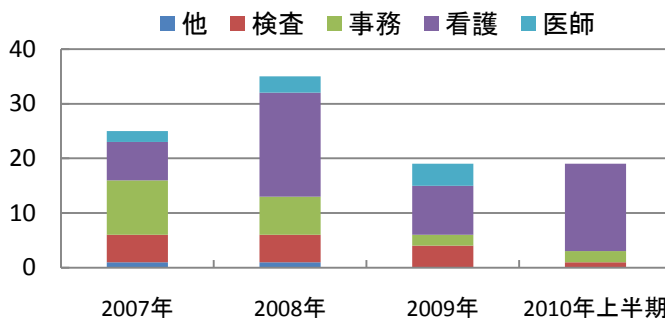


京王八王子クリニック インシデントレポートまとめ2

2007年1月1日～2010年6月 上半期[発生件数(累計):98件]

●年度別発生件数の推移

	2007年	2008年	2009年	2010年上半期
他	1	1		
検査	5	5	4	1
事務	10	7	2	2
看護	7	19	9	16
医師	2	3	4	
	25	35	19	19



2007年1月～2010年6月までの3年6カ月間のインシデント報告数は98件であった。
 例年20件前後の報告数であるが2008年は35件と報告件数が多かった。2010年上半期であるが、既に19件と前年総数と同じ報告数であった。
 部門別の全発生件数の比率[部門件数/全体件数]では、医師:9件(9.2%)、看護:51件(52.0%)、事務:21件(21.4%)、検査:15件(15.3%)、他:2件(2.0%)であった。

●部門・発生内容別の分類と事例

医師部門	医師					計	2009・2010年(上半期)の事例
	07	08	09	10(上)			
誤認	1		3		4	4	・偶数、奇数日を間違え紹介状を渡す(小児科)
指示		1	1		2	2	・診察呼び込み時の患者誤認(内科)
実施もれ	1	1			2	2	・診察呼び込み時の患者誤認(小児科)
確認		1			1	1	・口頭による処方内容伝達の際のカルテへの記入漏れ
用法用量					0	0	

- ・患者さまを診察室へ呼び込む際の誤認に関しては、診察室へ入った際に、再度名前を確認することを徹底する。
- ・医師スタッフ間の連携ミスは、小児科スタッフ会議を発足させ2週間に1度の開催において連携を強めていくこととした。(2010年8月より会議開催)

看護部門	看護					計	2009・2010年(上半期)の事例
	07	08	09	10(上)			
確認		2	2	8	12	12	・DTP接種者(3回目)予約時の間隔日数カウントのミス
説明不足	3	1	1	2	7	7	・薬局への処方FAXでの連携ミス
実施もれ		3	2		5	5	・Dr指示の薬を、処方箋に記入もれ
手技		3		2	5	5	・尿培養検体の提出忘れ
連携	1	1	1	1	4	4	・乳児健診測定結果の記入時の誤認
管理		2		2	4	4	・小児科予約の患者さまを、小児科待合で1時間放置してしまった
接遇	2	1	1		4	4	・診察室への患者さま呼び出しでの、看護への接遇苦情
用法用量	1	2			3	3	・点滴スピードの指示を誤読してしまった
誤認		1	1		2	2	・除去食指示書更新時の確認ミス
指示誤読			1	1	2	2	・麻疹IgGの採血指示を風疹IgGと間違える
認識不足		1			1	1	・休日前の採血項目確認ミス
判断		1			1	1	・開封し24時間経過したワクチンを接種してしまった
転倒		1			1	1	・検体の記載および確認ミス

- ・看護部門の積極的なインシデント報告により、2010年上半期だけで、前年を上回る報告数16件となった。確認ミスのインシデント報告が圧倒的に多いのが特徴である。背景に、患者数の増加による多忙も要因の一つと考える。ゆえに、確認の徹底ならびに業務マニュアルの見直しを行っていくことが重要不可欠である。

事務部門	事務					2009・2010年(上半期)の事例
	07	08	09	10(上)	計	
確認		1	2	2	5	・患者さまを不在扱いとし、45分待たしてしまった
誤認	2	2			4	・治癒証明書の学校名記入欄の記入ミス
連携	1	2			3	
接遇	2	1			3	
説明不足	2	1			3	
実施もれ					0	
管理	1				1	
認識不足	1				1	
判断	1				1	

- ・事務部門では、2009年、2010年のインシデント報告数が減少している。実際にインシデントが発生しないのか、発生しているがインシデント報告までに至っていないのか調査が必要と考える。
- ・2008年まで発生していた保険証の返却トラブルに関しては、保険証の返却時に、カルテにチェックすることでトラブル防止に繋がったといえる。

検査部門	検査					2009・2010年(上半期)の事例
	07	08	09	10(上)	計	
誤認	1	3	2		6	・カウンタにて、患者さま呼び込みの際の誤認
実施もれ					0	・尿検査での誤認
手技					0	・血算試薬切れによる血液測定ができなくなる
指示誤読					0	・肝炎検査未実施での胃カメラの予約を取得してしまった
確認		1			1	・紹介状発生時の認識不足と連携ミス
転倒					0	
管理	2		1		3	
説明不足			1		1	
連携					0	
接遇	1	1			2	
認識不足	1			1	2	

- ・検査部門では、患者誤認のインシデント報告が、通年発生していることが特徴である。確認の徹底を行っていくとともに、誤認を起こさないシステムの構築が必要である。
- ・他院への紹介方法のマニュアル化を構築した。

他	他(環境アメニティーなど)					2009・2010年(上半期)の事例
	07	08	09	10(上)	計	
転倒	1				1	
接遇					0	
広報		1			1	

- ・ここ数年の環境アメニティーなどのインシデント報告は、発生していないのが現状であるが、院内の危険の洗い出しを行い積極的な環境の改善を図っていきたい。

●まとめ

・2007年1月～2010年6月までの、発生したインシデント報告の集計と分析を行う中で、各部門においてのインシデントの特徴・傾向が明らかになった。

発生したインシデントに対しては、同じインシデントを繰り返さないための改善策構築を行ってきているが、通年繰り返されるインシデント(患者誤認、確認ミス)に関して、日頃の注意喚起とシステムの見直しをが重要であると感じた。

今後も、患者さまに安心し、利用して頂けるクリニックを目指し、積極的に、リスクマネージメントに取り組んでいきたいと考える。

文責：札元将史(当クリニック リスクマネージャー)