

(13) 医療安全管理室業務状況

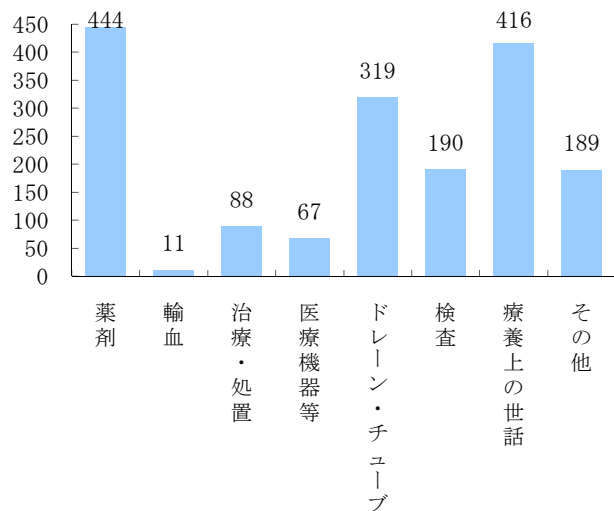
①インシデント・アクシデントレポート集計

a. 職種別報告

(件数)

医師	56
看護師	1,467
看護補助職員	15
薬剤師	60
臨床検査技師	24
放射線技師	14
栄養士	20
リハビリテーション	36
診療情報管理士	1
臨床工学技士	1
MSW	1
医療事務職員	29
合計	1,724

b. 報告概要分類



②取り組み、改善実績

	項目	立案日	実施日	改善・実施状況
1	医療事故調査制度の全死亡例の把握：システム課題	4/5	6/10	医療法第6条の10第2項(医療事故の報告)『確実な把握のための体制』を整備するため、死亡患者の全件把握ためのシステム検討→マニュアル作成・実施。
2	病室前の表示：患者名とベッド位置が一部異なる	5/20	6/3	管理部門へ改善依頼：ベッドネーム表示とナースコールボードの修正作業を実施した。
3	持参薬名の把握：点検・確認作業に時間がかかる	5/25	7/26	患者さんへ手帳の携帯を促進することで、薬剤確認作業を円滑にする。→「お薬手帳」持参を推進するポスターを掲示。
4	医療器具の滅菌・未滅菌インシデントの対応	6/14	7/8	各部署の滅菌物の管理と未滅菌表示の見方、内視鏡関連の手順を再確認した。
5	輸液滴下計算：薬袋容量増量分の計算で残量不足	6/6	6/23	輸液の滴下速度計算；薬剤表記通り（増量分1.1とせず→1.0）速度（滴/H）を計算する。少量の残量は廃棄することを周知した。
6	閉鎖式輸液セットの安全性について：三方活栓の不具合発生インシデントの対応	6/29	7/19	輸液ルートの商品の安全性について検討会議実施：他社製品との比較データに乏しい。取り扱いに注意して当製品を継続使用する。
7	転倒・転落アルゴリズム表の作成	7/6	8/6	入院後の対策アセスメントとして、「転倒・転落の予防対策」ツールとして作成した。活用状況を確認しながら改善していく。
8	「患者誤認防止DVD」の制作と公開	9/23	2/28	「誤認防止：部署内のチームワークを推進」のため誤認場面を再現したDVDを制作した。各職場での確認方法や手順を遵守することを全体会にて公開し、周知活動を行った。
9	新機種の輸液ポンプ導入に伴う輸液ルートの選定	11/11	1/20	ICT・NSTと閉鎖式輸液ラインの変更を検討した。導入に向けての教育計画を実施する。
10	手術部 術前・術中・術後のタイムアウトの見直し	11/30	3/1	術前・術中・術後のタイムアウトをWHO基準に則って実施し評価する。
11	医療安全文化の醸成のためのeラーニングとアンケート実施	11/1	2/16	各部署の医療安全Iに関する課題をeラーニングで配信。同時に医療安全文化の醸成のためアンケートを実施し、フィードバックした。
12	「『安心』な医療 その一歩」の発行	11/10	2/16	患者さんへ医療安全委員会の取り組みを各部門担当して紹介する。「『安心』な医療 その一歩」として掲示した。