

(医) 一樹 筑西腎クリニック 臨床工学部¹⁾看護部²⁾臨床検査部³⁾診療部⁴⁾

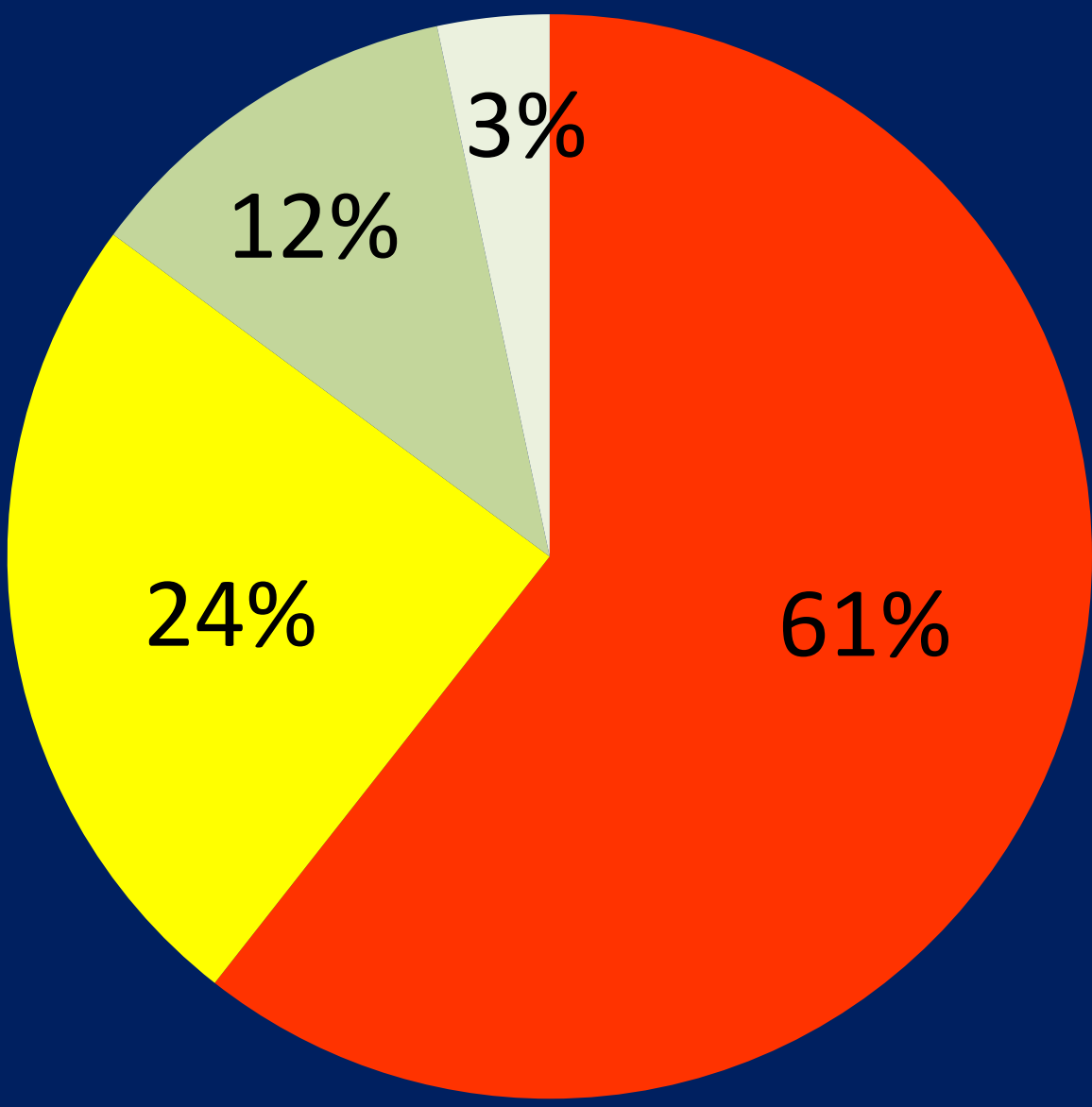
○大木伸芳(おおきのぶよし) 瀧田孝明¹⁾市川友梨奈¹⁾野原大司¹⁾石橋賢一¹⁾
大島敬¹⁾矢嶋寿章¹⁾鈴木幸恵¹⁾土田康博¹⁾小澤晶子²⁾千々和京介²⁾弓削真由美²⁾
伊藤結子²⁾谷口敦男³⁾今井麗華⁴⁾赤井洋一⁴⁾

