

# 当院における注射インシデント報告書の分析

Analysis of incidental report for injection

事故対策推進委員会：小高 玲子・堀内 和枝  
小野千恵子・根本三代子

## 〈要 旨〉

2000年3月から9月までの注射に関するインシデントは、177件であり全インシデントの26%だった。そのうち注射準備段階のインシデントは63件、注射施行時のインシデントは124件だった。注射業務の方法が各部署で異なり、それぞれの部署の中でも決められたことが守られていないことが問題である。事故防止のために厳守すべきポイントは、注射の指示受け・準備・カクテル・施行時それぞれにサインが必要。準備及びカクテル時に必ずダブルチェックをする。

注射ワークシートをベッドサイドにもって行き注射薬とシートと患者を確認することが重要である。

## 〈キーワード〉

インシデント・事故防止・ベッドサイド確認

## 1. 研究目的

医療事故の報道が後を絶たず、自分達の行為の安全対策を徹底することが急務となっている。

事故対策委員会では、薬剤に関してインシデントレポートの他に誤薬追跡調査表にもチェックしてもらい、どの段階でのインシデントであったかを分析した。そして病院全体としての注射業務に関する問題点を探り、事故防止につなげる方策を検討するためにこの研究にとりくんだ。

## 2. 方法

- 1) 2000年7月から9月までの3ヶ月間の注射に関するインシデントレポート及び誤薬追跡調査表の分析。(今回は注射薬に関してのみ報告する)
- 2) 注射業務に関しての各病棟の現状を知る。
- 3) 以上より注射業務に関して厳守すべきポイントをまとめる。

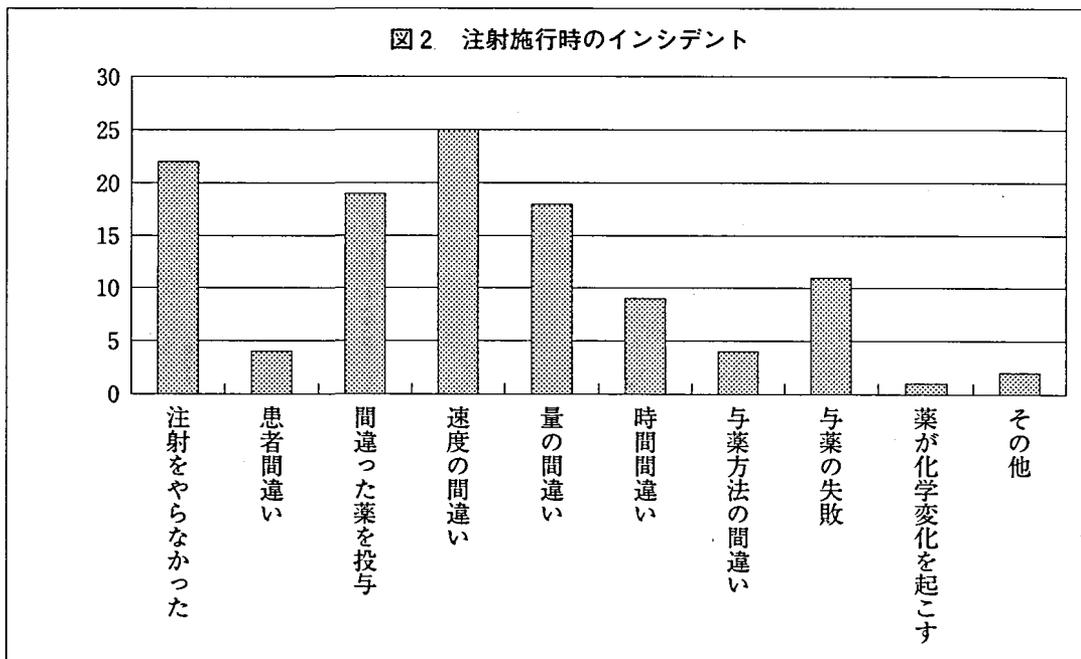
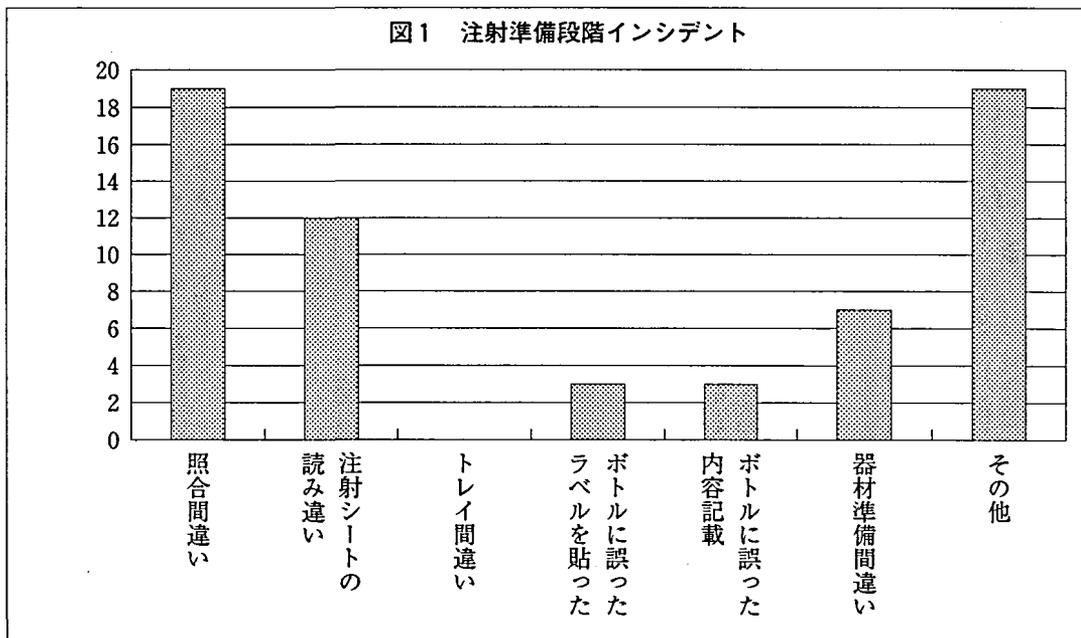
## 〈言葉の定義〉

