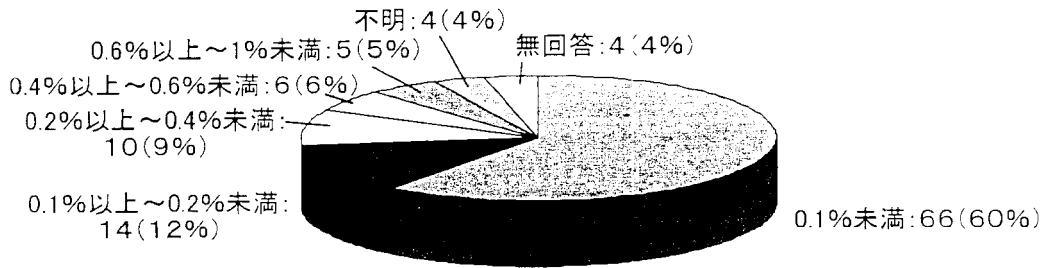
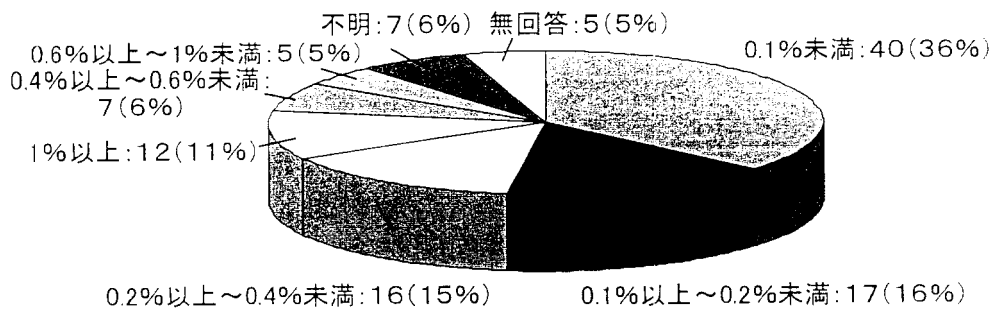


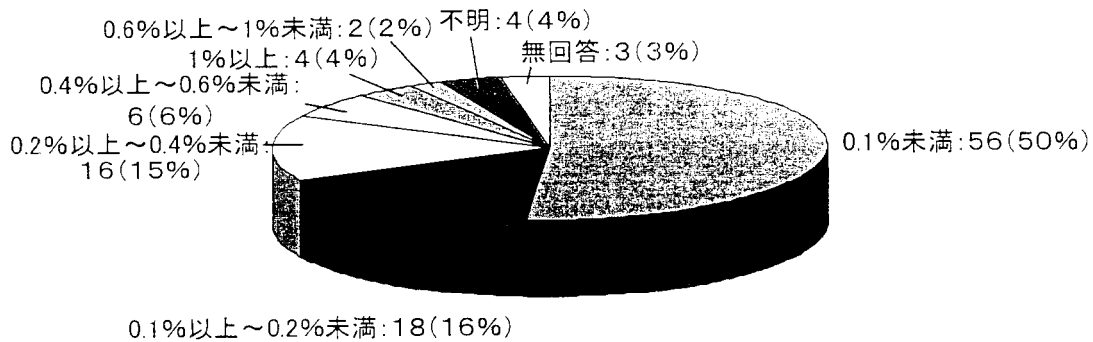
問 30 ICUにおける経管栄養に関するヒヤリ・ハット発生率/患者/日はどれくらいですか。



