

くしもと町立病院 医療安全管理の取り組み

くしもと町立病院

医療安全管理室 池 香苗



(くしもと町立病院)



(看護部医療安全委員)

本州最南端のまち串本町にあるくしもと町立病院は「地域の中核病院として、住民の立場にたち住民の健康、福祉、安全の向上に貢献します」という基本理念の元、患者さまへの十分な説明や、理解と納得に基づいた医療の実践、医療の安全に関する知識と技術の向上など、医療安全に係る基本方針を掲げています。

医療安全管理室は、組織横断的に院内の安全管理を担うため設置され、医師を委員長として、看護師、薬剤師、放射線技師、臨床工学技士、事務員で構成されています。

2018年8月1日から医療安全対策加算Ⅱの施設基準を取得し、主な活動として月3回の会議では、事前に提出された各部署のインシデント・アクシデント報告について、詳しい情報収集及び実態調査を行い、原因分析と改善策を立案し、医療安全対策委員会(月1回開催)に報告しています。また、レベル2以上のアクシデントについては、医療安全管理室から院内メールにて改善策と注意喚起を行っています。月1回の安全ラウンドでは、5Sをテーマに取り組んでいます。チェックシートを元にチェックを行い、ラウンド後に講評とともに、改善提案を行います。年2回の医療安全研修は、講義録画ビデオを回覧視聴することで全職員が受講できるよう努めています。全職員が高い意識をもって、患者及び医療現場の安全管理に取り組むことを目標にしています。

看護部安全管理委員会では「患者さまに安全な医療・療養環境を提供する」ことを目的に、病棟・外来環境の現状把握と課題抽出のため、月に一度の安全管理委員会で、各部署の「インシデント・アクシデント報告」「転倒・転落報告」を集計・分析・改善策を検討しています。検討した内容は、各委員が自部署に持ち帰り、部署ミーティングで報告を行い再発防止に努めています。他部署で起きた事例も、「他人事と捉えず、いつでも、どこでも、誰にでも起こり得るもの」と意識してもらうよう、全事例をまとめ、1年に2回(上半期・下半期)

「インシデントの背景要因の分析と対策」を各部署に配布しています。

年度末には1年間の振り返りとして「インシデント・アクシデント・転倒・転落」の年間件数・発生状況、分析報告を行っていますが、毎年同じようなアクシデント報告書が提出されている現状です。今後は、それぞれの事故の傾向を分析しその対策を検討することに重点を置いた活動が必要と考えます。

今後の委員会活動では、ネガティブになりがちな安全対策に、ポジティブアプローチを取り入れ、レベル0・1の事例を利用し、なぜ間違いに気づくことができたのか、どのように修正して改善したのか理解を深め、医療事故を未然に防ぐ能力（危険予知・予測する能力）を養う取り組みをしたいと考えています。



(エピペンの使い方研修)



(ラウンド風景)



No. 1
検査部
整理
不用品やごみ類は適切に廃棄され、整理されている。



No. 2
検査部
整理
不用品やごみ類は適切に廃棄され、整理されている。



No. 3
検査部
整理
不用品やごみ類は適切に廃棄され、整理されている。

(ラウンド結果まとめ)

5Sチェックシート

- 基準 4点：他部署の模範となる
3点：良好に実施されている
2点：実施されている
1点：改善すべき点が多い
0点：直ちに改善を求めべき重要な案件がある

ラウンド実施日 年 月 日 ラウンド部署 記録者

	項目	採点
整理	①不用品やごみ類は適切に廃棄され、整理されている	/20
	②廃棄物の処理方法・場所がわかりやすい	
	③物品にタグやラベルなどが付けられ、管理されている	
	④作業スペースに途中で放置されているものがない	
	⑤通路や出入り口、着座位置に危険なものがない	
整頓	①物の置き場所が明確に定められている	/16
	②消耗品の管理が明確に定められている	
	③酸素ポンプ等の設置・固定方法が適切である	
	④通路・動線と設備の区画が整然としている	
清掃	①ごみ、ほこり・汚れが清掃されている	/12
	②テーブルや床に液体などが落ちていない	
	③清掃用具が分かりやすく準備されている	
清潔	①上記3Sの保持についての工夫がなされている 例 物品管理チェックが定期的に行われている など	/12
	②防護着・グローブ等を適切に使用している	
	③消毒薬や洗浄剤等が適切に使用されている	
観(周知)	①上記4項目をスタッフ全員が理解している	/8
	②上記項目に関するルールについて、原則、遵守するものと心得ている	
総合点		/68

備考

(5Sチェックシート)