インシデント：何かのきっかけで、通常とは違う出来事が偶発的に起こった事例

## 3. 結果及び考察

7月から9月までの3ヶ月間の注射に関するインシデントは177件であり、全インシデント675件中の26%だった。そのうち注射の準備段階のインシデントは63件(36%)であり、照合間違いが18件(10%)、注射シートの読み違いが12件(7%)だった。その他の19件の内容は、注射シートを見落とし施行が遅れた。麻薬の空アンプルを捨てた。ボトルに時間配分の記入を忘れた。医師施行の注射薬の注射器が床に落ちており、施行時間が遅れたなどだった。(図1)。注射施行時のインシ

デントは、124件(70%)であり、多かったものは注射をやらなかった。速度間違い。量の間違い。時間間違いなどだった。(図2)



各病棟の注射業務に関する現状は、注射の指示受け・準備・カクテル時それぞれの段階ごとに、サインをしている部署は5部署だった。定時オーダーの準備・カクテル時にダブルチェックしていない部署は1部署であり、ほとんどの部署でダブルチェックがおこなわれていた。ダブルチェックにより間違いに気がついたというインシデントの報告も4件あった。しかし臨時オーダーの時ダブルチェックしている部署は5部署しかなく、一人で準備、施行し間違えたインシデントの報告もあっ

た。臨時オーダー時のダブルチェックの徹底が必要であると思われる。

またヘパリン入りの点滴を20のオーダーであったが、40で設定してしまったなどのインシデントがあった。注射薬と注射ワークシートをベッドサイドへもって行き、流量などを確実に確認していれば防げたと思われるインシデントは33件（19%）あった。

注射業務の方法は各部署で異なり、部署移動した時などの混乱が伺えた。そしてそれぞれの部署の中でも決められたことが守られていない状況であり、指示受けサインや施行サインのないものがあった。また注射ワークシートをベッドサイドにもって行くと決められている病棟でももって行っていない人もおり、徹底されていないことが問題である。

#### 4. まとめ

以上より注射業務に関して厳守すべきポイントをまとめた。院内で統一して施行できるように各病棟で検討していただき、事故対策委員会でも病棟ラウンドや委員会をとうして事故防止を推進していきたい。

- 1) 注射の指示受け・準備・カクテル時・施行時それぞれにサインをする。
- 2) 準備及びカクテル時には、必ずダブルチェックをする。
- 3) 注射ワークシートをベッドサイドに持っていき、確認をする。

#### 参考文献

- 1) 山内桂子・隆久：医療事故，朝日新聞社，2000.
- 2) 佐藤路子：投薬ミスを防ぐ取り組み，月刊ナースデータ，21(3)，28-32，2000.
- 3) 古橋洋子：なぜアットハットするのか，看護実践の科学，21(7)，6-10，1996.