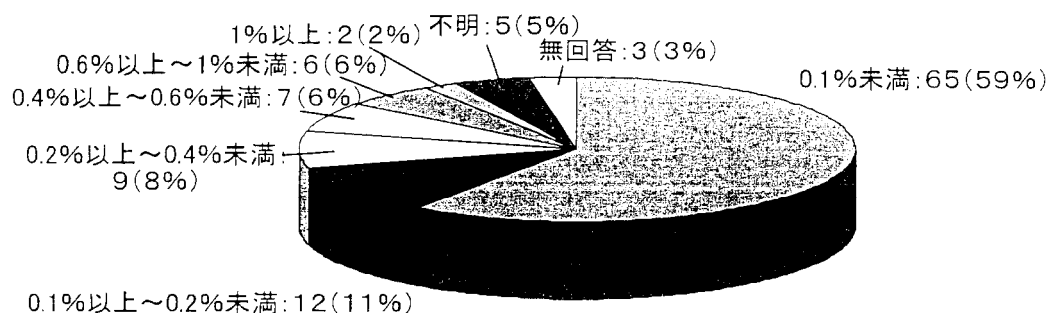
問 31 ICUにおける薬剤（注射用薬剤のミキシングなどを含む、投薬忘れを含む、内服薬は含まない、1回静注時の誤投与は含まない）に関するヒヤリ・ハット発生率/患者/日はどれくらいですか。



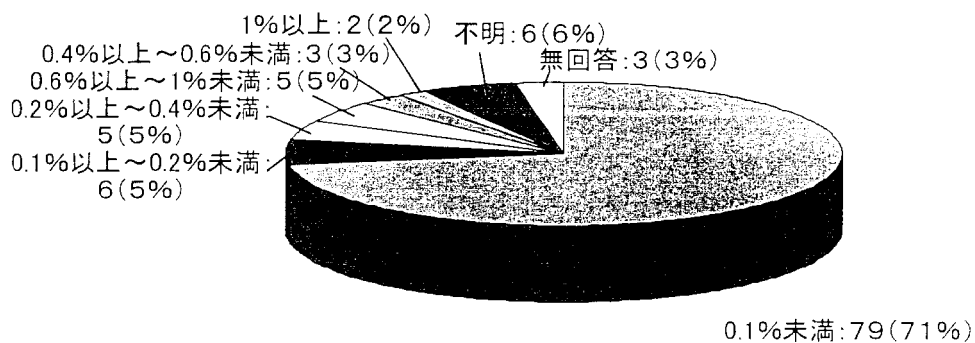
問 32 ICUにおける内服薬に関するヒヤリ・ハット発生率/患者/日はどれくらいですか。



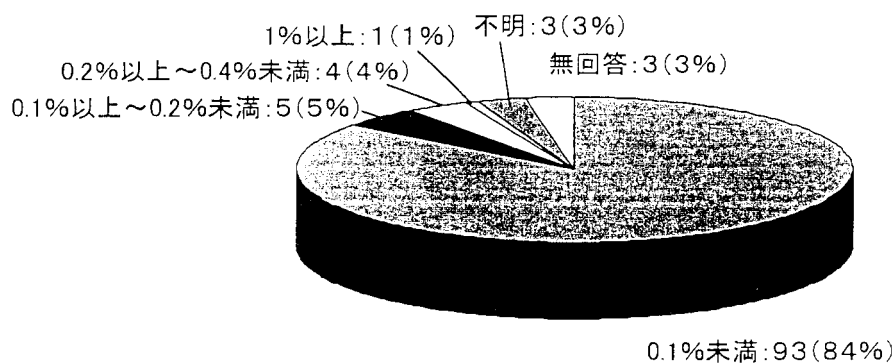
問 33 ICUにおけるME 機器関連（誤作動、故障など）に関するヒヤリ・ハット発生率/患者/日はどれくらいですか。



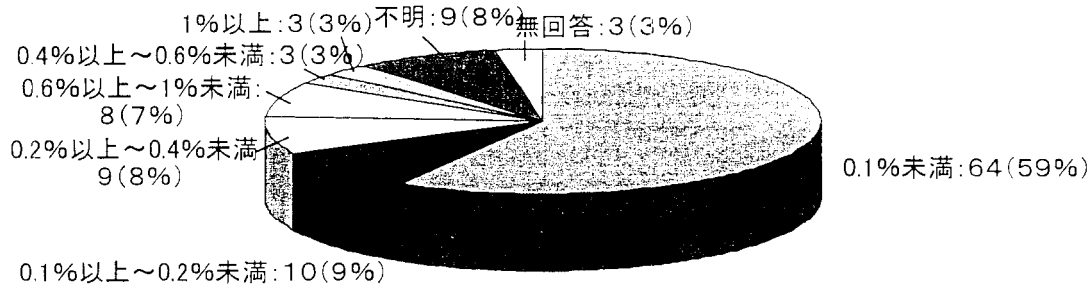
問 34 ICUにおける検査に関するヒヤリ・ハット発生率/患者/日はどれくらいですか。



