

インシデント・アクシデント の活用で悩んでいます

平成24年2月28日

医療法人社団 静心会 常盤台病院

看護師 杉山 信男

常盤台病院沿革と概要

●沿革

- ・1953年(昭和28年)港北区武相台にて「武相台診療所」を開設
- ・1958年(昭和33年)保土ヶ谷区常盤台に移り「常盤台病院」として開業。

●概要

➤入院機能

病床数:180床(3病棟)

精神一般(男性、急性期機能) :53床(内保護室3床)

精神一般(男性、後方機能) :64床

精神一般(女性、急性期・後方機能) :63床(内保護室2床)

⇒精神科救急医療協力(ハード)・当番(ソフト)病院に参加。

また、長期入院患者の退院支援に取り組む。

➤外来機能

デイケア(ショートケア) 定員30名/日

⇒「デイケアニュース」もご覧下さい！

<http://tokiwanews.blog.shinobi.jp/>

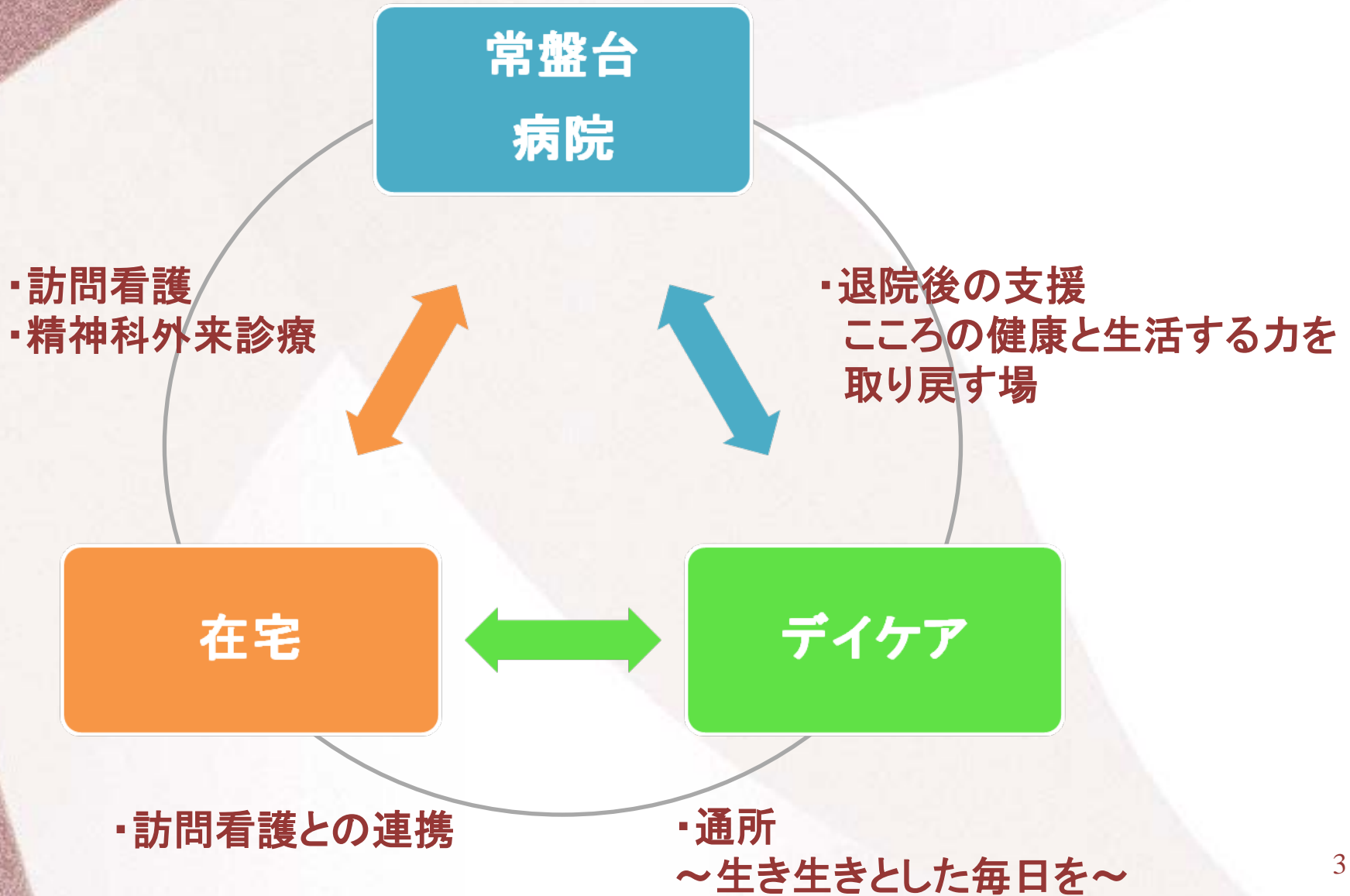
精神科訪問看護

⇒エリア:横浜市内全域



デイケア活動の様子

常盤台病院の機能



当院景観

横浜駅より相鉄バスで15分、さらに徒歩7分



桜の季節 院庭にて



病院からの景観 広い畑と遠方にはランドマーク



横浜市内でも
自然が一杯！

委員会活動状況

- ▶ インシデント・アクシデントレポートの 分析、評価
- ▶ 現場で問題となっている事例検討・対策
- ▶ 院内ラウンドの実施・評価

- 病院組織全体で医療安全に対する関心が低い。
- インシデントアクシデントレポートを書く事の意義を理解していない。
- レポートの書き方がよく分からない。
- レポート提出が少ない。

