

5 委員会活動

■安全管理委員会

今年度の新たな活動として、組織体系を変更したことです。安全管理委員会の下部組織として、今まで安全推進委員会がありましたが、それを2つに分け、看護部のセイフティーマネジメント委員会と看護部以外のスタッフで構成される医療安全検討委員会で活動することになりました。それは、平成18年度から薬剤と医療機器の安全に伴う委員会を設置することが義務付けられたため、それを医療安全検討委員会に並存して活動を行うためでした。ここでは、安全管理委員会のまとめとして、前年度同様の考察、振り返りをしたいと思います。

ヒアリハット報告

H19. 部署別	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	総計
看護部	31	33	39	37	33	30	32	34	40	29	25	25	388
栄養科	13	10	11	12	12	11	5	13	11	12	9	12	131
臨床工学科	2	2		2	1							2	9
薬剤部		1		2				2	1		1		7
医事課				1	1		1	1		1	1		6
放射線部	2								2	1			5
生理検査科		2	2	1									5
リハビリテーション科											1	1	2
医局		1											1
計	48	49	52	55	47	41	38	50	54	43	37	40	554

昨年度の報告件数は、436件でしたので、報告件数が多くなってきております。特に、栄養科での報告が、83件から131件と約1.5倍の報告件数となっております。現在、直接栄養科に訪問し、問題点を解析し検討中です。

部門別、職種別の検討は昨年度と同様であるため、省略いたします。

H19. レベル別	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	総計
レベル1	42	42	46	48	41	38	35	43	49	37	32	37	490
レベル2	6	7	5	5	6	3	3	7	4	6	5	3	60
レベル3			1	2					1				4
計	48	49	52	55	47	41	38	50	54	43	37	40	554

レベル別では、昨年度レベル3が10件報告されていますが、19年度は4件となっています。また、レベル0の報告体制も整え、それを検討することでそのヒアリハットを予防できる可能性が考えられます。詳細な検討はまだですが、かなりダブルチェックで実施以前の発見ができています。

H19. インシデント大分類	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	総計
給食・栄養	13	10	13	13	13	12	5	14	15	12	9	14	143
処方・与薬	6	8	5	6	7	8	7	11	14	10	9	5	96
検査	6	8	4	6	4	7	8	2	5	6	2	3	61
療養上の世話	7	5	4	8	2	5	5	4	5	4	2	2	53
ドレーンチューブ類の使用管理	5	5	9	1	3	1	4	6	3	8	4	3	52
与薬準備	2	6	5	5	3	1	2	4	2	1	1	3	35
その他の療養生活の場面	1		3	4	2	2	2	3	3		2	2	24
情報伝達過程	2	1	4	1	3	3		2	1		2	2	21
医療用具(機器)の使用管理	1	1	2	5	6		2		3			1	21
調剤・製剤管理等		1		2		1		1	1		3		9
その他の治療		1										1	2
オーダー・指示だし		1						1					2
処置												2	2
その他	5	2	3	4	4	1	3	2	2	2	3	2	33
計	48	49	52	55	47	41	38	50	54	43	37	40	554

栄養科からの報告が多いこともありますが、給食・栄養にかかわる報告が多くなっています。次に、処方や与薬に関する報告があり、これもダブルチェックで未然に事故に至るのを防ぐことができていますが、できない場合、重大な事故に繋がる可能性があり、今年度検討の最重要課題と考えております。

昨年度から病院機能評価機構に報告する様式が変更になり、事故場面別集計も施行しておりますが、経口摂取、内服、与薬準備という場面で多くの報告があります。

事故内容別集計では、給食与薬以外の療養上の世話でおきる転倒・転落が59件発生しております。

H19. インシデントエラー要因	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	総計
確認	41	44	45	44	39	35	33	44	47	39	34	35	480
心理的状況	30	27	33	32	24	26	20	29	26	20	18	20	305
勤務状況	23	18	24	25	21	20	16	26	28	16	22	19	258
観察	22	24	23	19	18	17	20	21	27	16	17	21	245
判断	18	27	26	28	20	18	15	18	20	17	17	19	243
記録等の記載	17	16	14	13	15	13	11	14	18	8	13	17	169
連携	14	16	18	15	16	14	13	17	18	9	11	14	175
知識	14	20	15	16	14	15	13	15	16	10	13	17	178
身体的状況	14	16	15	14	14	11	9	14	19	11	12	15	164
環境	13	14	15	10	13	11	11	14	18	10	14	16	159
技術手技	13	22	16	16	15	14	11	14	14	9	12	16	172
報告等	13	19	15	15	14	14	10	15	17	12	12	17	173
システム	9	11	11	9	10	11	5	8	14	11	9	11	119
患者・家族への説明	8	12	12	5	11	9	7	11	13	5	10	11	114
教育・訓練	7	13	8	8	11	9	8	9	14	6	10	11	114
医療用具	5	3	9	7	10	7	6	4	14	4	9	7	85
薬剤	4	5	5	5	8	6	7	5	14	4	9	8	80
諸物品	2	3	6	4	10	6	5	4	14	4	9	7	74
施設・設備	1		1	4	3	2	1	1	3	2	4	3	25
患者の容貌・年齢・姓名の類似	1			1					1				3
その他	4	3	8	4	8	6	5	8	9	5	6	10	76
計	273	313	319	294	294	264	226	291	364	218	261	294	3411

インシデントエラー要因の検討では、確認、心理的状況、勤務状況が上位をしております。確認では、確認が不十分であった、心理的状況では、思い込み、ほかのことに気を取られていた、慌てていたと報告されてい

ます。勤務状況では、多忙であった、夜勤だったが多く報告されています。

勉強会では、札幌医科大学安全管理室室長であります宝金先生にお願いし、「札幌医科大学附属病院における安全管理」でお話をいただきました。医療機器に関する安全対策へのヒントも教えていただき、今後の安全への参考となるものでした。今後も、年2回を目安に勉強会を行っていく予定です。

今後の課題として、上記まとめを元にした対策の検討、マニュアル整備を推進していきたいと考えます。

文責 野澤 明彦