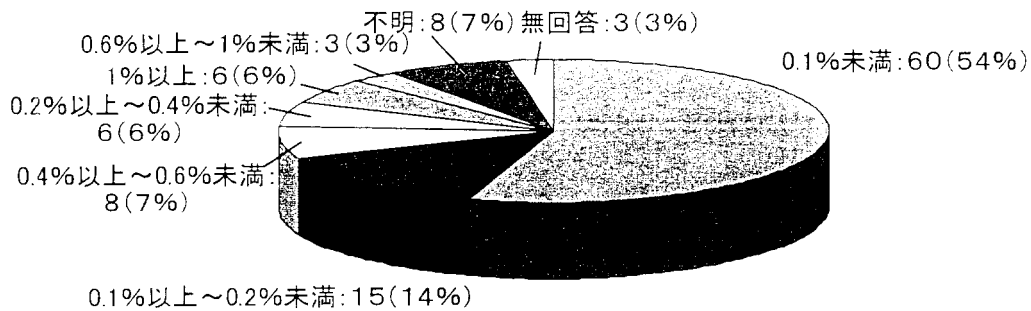
問 35 ICUにおける転倒転落に関するヒヤリ・ハット発生率/患者/日はどれくらいですか。



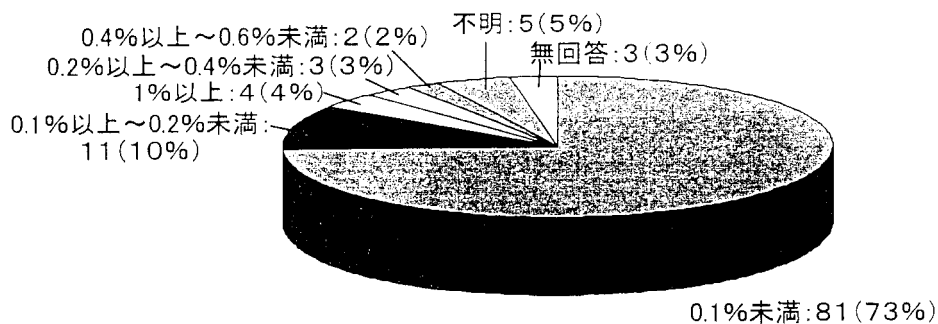
問 36 ICUにおける看護ケア（抑制）に関するヒヤリ・ハット発生率/患者/日はどれくらいですか。



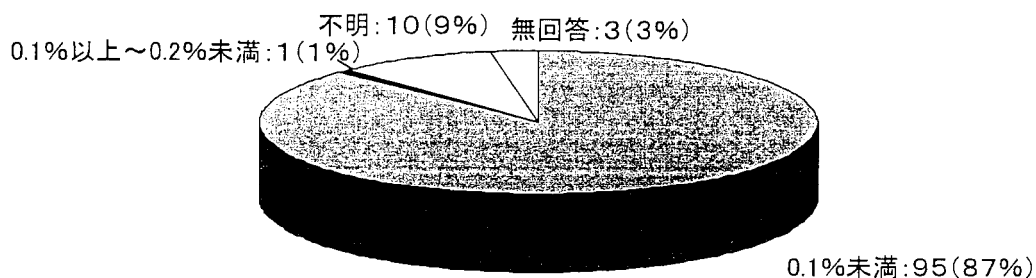
問 37 ICUにおける看護ケア（抑制以外）に関するヒヤリ・ハット発生率/患者/日はどれくらいですか。