改善案の骨子

部会による報告の集計は、当事者の責任追及を目的とせず、報告書をもとに改善案を作成し、二度と同じ事が起こらないようにする事を趣旨とする。

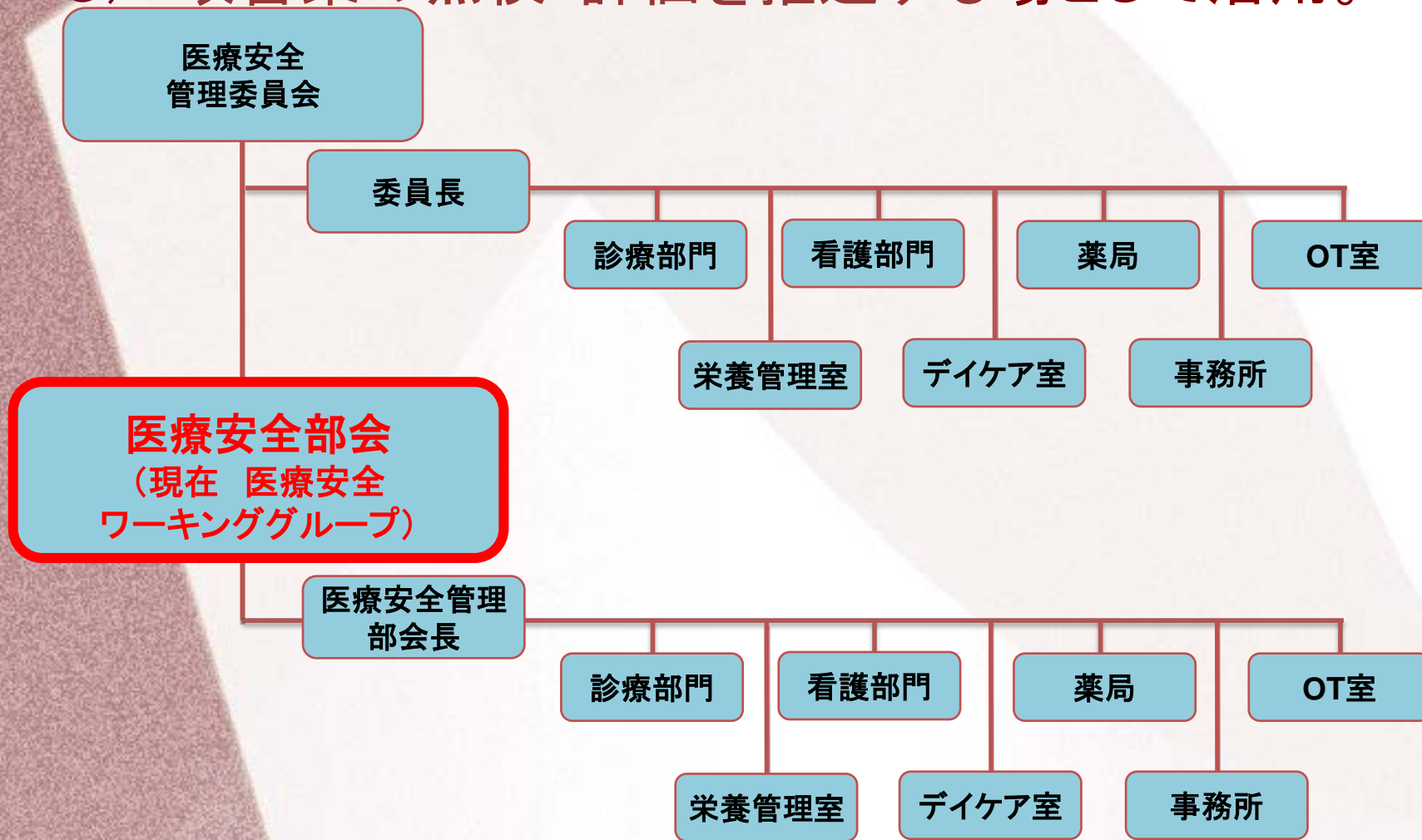
具体的改善案として、

- ① 医療安全管理を推進するための新体制構築
- ② 改善案の点検・評価を推進
- ③ 報告書の様式変更

改善案①・②：委員会体制の変更

医療安全管理委員会の下部組織として、
H22.11より『**医療安全部会**』を設置。

(現在**医療安全ワーキンググループ**と名称変更し委員を一部編成し直し)⇒改善案の点検・評価を推進する場として活用。



改善案③：報告書の様式変更

インシデント・
アクシデント報告書

報告日： 年 月 日

確認者	院長	医療安全 委員長	事務局長	看護部長	主治医	師長
確認日	/	/	/	/	/	/
確認欄						

1. 報告部門： 医局 看護部 薬局 作業療法室 デイケア室 栄養科 相談室 事務部

2. 概要： 発生日時 年 月 日 時 分
発見日時 年 月 日 時 分

対象者： 入院 外来 氏名： 年齢： 歳 男・女 主治医：
入院患者 A病棟 B病棟 C病棟 入院形態 措置 医療保護 任意

報告内容の分類

<input type="checkbox"/> 薬剤関連	<input type="checkbox"/> 誤処方 <input type="checkbox"/> 誤調剤 <input type="checkbox"/> 誤与薬 <input type="checkbox"/> 誤時間 <input type="checkbox"/> 与薬忘れ <input type="checkbox"/> セットミス <input type="checkbox"/> 処方忘れ <input type="checkbox"/> 重複投与 <input type="checkbox"/> 落下薬 <input type="checkbox"/> 外泊外出分の薬の渡し忘れ <input type="checkbox"/> 薬品管理の不備 <input type="checkbox"/> 副作用の見落とし <input type="checkbox"/> その他 ()
<input type="checkbox"/> 転倒・転落	<input type="checkbox"/> 転倒 (どこで?) () <input type="checkbox"/> 転落 (どこから?) ()
<input type="checkbox"/> 離院・所在不明	<input type="checkbox"/> 外泊時 <input type="checkbox"/> 外出時 <input type="checkbox"/> レク活動時 <input type="checkbox"/> 作業療法時 <input type="checkbox"/> 検査時 <input type="checkbox"/> 健未施錠 <input type="checkbox"/> その他
