

■安全管理委員会

平成20年度の安全管理委員会の前半の活動は、インシデント報告の報告とその分析を院内統一の背景因子分析で行うことができるようになった。しかし、その内容を院内に周知させることが難しく、今後の課題と考えられる。しかし、薬剤安全委員会、医療機器安全委員会の設置に伴い、医療安全の細分化も行われ、業務の分担も可能なる環境が整ってきており、今後の各委員会の積極性に期待したいと思う。

昨年度は、医療安全管理者講習を受講した。今後の当院における医療安全のあり方について考察し、今後の医療安全行動計画について述べたい。

当院での医療安全のあり方

医療安全は医療の質そのものであり、病院の組織や個人、または設備、経営そのものであることを再確認した。今までの医療安全活動は、ヒアリハットの収集と分析に止まっていたが、それ以外の切り口で医療安全を行っていくことが必要であると考えられるようになった。

インシデントアクシデントは個人の不注意、確認不足であるとの認識が強く、システムに原因があるとの認識、人は誰でも間違えるという認識の上に立って、行動することが必要であることを強調し、萎縮医療にならないようにすべきである。しかし、ルール違反をしてのインシデント、アクシデントは個人の責任と言わざるを得ない。このルールとは何かを明らかにすること、すなわちマニュアル、業務マニュアルなどを整備し、可能であれば、LAN上で閲覧可能になるようにしていきたい。

患者サービスという言葉をよく聞かれるが、サービスという言葉より、ホスピタリティーという点から、患者を巻き込んだ医療安全が必要である。

患者満足以上に、職員満足が必要である。これも、医療安全に係わってくる点であり、仕事内容や給与だけでなく、知識という点でアプローチしていきたい。また、定期的なカンファレンスを行い、意見収集、現場の意見を吸い上げていきたい。

具体的な行動計画

1. 医療事故が起こったら、病院の存続にも係わってくることを、職員とともに共通認識として、確認する。講習会で、再確認する。
2. 医療事故発生の危機管理として、医療事故調査委員会（内部調査）のマニュアルを作成する。
3. 現在のリスクマネジメントマニュアルの体裁を整え、名称を患者安全マニュアルと改称する。
4. 医療安全全国共同行動に参加して、危険薬の誤投与防止、急変時の迅速対応の2点に関して、2011年5月まで、重点的に活動を行う。
5. ヒアリハットの報告に基づいて、医療安全管理委員会あるいは直接院長の指示により、原因分析を行う。今までは、背景因子分析を行っていたが、業務の流れも解析可能であるRCA（根本原因分析）を使用し、解析を進めることとする。
6. 一方で、予防という観点から、今までの業務を見直し、そこに潜んでいるリスクを前もって評価し、医療安全に繋げるFMEA（Failure Mode and Effects Analysis：故障モード影響解析）を使用して解析する。
7. 昼休みを利用した勉強会を行う。また、数回同じ勉強会を行い、より多くの職員が出席できるように配慮する。
8. 各委員会報告から、院内情報を集め、そこに医療安全に関連する情報がないか検討する。

以上、今後の計画を順不同に列記したが、今後の計画としたい。

昨年度を振りかえって、インシデントを報告する。

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	29	40	35	25	30	29	36	30	33	36	32	44	399
栄養科	19	8	8	20	15	15	14	7	19	8	15	9	157
臨床工学科	1		1			1	2			2			7
薬剤部	3	2								1		1	7
医事課	1			1		1		1	1				5
放射線部	1			2							2		5
生理検査科			2										2
リハビリテーション科				1									1
医局	1				1	1							3
計	55	50	46	49	46	47	52	38	53	47	49	54	586

昨年度同様、医師からの報告が少ない。また、医事科からの報告が上がってきており、いろいろな対応策が講じられており、患者満足に繋がっていると考えられる。

看護部別	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
5階病棟	5	24	14	4	7	8	5	3	10	12	9	17	118
6階病棟	4	2	3	7	5	3	6	7	6	3	5	2	53
7階病棟	6	1	6	9	9	2	9	8	7	12	4	6	79
8階病棟	5	7	9	1	4	10	10	7	7	8	9	8	85
9階病棟	5	1						2	1		2	2	13
外来			1	1	1	2				1		1	7
透析	4	5	2	3	4	4	6	3	2		3	8	44
計	29	40	35	25	30	29	36	30	33	36	32	44	399

部署別の検討では、昨年度と同様の傾向であったが、患者さんの処置の多さ、手のかかる程度などが、報告数に繋がっている可能性が考えられる。

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	50	31	36	45	40	43	44	32	45	39	43	42	490
レベル2	3	19	10	4	5	4	8	6	8	8	6	12	93
レベル3	2				1								3
計	55	50	46	49	46	47	52	38	53	47	49	54	586

事故レベルでも、レベル3が3件報告されたが、大きな医療事故はなかった。しかし、これは、どこかで大きな事故が予防されているだけで、これだけのインシデントがあれば、すり抜けて大きな医療事故が起こる可能性をはらんでいる。この数字をみて、これからさらに気をつけようという気持ちを持っていただきたい。