問 38 ICUにおける記録に関するヒヤリ・ハット発生率/患者/日はどれくらいですか。

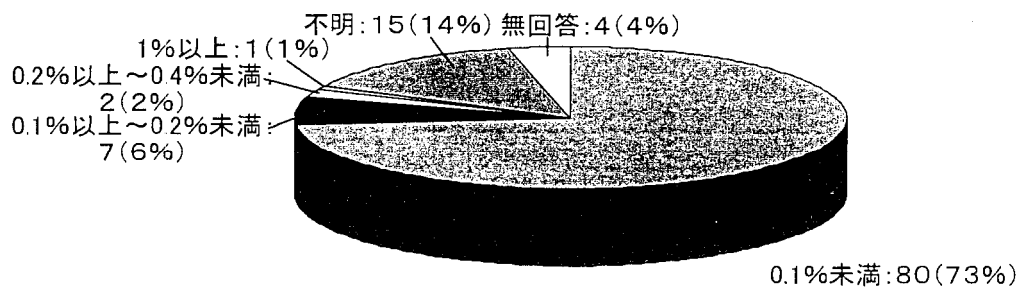


問 39 ICU におけるインフォームドコンセントに関するヒヤリ・ハット発生率/患者/日はどれくらいですか。

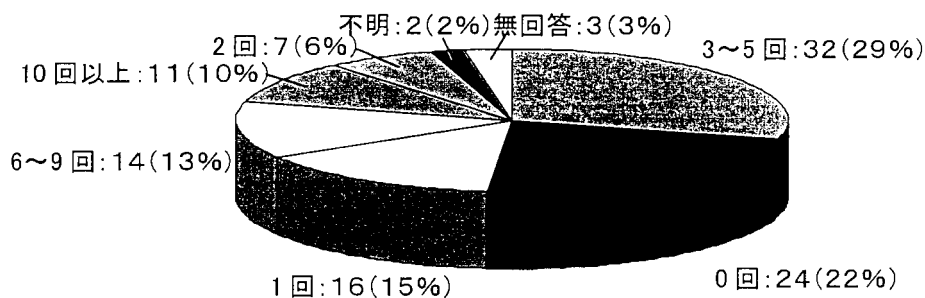


問 40 ICU における感染（血流、創、尿路の全てを含む）に関するヒヤリ・ハット発生率/患者/日はどれくらいですか。

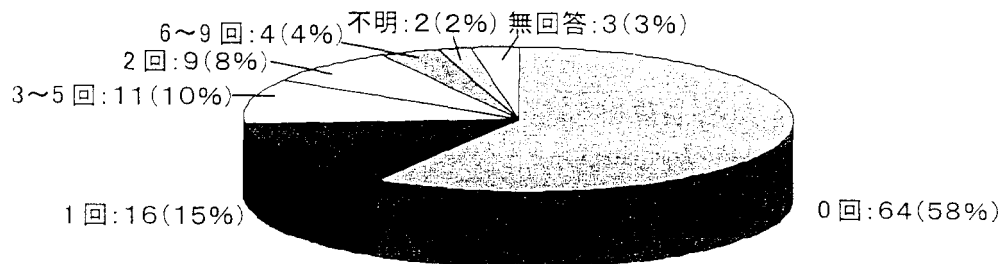
以下の質問には5ヶ月間に発生したヒヤリ・ハットの全回数を記載してください。



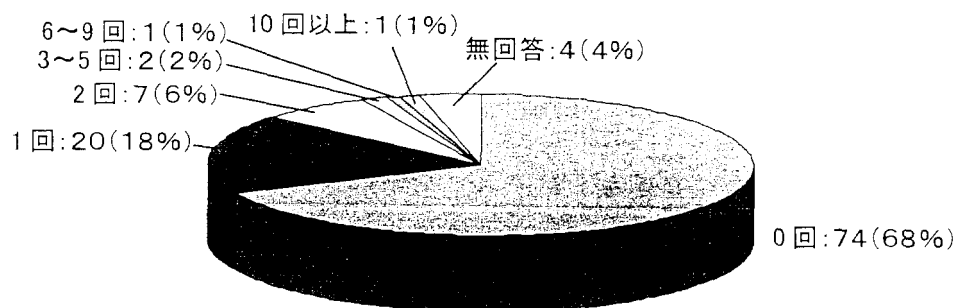