<input type="checkbox"/> 自傷他害行為	<input type="checkbox"/> 暴力行為 (加害・被害) (対象: <input type="checkbox"/> 他の患者 <input type="checkbox"/> 職員 <input type="checkbox"/> 環境等) <input type="checkbox"/> 自傷行為
<input type="checkbox"/> 創傷関連	<input type="checkbox"/> 作業療法中 <input type="checkbox"/> デイケアプログラム中 <input type="checkbox"/> レク活動中 <input type="checkbox"/> 外出・外泊時の事故 <input type="checkbox"/> その他
<input type="checkbox"/> 金銭関連	<input type="checkbox"/> 入力ミス <input type="checkbox"/> 受付業務の不備 <input type="checkbox"/> 金品の紛失 <input type="checkbox"/> レセプト請求の不備
<input type="checkbox"/> 書類・物品関連	・なにを? () <input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> 盗難 <input type="checkbox"/> 危険物の持込み
<input type="checkbox"/> 患者対応関連	<input type="checkbox"/> 直接対応 <input type="checkbox"/> 電話対応 <input type="checkbox"/> その他 ()
<input type="checkbox"/> システム・医療機器・器具関連	<input type="checkbox"/> 設定ミス <input type="checkbox"/> 故障 <input type="checkbox"/> メンテナンスの不備 <input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> その他
<input type="checkbox"/> 指示の不履行	・指示の内容 ()
<input type="checkbox"/> 食事関連	<input type="checkbox"/> 誤嚥 <input type="checkbox"/> 異物の混入 <input type="checkbox"/> 食事の誤提供 <input type="checkbox"/> 設備・管理関連
<input type="checkbox"/> 逸脱行為	<input type="checkbox"/> 個人情報関連 <input type="checkbox"/> その他

