

いつも、インシデント報告ありがとうございます

2016.6.21

京大病院医療安全情報80

【点滴の誤認をなくそう】

照合したのに、なぜ？
患者誤認・薬剤誤認！！



事例①患者誤認

患者Aの点滴だけをベッドサイドの椅子に置き、名乗らせ確認をしてバーコード照合を行なった。不足物品があったのでワゴンをベッドサイドに持ち込んで、点滴をつないだ。その際、椅子に置いていた患者Aの点滴ではなく、ワゴンに乗っていた患者Bの点滴を誤ってつないでいた。

事例②薬剤誤認

4台以上のシリンジポンプを用い薬剤を投与していた。フロセミドをシングルチェックして更新した。点滴締めの際に、本来フロセミドが投与されているはずのポンプにプログラムがセットされていることに気づいた。プログラムが過剰投与され、フロセミドは投与されていなかった。

事例③バーコード通し忘れ

一人の患者に4剤の点滴投与が同時刻にあったため、1つのトレーに入れて訪室した。2剤はバーコード照合したが、残り2剤はバーコードを通し忘れていたことに気づかずに投与した。結果的に、患者や薬剤の誤認はなかった。

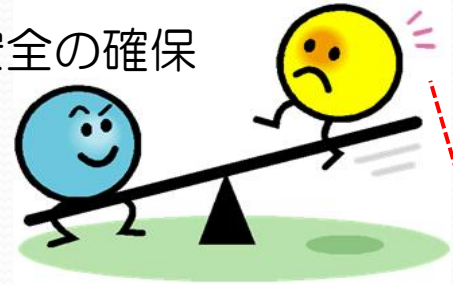
【誤認撲滅キャンペーン実施中】

患者誤認・薬剤誤認の背景

- ・ルール違反
- ・取り違いを誘発しやすい環境

作業効率の向上

安全の確保



- ・ワゴンに複数患者の点滴を乗せる
- ・点滴の連続照合

最初は
最後は

名乗らせ確認！ 指さし呼称！



点滴開始時



更新したシリンジと捨てるシリンジのラベルを指さし呼称

もう一度 認識しよう☆

バーコード照合はオールマイティーではありません

バーコードで照合できる内容は
2点だけです！

- ・正しい患者か？
- ・今日の点滴指示か？



薬剤名など
内容を確認
してから
「登録」

バーコードで検出できないエラー

- ・投与経路間違い
- ・投与時間、タイミング間違い
- ・投与順番間違い
- ・ラベルの貼り間違い（同一患者内の薬剤）
- ・連続照合後の薬剤接続間違い
- ・バーコードを通したつもり（照合忘れ）

人間が確認するしかありません

医療安全管理室作成