当院におけるインシデント報告件数の推移

琉球大学医学部附属病院安全管理対策室
國吉　ひろみ

平成 13 年に安全管理対策室が設置され、専従のリスクマネジャー（以降 GRM という）を配置されて 9 年目になる。また、平成 17 年に医師の GRM が配置され、2 人体制になり、GRM の活動も充実して来つつある。

今回、安全管理の重要な役割、リスクマネジメントの目的である　①エラーの発生しないシステムの構築　②エラーが事故につながらないシステムづくり　の２点について、目的が達成できているかを検討するために、当院におけるインシデント報告件数（事例数ではなく、報告件数を表す）の推移をみた（スライド 3、4)。

平成 16 年にインシデントレポートシステムが導入され、報告が簡便になったこともあり報告件数が徐々に増加してきた。これは報告しやすい環境整備ができたと考える。

月別に見ても、5～6 月、8～10 月の山は同様であるが、平成 20 年を最高値として徐々に減少傾向が見られている（スライド 5)。この事は、平成 20 年に 7:1 看護が導入され、新人看護師が 83 名採用され、徐々にマンパワーが増えてきていることと、安全文化が徐々に根付いて来つつあると考える。

また、平成 18 年頃までは、医師等が関係するインシデントに関しては、GRM から声かけを行うことで提出されることが多かった。しかし、平成 19 年からは自主的に報告されるようになり、相談が増えてきた（スライド 6)。平成 17 年から医師の報告率は 15～14％で、多い月では 20％になることもある。リスクマネジャー連絡会議でのインシデント報告についてのミニレクチャーや地道な声かけにより、医師のインシデントに関する考え方が徐々に変化してきた結果と思われる。

主要インシデントの報告件数（スライド 7）も、ほぼ同様の結果を示している。
注射に関する安全への取組み（スライド 8）では、新人教育をする際、リーダーとなるスタッフのダブルチェックの方法を確認すると、方法が統一されていなかった。これを問題とし、事故防止対策委員を中心に、ダブルチェック方法の統一を図るため DVD を作成した。このことは今後の新人教育や振り返りのためには有用であると考える。PDA の導入で、確認作業がより確実になった。また、輸液ポンプ、シリンジポンプにセット後「10 分以内の他者の目によるダブルチェック」が定着したことで、セットミスによるインシデント報告は少なくなっている。注射/点滴/内服の報告を影響レベル別（スライド 9）に見ると、影響レベル 1 と影響レベル 2 の報告が増加し、影響レベル 3a 以上の報告は減少もしくは横ばい状態である。インシデント報告の全ての項目が同様の状態であり、これはインシデントが増えたのではなく、意識があがってきたと考える。注射のインシデントの内容（スライド 10）では「投与忘れ」が多く、インスリンに関連するものが半数以上を占めている。これは、内科系、外科系にかかわらず、多くの部署にインスリンを使用する患者がおり、スライディングスケールが標準化されていないことも一因と言える。

まとめとして、全体の報告件数は当初増加したが、この 1 年は減少傾向にある。影響レベルは低

いものが増えている。1 事例に対し、関連職種から複数件の報告がある。インシデントに関する考え方が変化した。すなわち、リスク感性が高まってきたと考える。

今後の課題としては、スライディングスケールの標準化。指差し呼称による確認方法の徹底。電子カルテ移行後の指示出し・指示受け方法の標準化。転倒/転落に関しては個別対応とリスクアセスメントの継続。以上を強化することで、さらに安全な医療を提供していく。