【目的】 グリーン情報システムズ社製透析統合支援システムを2020年4月から導入。インシデント低減について検討する。

【方法】 昨年本学会にて開院時から3年10ヶ月間に提出されたインシデントを集計・分析し報告した。透析支援システムを導入してからのインシデントを集計し導入前後で比較検討する。

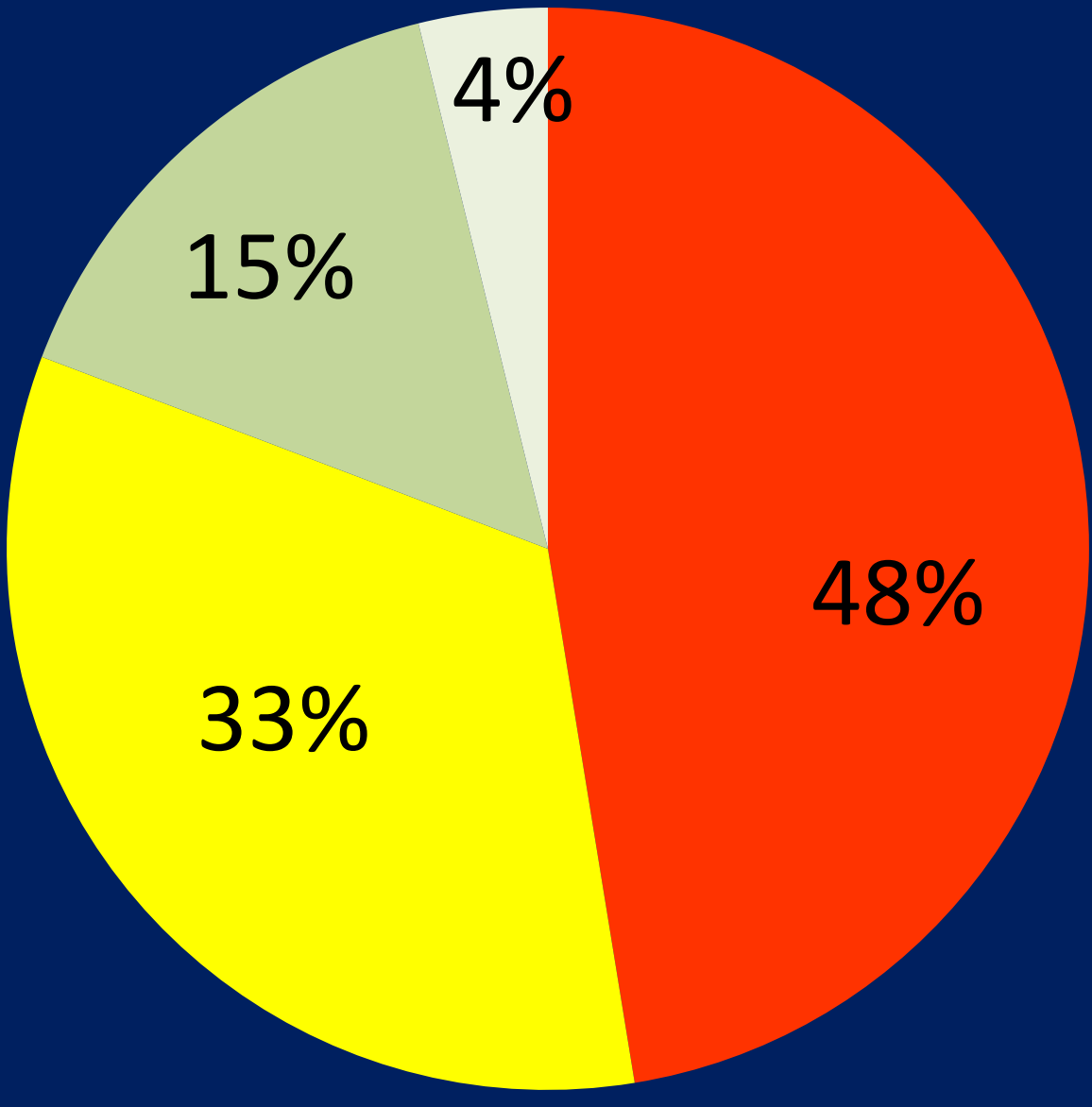
【結果】 透析支援システム導入前後のインシデント件数内訳

●支援システム導入前(発生率0.77%)
(2015年10月～2020年3月)



