

医療安全ニュース 10期/12号

10期総まとめ 全て医真会 HP で再確認出来ます

	薬剤	輸血	治療 処置	医療 機器等	ドレーン チューブ	検査	療養上 の世話	その他	合計
医療情報課医事係	0	0	0	0	0	0	0	6	6
医療福祉科	0	0	0	0	0	0	0	2	2
医療安全管理室	0	0	0	0	1	0	1	0	2
4階東西病棟	54	0	1	0	32	7	27	14	135
5階東病棟	11	0	0	1	11	2	14	8	47
5階西病棟	17	0	3	0	24	3	27	1	75
6階東病棟	18	0	2	1	2	2	36	7	68
7階東病棟	4	0	2	0	2	1	8	3	20
7階西病棟	15	0	0	0	5	1	19	6	46
手術室(OP)	1	0	6	12	0	1	0	12	32
中央外来	5	0	1	0	1	7	0	7	21
中央材料室	0	0	0	1	0	0	0	0	1
血液浄化センター	2	0	2	4	0	1	0	3	12
ハイケアユニットHCU	53	0	11	16	47	8	15	16	166
歯科(職)	0	0	1	0	0	0	0	1	2
健康管理センター	0	0	0	0	0	3	0	0	3
理学療法科	0	0	21	0	1	0	6	1	29
作業療法科	0	0	7	0	0	0	7	0	14
言語療法科	0	0	3	0	0	0	1	1	5
栄養科	24	0	0	0	0	0	31	2	57
臨床検査科	0	0	0	0	0	17	0	0	17
病理検査科	0	1	0	0	0	3	0	0	4
放射線科	0	0	0	1	0	31	0	2	34
薬剤科	49	0	0	0	0	0	0	1	50
臨床工学科	3	0	1	2	0	1	0	0	7
*消化器センター内科	0	0	0	0	0	0	0	1	1
*消化器センター外科	0	0	1	0	0	0	0	0	1
*糖尿病 腎臓内科	0	0	1	0	0	0	0	0	1
*整形外科	0	0	1	0	0	0	0	0	1
*脳神経センター	0	0	1	0	0	0	0	0	1
脳神経外科	0	0	1	0	0	0	0	0	1
合計	256	1	65	38	126	88	192	94	860
一時保存は除く	* = 医師報告			対象期間: 20190701～20200622					

1号：10期医療安全計画

全26部署の医療安全計画を「部署名・目標・重要成功要因」の順で紹介しました。診療部（医師）も含め、各部署が立案・実践することで、全病院的に患者安全を向上させることを大目標としています。

2号：後知恵バイアス(Hindsight Bias)

ヒューマンエラーと後知恵バイアスの考え方など、事象の流れを模式図にして解説しました。結果がわかっている事例の要因を分析するとき、安易にひとつに特定してしまいがちとなり、他の重要な要因を見逃す状況があります。

臨時/1号：シリンジポンプ流量間違い事例について

シリンジポンプは予定投与量の設定はできません。設定できるのは流量のみであり、そこが輸液ポンプとの大きな違いです。医療機器に限らず、少しでも不安や違和感を感じたら、マニュアルやよく知っているスタッフへの再確認が推奨されます。

3号：事象の連鎖とは？～取り違え事例報告より～

実際に報告された同姓同名患者取り違え事例より「事象の連鎖」を解説しました。連鎖の鎖がどこかの事象で切れていれば事故にならなかった事例です。

4号：再掲！再考！「トイレからの救出」～ラウンドチェックより～

患者がトイレに閉じ込められたまま急変したらどうしますか？カギの保管場所や解錠方法など解説し再確認をお願いしています。

5号：医療・介護における個人情報

医療・介護における個人情報の種類や取り扱いについて注意喚起しました。

6号：安全管理の3Hについて

人が絡むエラーやミスによる事故の発生パターンを経験則から解析し、事故に繋がる状況を3Hの「変化、初めて、久しぶり」に分類し注意喚起を促しました。

7号：2019年 年間事故報告統計

統計処理の結果、経験年数が長くても部署配属年数が浅いと報告件数が多くなることが示唆されました。当院の特徴として「木曜日の報告が多い」事も示されています。

8号：SHEL（シェル）モデル分析について P-mSHELL(ピーエムシェル)モデルの分析方法や活用方法について解説しました。

臨時/2号：人工呼吸器の温度センサー外れ 口元温度センサー外れから気道熱傷となる可能性が否定できない事例でした。

9号：「テネリフェの悲劇」と適切な権威勾配について 史上最悪の航空機事故「テネリフェの悲劇」から事故要因をいくつか抜粋、中でも安全を担保するための「適切な権威勾配」の必要性について解説しています。

10号：インシデント・アクシデントレポート 新入職員向けに事故報告の入力方法を紹介し、入力時に多い間違いなど注意喚起しています。

11号：「報告の文化」事故報告書はなぜ必要？ 事故報告書の最大の意義は再発防止です。組織の安全文化醸成について解説しました。

職員の皆様へ：お読みになりましたら下記ヘサインをお願いします。院内ラウンド時に確認させていただきます。