問 41 輸液ラインの事故抜去は5ヶ月間にどれくらいありましたか。



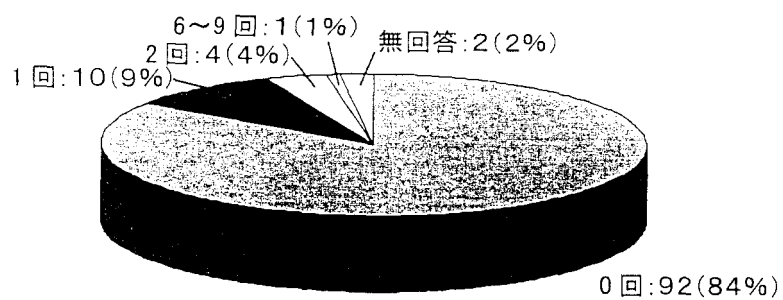
問 42 観血的動脈圧ライン接続不良は5ヶ月間にどれくらいありましたか。



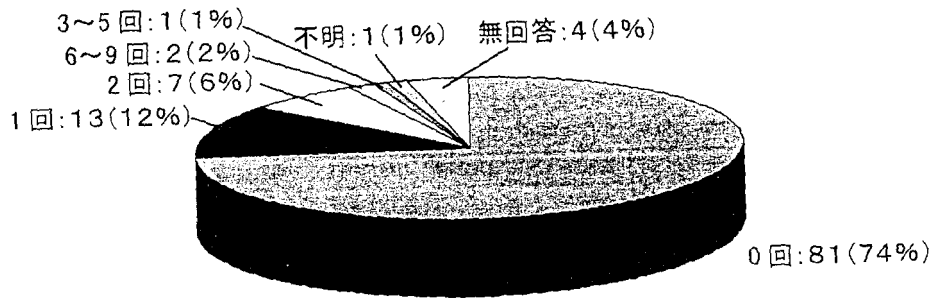
問 43 人工呼吸回路接続不良は5ヶ月間にどれくらいありましたか



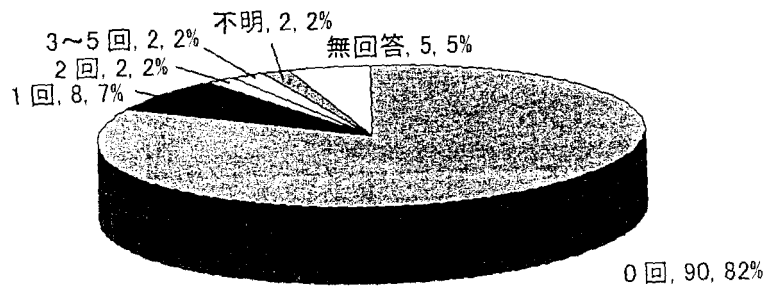
問 44 人工呼吸器の停止（電源コンセント、バッテリー、その他、全ての原因を含む）は5ヶ月間にどれくらいありましたか。



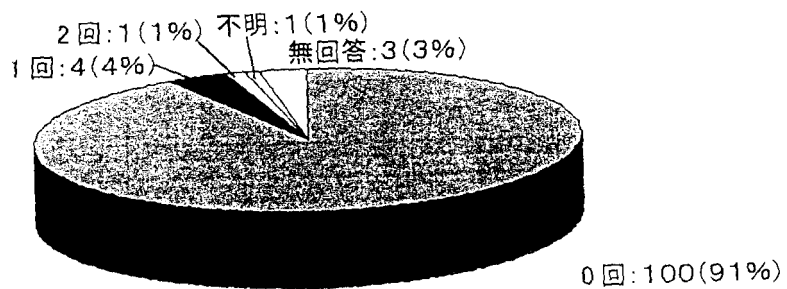
問 45 血液浄化装置の停止（電源コンセント、バッテリー、その他、全ての原因を含む）は5ヶ月間にどれくらいありましたか。