■透析関連 ■薬物関連
■検査関連 ■接遇関連

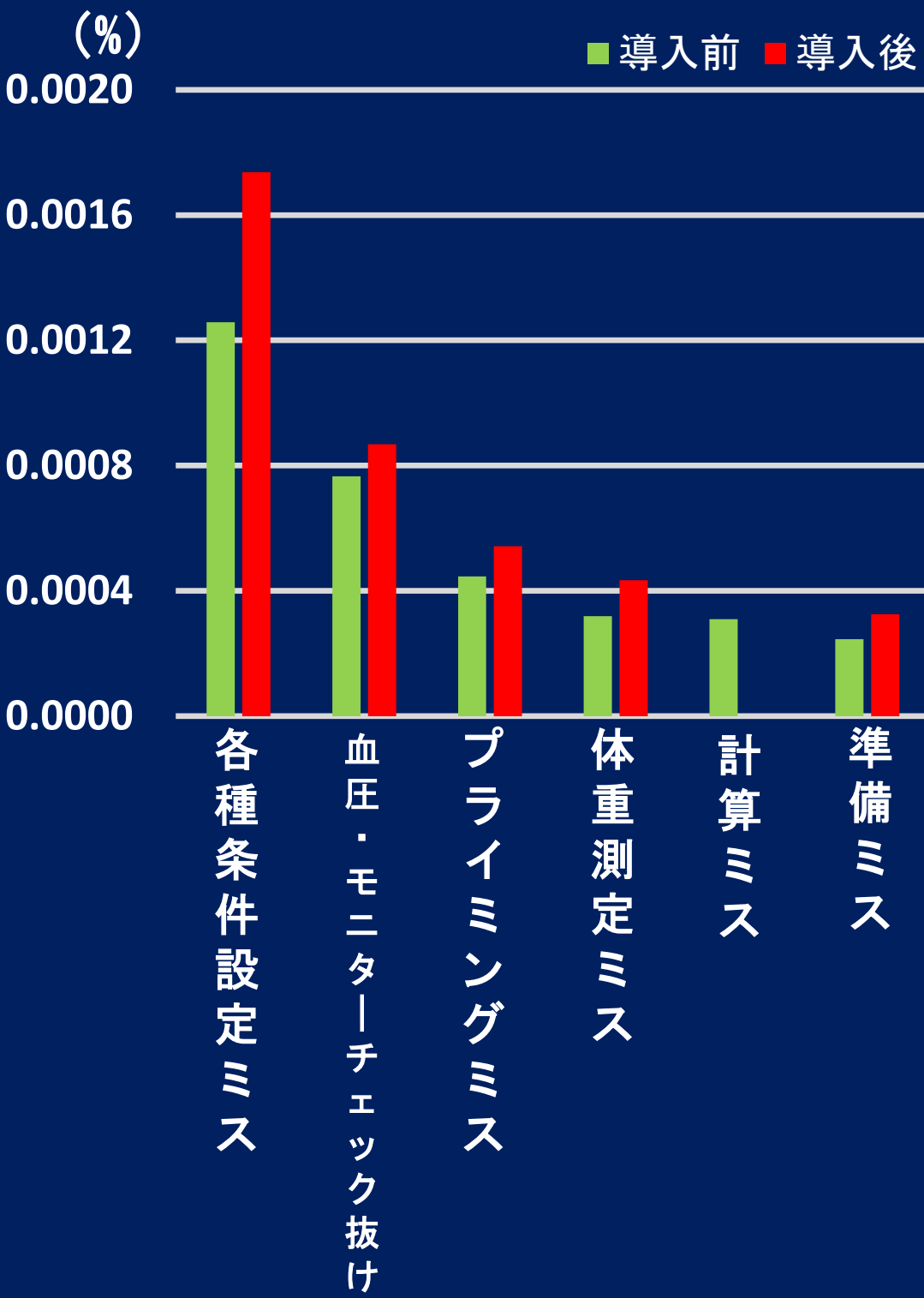
●支援システム導入後(発生率0.85%)
(2020年4月～2020年7月)