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	22	10	11	22	16	17	18	8	20	9	16	11	180
処方・与薬	9	21	8	7	9	10	11	5	5	5	7	11	108
ドレenchューブ類の使用管理	3	1	2	4	5	2	5	5	8	11	8	5	59
療養上の世話	4	6	5	6	1	2	4	5	5	5	9	6	58
検査	4	2	7	4	5	2	1	5	4	3	4	2	43
その他の療養生活の場面	2	2	3		1	2	2	2	1	2	1	5	23
与薬準備	1	1	2		1	1	3	3	2	3		2	19
医療用具(機器)の使用管理			1		1	3	3		1	1	1	7	18
情報伝達過程	2	3	3	1	1	1	1		1	1	1		15
調剤・製剤管理等	2	1	1				1			2			7
その他の治療				1	1	2		1		1			6
処置		1			1				1	1	1		5
オーダー・指示だし	2		1										3
診療情報管理					1								1
その他	4	2	2	4	3	5	3	4	5	3	1	5	41
計	55	50	46	49	46	47	52	38	53	47	49	54	586

食事に係わるインシデントは多く、他施設での食事の内容の出し間違いによる窒息事故も報告されており、栄養科、看護部、ケアワーカー、医師の全職員による気づきによる発見（KYT）を大事にしていきたいと考える。

事故内容別集計		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
情報伝達	指示出し・指示受け・情報伝達忘れ	1	2	3	1	1		1						9
	指示だし・情報伝達遅延						1							1
	指示出し・情報伝達不十分		1											1
	誤指示・情報伝達間違い	2									1	1		4
	指示だし・情報伝達のその他のエラー	1		1						1				3
その他の治療	方法(手技)の誤り											1		1
	未実施・忘れ									1	1			2
	日程・時間の誤り										1			1
	不必要行為の実施					1								1
	診察・治療等のその他のエラー		1		1	1	2		1					6
処方・与薬	処方量間違い	2	1						1				1	5
	過剰与薬	1	8			1	1			1			2	14
	過少与薬				1	1	1	1	2		1			7
	与薬時間・日付間違い		2			1		2	2	1	2	2	3	15
	重複与薬	1				1								2
	投与速度速すぎ							1						1
	その他の投与速度のエラー		1						1					2
	患者間違い			1	2			3			1			7
	薬剤間違い	1											1	2
	投与方法間違い	2	1				1						1	5
	無投薬	1	5	6	4	2	6	2		4	3	2	2	37
	処方・与薬のその他のエラー	2	4	3		4	2	4	3	1	1	3	3	30
調剤・製剤管理等	処方箋・注射箋監査間違い	2												2
	その他の調剤・製剤間違い		1	1							1			3
	交付患者間違い										1			1
	調剤・製剤のその他のエラー							1						1

事故内容別集計		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	
医療用具使用管理	条件設定間違い					1	1	1				1		4	
	設定忘れ・電源入れ忘れ			1				1					2	4	
	その他の誤操作										1		2	3	
	医療・歯科医療用具（機器）の不適切使用												1	1	
	用具（機器）の点検管理ミス						1						1	2	
	その他の医療用具（機器）の使用・管理エラー						1	1		1			1	4	
ドレーンチューブ類	自己抜去	1	1		1	4	1	2	2	4	8	7	3	34	
使用管理	自然抜去	2				1	1		2	1	1		1	9	
	接続はずれ				1									1	
	閉塞			1				1			1		1	4	
	破損・切断			1						1				2	
	接続間違い										1			1	
	ドレーンチューブ類のその他のエラー				2			2	1	2		1		8	
検 査	患者取り違い			1					1			1		3	
	検査手技・判定技術の間違い		1											1	
	検体採取時のミス	1		1		1				1	2	1		7	
	検体取り違い					1			1		1			3	
	その他の検体管理・取り扱い	2		1						1				4	
	検査機器・器具準備				1									1	
	その他のデータ管理のエラー				1									1	
	計算・入力・転記			2											2
	結果報告			1											1
	その他検査のエラー	1	1	1	2	3	2	1	3	2		2	2		20
療養上の世話	転倒	4	4	3	1	1	4	3	5	2	4	3	8	42	
	転落			1	1			1		2	2	3		10	
	衝突											1		1	
	取り違い											1		1	
	搬送先間違い												1	1	
	その他の搬送・移送のエラー							1	1		1			3	
	飲み忘れ・注射忘れ								1						1
その他の療養上の世話・療養生活のエラー	2	4	4	4	1		1		2		2	2		22	
給食栄養	内容の間違い	11	2	4	14	12	9	7	4	15	8	7	6	99	
	量の間違い	1		2	1			2	2			3	1	12	
	中止の忘れ	1	3								1	2		7	
	延食の忘れ		1											1	
	異物混入	1	2	1			1	1				1		7	
	その他の給食栄養のエラー	8	2	4	7	4	7	8	2	5		3	4	54	
診療情報管理	その他の診療情報管理のエラー					1								1	
その他	その他	4	2	2	4	3	5	3	4	5	3	1	5	41	
計		55	50	46	49	46	47	52	38	53	47	49	54	586	

どこで、どのようなインシデントが発生しているかを上記の表で知っていただき、参考にさせていただきたい。
 昨年11月から医療安全全国共同行動という全国レベルでの、医療安全運動が開始となっており、当院でも今年2月から参加し、薬剤のインシデントと救急処置のシステム化の2点に関して行動を行っている。まだ、初期行動であるが、活動を活発に行きたいので、ご協力をお願いしたい。

文責 野澤 明彦