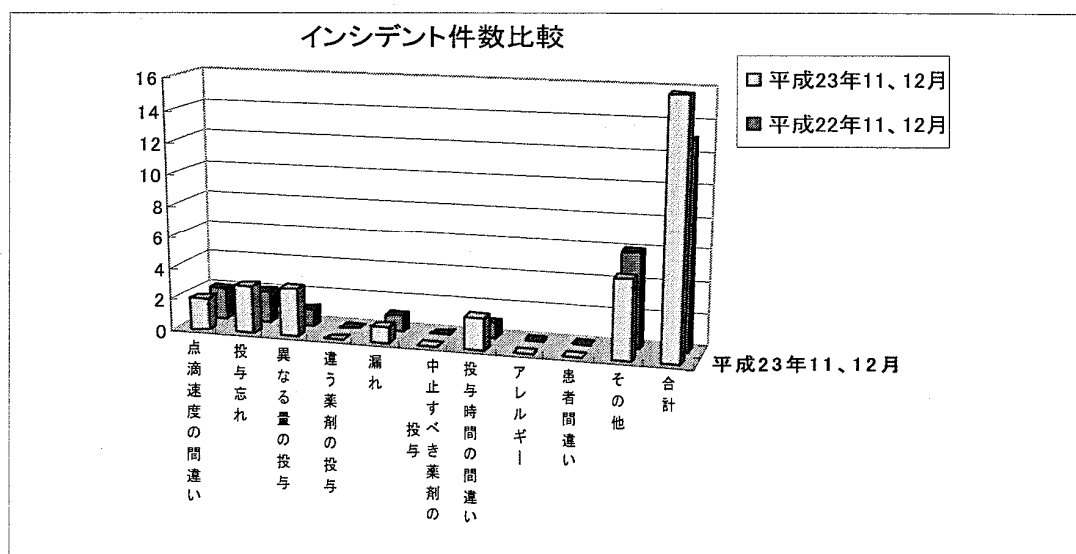
何を	いつ	どこで	誰が	どうする
ポスターを掲示 病棟注射室 医局	11月	病棟	メンバー	病棟注射処置室に ポスターを貼る
院内ウェブで現状 の報告を注意喚起	11月 12月	院内ウェブの 流せる部屋で	メンバー	ウェブにインシデ ントの注意を流す

※ 対策立案時、評価点数 14 点以上を実施予定としたが、時間の都合上すべてを実施するのは困難であると思われたため、今回は見合わせた。

## 効果確認

### インシデント報告件数

内容	平成 22 年 4 月～ 平成 23 年 5 月	平成 22 年 11、12 月	平成 23 年 11、12 月	平成 22 年と 平成 23 年の 差
点滴速度の間違い	25	2	2	0
投与忘れ	24	3	2	-1
異なる量の投与	21	3	1	-2
違う薬剤の投与	19	0	0	0
もれ	11	1	1	0
中止すべき薬剤の投与	9	0	0	0
その他	6	5	6	+1
投与時刻の間違い	5	2	1	-1
アレルギー	2	0	0	0
患者間違い	1	0	0	0
合計	123	16	13	-3



上位 3 件；『点滴速度の間違い』・『投与忘れ』・『異なる量の投与』について平成 22 年と平成 23 年の 11 月、12 月のインシデント件数を比較したところ報告件数は 3 件減少した。目標は達成できなかったが、“30%削減”することができた。

## 標準化

何を	いつ	どこで	誰が	どうする
院内ウェブで現状の報告を注意喚起	毎月	院内ウェブの流せる部屋で	メンバー	院内ウェブにインシデントの注意を流す

## 効果確認

“注射間違い”に関わるインシデント対策を講じ、一年前の同一時期での2ヵ月間におけるインシデント件数を比較したところ、目標の50%削減には達しなかったものの約3割の減少を認めた。ある一定の効果は得られたと考えられなくもないが、2ヶ月の観察期間における比較対象とした一年前のインシデント件数が16件と少ない中での取り組みとなったこともあり、効果の検証としてはインパクトの弱いものとなってしまった。

対策が、最終的には啓蒙活動のみとなった。

メンバー内に病棟スタッフがいなかったため、各病棟にアンケートや個別に聞き取りを行うなど情報収集を図ったものの、病棟内での現状を十分に把握しきれていなかった可能性があり、要因解析にまだ考慮すべき因子が存在していたかもしれない。

インシデント報告において注射間違いの内容は様々であった。そのためインシデントの内容を分類しポイントを絞って対策を講じようとする対象となる件数が少なくなり効果検証が難しく、また注射間違い全体を取り上げると多岐にわたるため対策が講じにくい、といった取り組みにくさがあった。

今後は各職場の実態に応じた医療安全対策に取り組みたい。