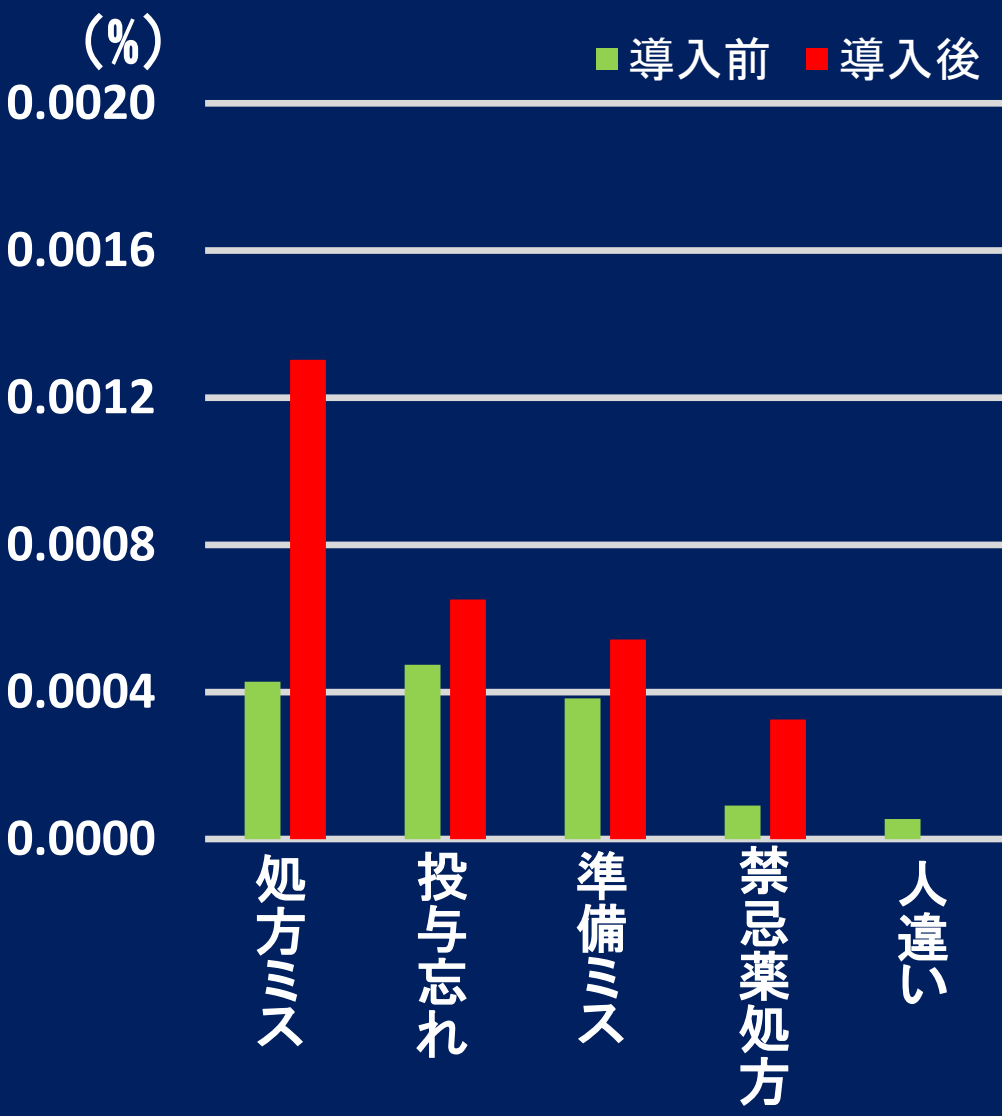
■透析関連 ■薬物関連
■検査関連 ■接遇関連

●1透析あたりのインシデント発生率

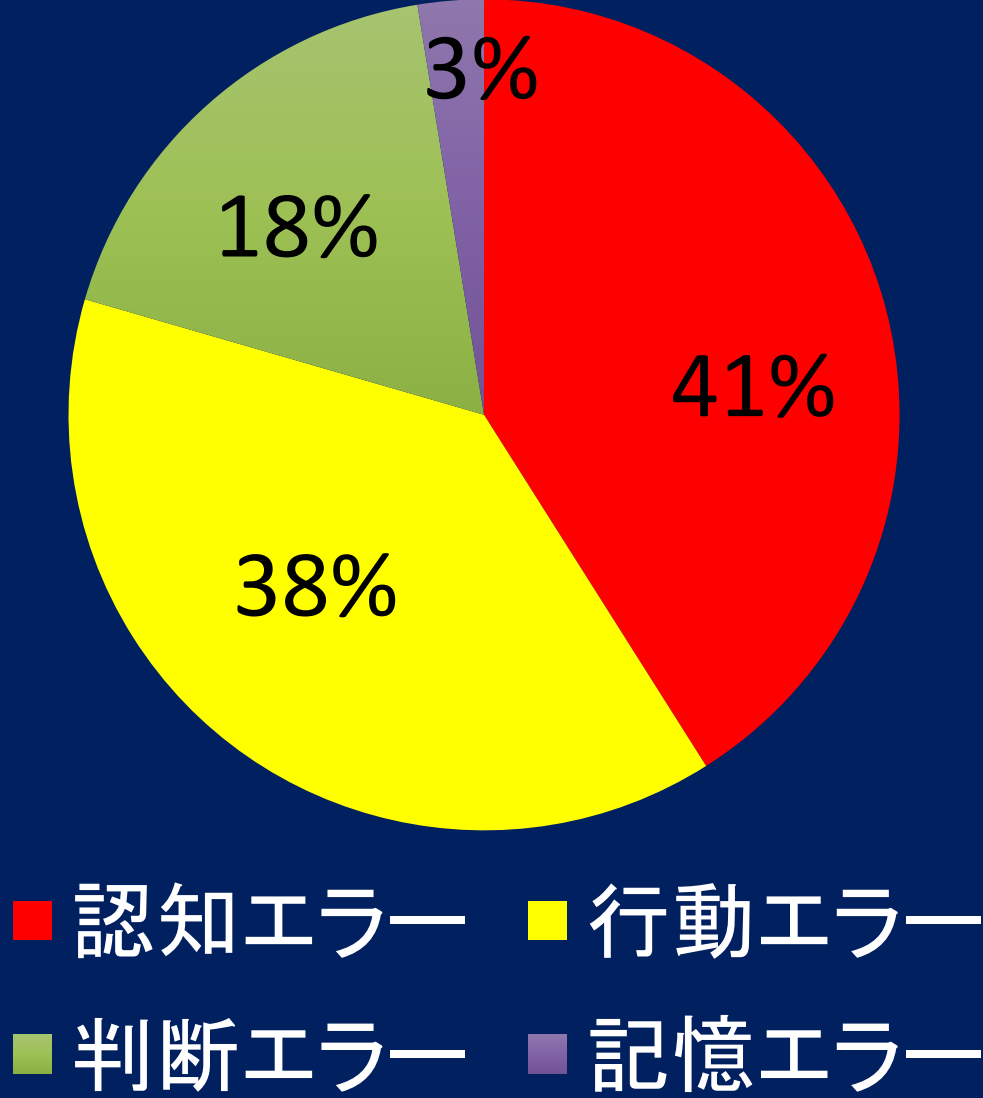
○透析関連項目別内訳



○薬物関連項目別内訳



○透析支援システム導入後の人的ミス要因



■認知エラー ■行動エラー
■判断エラー ■記憶エラー

透析支援システム導入後自動化により計算ミス、人違いのインシデント発生率が0%になった

1透析あたりのインシデント平均発生率は透析関連項目で0.00056%から0.00065%、薬物関連項目で0.00045%から0.00065%であった
インシデント人的ミス要因では認知エラーと行動エラーで約80%を占めていた

【考察】

透析支援システム導入後のインシデント発生率増加はシステム移行初期の不慣れから装置操作や治療内容の理解不足があり、処方・投与忘れ設定ミスによる認知エラーや、準備ミス血圧測定忘れの行動エラーによる人的ミスが要因と考えられた。

今後も当院ではスタッフ全員でのリスクマネジメントに取り組みインシデントが大きな事故に繋がることを念頭におき対策を検討していく

【まとめ】

インシデントを低減するにはシステムの変更だけではなく各スタッフが意識をもって遂行することが重要と考える