問 46 血液浄化器（ダイアライザー等）や回路内に気泡が混入したことが5ヶ月間にどれくらいありましたか（患者の体内には入らなかった事例と考えてください）。



問 47 IABP のバルンカテーテル破損は5ヶ月間にどれくらいありましたか。



以上で質問はすべて終了ですが、最後に差し支えない範囲でアクシデント（頻度、具体的な事例等）について述べていただければ幸いです。

アクシデント；

- ・当センターの指示忘れや、薬誤認はインスリンの注射における指示忘れや、投与ミスが多い。
- ・インシデント→挿管チューブの抜去が5ヶ月間で3件。腹部手術後の胃管カテーテルの自己抜去が5ヶ月間で3件。手袋と上肢の抑制帯で抑制するも抜去される。挿管チューブを脳外の麻痺のある患者が健側の足を使って抑制を外し、抜かれました。効果的な抑制を検討中です。
- ・ドクター、ナースなど個人の能力の低さによると思われるものが多い。リピーターも多い。そういう人にとのように対処すべきか困っています。
- ・気管挿管中で抜管をするために鎮静薬のウィニング中、抜管をされることが多い。
- ・動脈ライン自己抜去あり
- ・術後の患者を手術室のベッドからICUベッドへ移す際に中心静脈カテーテル抜去となったことが続けて2件あった。手術室における挿入後の固定方法を検討し、その後はない。
- ・重要なインシデントであるが直ぐ発見し対応できた。①ディプリバンで鎮静中であるにもかかわらず、挿管チューブが抜けていた。②抑制していたが自己抜管していた。
- ・インシデントでは経鼻胃管チューブの自己抜去 10例、動脈ラインの自己抜去 4例（本年1月～5月まで）。
- ・1/1～5/31まで3a（処置を要した）が3例あった。①AVインパルスの実施のため、左下肢の骨突出部が圧迫され、暗紫色となり治療を要した。②意識の清明な患者が胃管を自己抜管し、再挿入した。③持続鎮静中の患者の動脈ライン波形が出ていないことに気づき訪室したが、動脈ラインが抜けていた。鎮静中であるが時に上肢が水平に動くことがあった。発見 20分前までガーゼ交換の処置を行い、ベッド柵をあげ、傍らを離れ、その時は異常がないことを確認している。その後手の動きがあり、ルートがひっかかり抜けたことがあった。
- ・意識のない患者様の末梢をあたためようとして両手指に広範囲の熱傷をおわせた（シーツをかけていて観察が不十分だったために発見が遅れる。）
- ・(3b)以上は発生していない。
- ・重症例が多いこともあり患者自身が原因となるアクシデントの発生率は低い。つまり、それ以外は医師や看護師の確認不足や伝達ミスが原因となるケースである。その為、事故防止対策としては手順に沿って確実に「確認」をどのように行うか、事例を元にスタッフ間で検討し、実践するようにしている。また、ME機器については繰り返し説明会等を行い、機器を理解し、安全に使用できるようにしている。
- ・当施設ではインシデントレポート報告数が450から500件/月と多く、その中でレベル0が約30%、レベル1が約50%程度です。ICUにおいては、ルート・3方活栓のトラブル及び薬剤関連のトラブルが多い。
- ・ICUから病棟に呼吸器とともに患者を移動したとき、担当看護師と麻酔科医とで確認し人工呼吸器を接続した。サーボ人工呼吸器の電源は入っていたが、スイッチが入っておらず作動していなかった。すぐ発見し作動させた。

- ・レポートの一番多いものは、輸液剤の内容や滴下数に関するものである。これらの変更はシステム上深夜0時が多く、アクシデント発生のリスク要因になっている。レベル0からレベル1以内のものは、厳密にはもっと多い。気管挿管チューブと人工呼吸器の接続部の緩み、輸液ラインの閉塞など、ME機器のアラームや観察確認ですぐに気づき、対処しているものはレポートに記入していないものがある。
- ・体外式ペースメーカーのペーシングカテーテルの先端による心筋損傷
- ・アクシデントとしての事例は現在までのところ発生していません。
- ・利尿薬(ラシックス)の過剰投与
- ・本年度のデータ集計がまだ済んでおらず、正確な発生率が出せず不明の箇所が多くある。
- ・この5年間ICUではアクシデントは無い。