3. 詳細・経緯

リスク子見： していた していなかった
怪の有無： 無 有 [どんな? 1. 致命的 2. 専門医受診 3. 軽症 (医薬品による治療) 4. 軽症 (医薬品による治療無)]

家族への対応

警察への届出 有 無 届出日時：平成 年 月 日 時 分

4. 原因

5. 今後の改善策

6. 報告者： 本人 本人以外 (発見者など) ※経験年数は現在、過去を問わず精神科における現在の職種の経験年数を記載。
氏名： 精神科経験年数： 年 職種：

➤ インシデント・アクシデントを1枚の用紙で記載出来る様に変更した。

⇒ 今までは別々の書式だった。認識しやすい

➤ 書き易い様に報告内容の分類を書面に印刷しておき、v印を入れるだけの簡素なものにした。

⇒ 記入し易い、分類し易い、分析し易い

改善効果

- 『医療安全管理部会』の発足により当月からインシデントアクシデント報告数が増えた！

⇒次ページグラフ参照

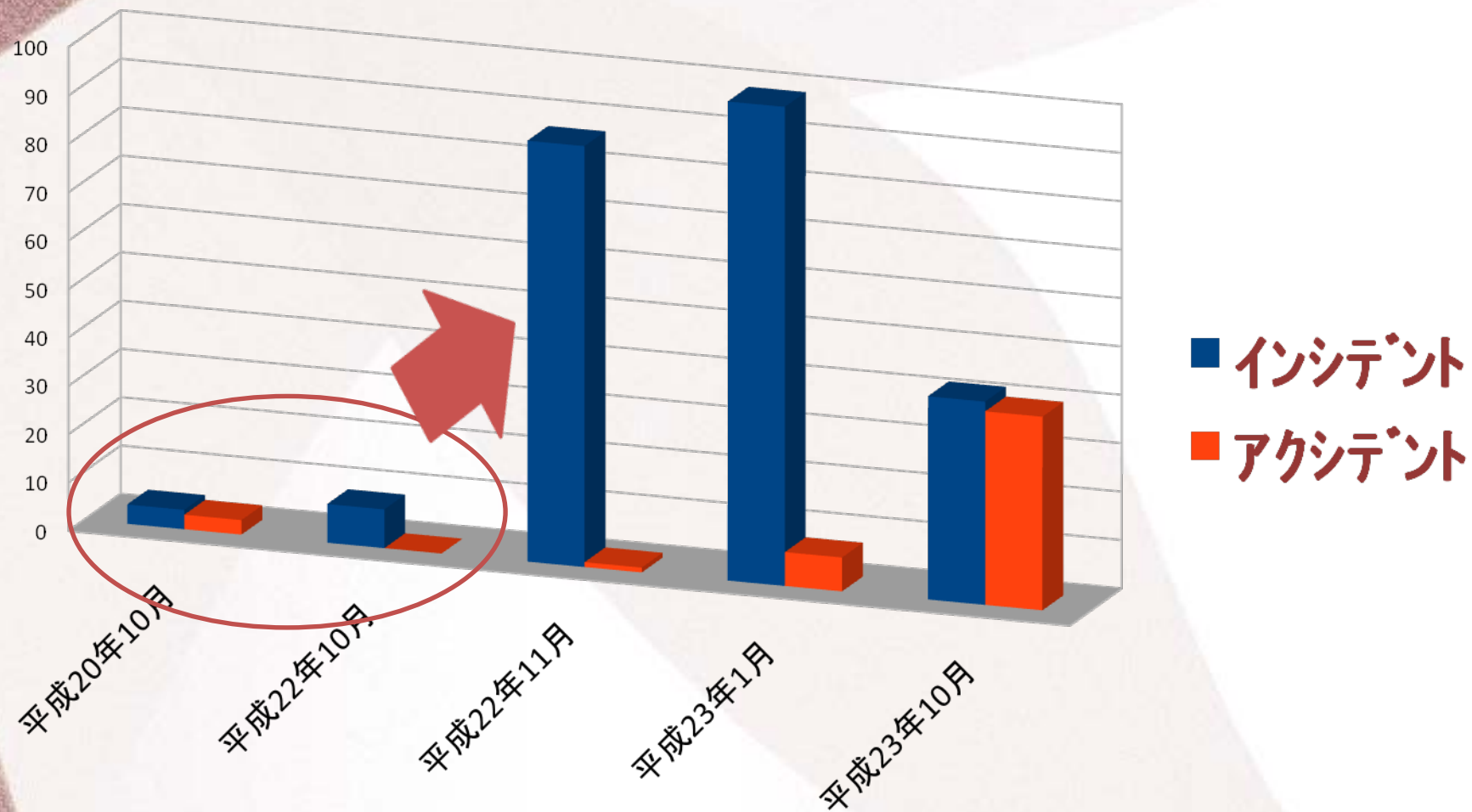
- レポートの書式が変更され、書きやすくなった。

⇒前ページ参照

- 各部署に部会委員が設置され医療安全の啓蒙活動が推進され意識が高まった。

⇒医療安全管理委員だけでは推進できなかった詳細な事例もきちんと報告されるようになった。

改善効果 報告件数(月間)



改善効果

報告数も増え、医療安全に対する意識も高まり、
都度改善案を出してきた中、集約してみると、
