第６４号　医療安全通信 vol　9－3

金沢医科大学氷見市民病院
医療安全小委員会
2016 年 11 月 25 日　発行

回覧											

医療安全通信は、各部署で回覧サインし、保管お願いします。

「医療安全について」　医療安全コラム

「ヒューマンエラー」という言葉があります。ヒューマンとエラーとは、文字通り「人間の失敗」と直訳されます。定義としては「システムによって定義された許容限界を超える一連の行動」です。ヒューマンエラーには意図的なものとそうでないものがあるようです。

意図していないヒューマンエラー：疲労や錯覚が原因
意図的なヒューマンエラー　　：近道行為や未確認が原因

医療安全確保のために、事故が起きた場合には病院全体の問題としてとらえ、組織的な対策を講じる必要がある（厚生労働省）となっています。ヒューマンエラーが起こったら、何故ミスに至ったのかを調べ、ヒューマンエラーが起きた背景を洗い出す、その背景や要因を分析して対策をとる、というのが大切と言われています。本当の原因を知る意味でも現場や組織全体でヒューマンエラーに取り組む姿勢が大切だと言うことです。

これに対して人的なエラーが発生したが、結果として被害（患者さんへの不利益）が生じなかった場合をヒヤリハットと言われているのは周知の事となっています。ハインリッヒの法則では「重大事故の陰には 29 倍の軽度事故と 300 倍のニアミスが存在する」（ハーバード　ウイリアムス　ハインリッヒ）と言われています。

「人はだれでもミスをする」　現実に自分事で考えれば、多くの人の助けがなければ、医療の中での自分自身のパートでさえ、成り立っていかないと断言できます。この事はミスをも含んでいます。私以外の方々の厳しい目と優しい心があって成り立っていると考えています。

高齢医学科　　石神　慶一郎

インシデント改善報告　５階西病棟

５階西病棟では、共有が必要と思われるインシデントレポートを朝のミーティング時に読み上げて、スタッフに周知を図る取り組みをしています。

私たちのミスは場合により人の命を脅かす結果になりかねず、仕方ないではすまされません。ただ、どんなに気をつけていてもミスがおきてしまったとしたら、どんな場面でどんなことがありうるのか、インシデントレポートを通して自分ならどうしていたか振り返るきっかけになります。そして改めて『業務手順』『看護手順』『検査手順』などを開き、正しい方法を知ることが大切です。

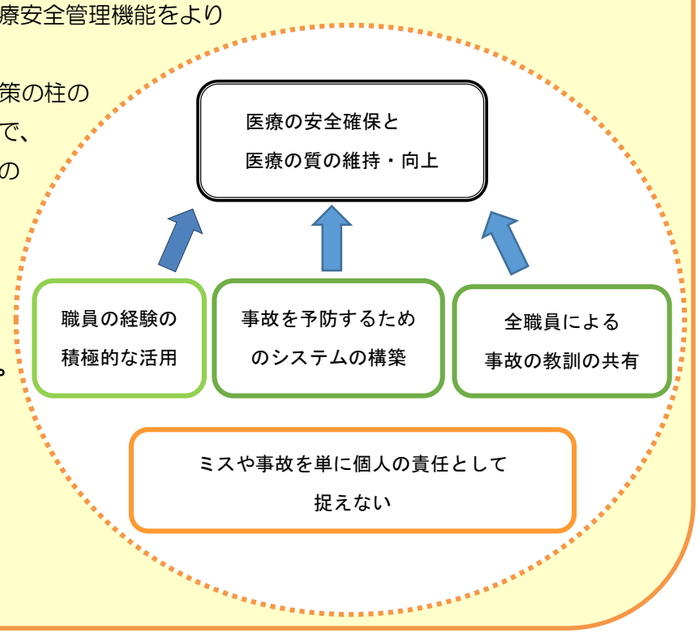
貴重な他人の報告から自分の事として考え、知恵を出し合い、声を掛け合う風土づくりに心がけていきたいと思います。

指差し確認　ヨシ!!

０レベル報告・重複報告の推進　医療安全管理室

インシデント０レベル報告は、個人の責任を追及するものではなく、事例を共有・分析・改善策を講じることで、事故の発生を未然に防止し、医療安全管理機能をより充実させるためのものです。

インシデント０レベル報告を事故防止対策の柱の一つとして捉え、事例から学ぶという観点で、事故防止対策を考え、医療の安全確保と質の維持・向上に取り組むことが重要です。



★発見者、当事者を含む事例に関係したスタッフからの重複報告を推奨します。
★各部門・各部署におけるインシデント０レベル報告推進にご理解とご協力をお願いします。

医療安全　医療安全推進週間　平成 28 年 11 月 20 日～26 日

「医療安全推進週間」は患者の安全を守る為，すべての医療関係者が協働して医療安全推進を図り，国民の皆様の理解や認識を深めていただく事を目的とし、11 月 25 日(いい医療に向かって GO)を含む 1 週間に各医療機関等が安全な医療の提供を目標として、毎年参画しています。

医療安全に関する標語募集

【募集期間】平成 28 年 11 月 18 日～11 月 29 日

市民の皆様・病院職員より医療安全の標語を募集します。1 階エントランスホールに応募箱を設置、また、昨年度に応募された作品を展示させていただきます。

グッドジョブ　コンテスト

【対象期間】平成 28 年 4 月～11 月

院内各部署から提出されたインシデント報告の中から Good Job!!優秀賞 4 部門が表彰されます。