看護部におけるインシデント・アクシデントが報
告の8～9割を占めている事から、部会の構成
員の見直しを図り、

改善効果

「医療安全管理部会」を
『医療安全ワーキンググループ』として編成し直し、「医局」「薬局」「事務局」を含めた看護部中心のメンバー構成とし、「対策」も、具体的なものをあげる事が出来る様になり、研修会も基本から学ぶ充実したものとなった。

しかし・・・

報告も増え、医療安全に対する意識も高まり、

都度具体的改善案を出してきたが・・・

- 同様な事例が同部署で繰り返されている。
- ある部署での事例が他の部署で共有されず、
同じことが起こってしまう。

考えられる要因

それと言うのも・・・

- ①業務の合間をぬって、事例についての検討の場が、効果的な時間・タイミングで十分に実施出来ていない。
- ②「対策」が対策として生かされていない・・・
現場で即実践できるような具体的「対策」になっていない。
- ③「対策」が全体で共有出来ていない。

悩み・・・

同じ事例を繰り返さないために・・・

- ①「対策」について話し合うには、どの様な時間・タイミングが良いでしょうか？
- ②インシデント・アクシデントレポートにどの様に「対策」としてまとめれば効果的なのでしょうか？
- ③どのように周知すれば、「対策」が全体で共有出来るのでしょうか？

悩みは尽きません・・・

宜しくお願い致します。

ご指導、ご助言を
宜しくお願い致します。



ご清聴頂き有難うございました。