

安全管理室 だより

7がつ

vol. 102



セーフティⅠ から学ぶ医療安全

何が起きたか？

なぜ起きたか？

エラーや事故を分析し、
再発防止につなげる考え方です。

なぜ
起きてしまったのか
一緒に考えよう！



セーフティⅠのポイント

インシデント報告



気づいたことを
すぐに報告！



要因分析



なぜ起きたのか
多角的に分析！



再発防止策



同じことを
繰り返さない！



「失敗から学ぶ」
安全文化を育てましょう！

一人ひとりの気づきが、
患者さんの安全につながります。



みんなでつくる 安全・安心な医療

安全管理室

セーフティⅡ から学ぶ医療安全



なぜうまくいったのか？

日常業務の中にある「成功の工夫」や
「うまくいっている仕組み」に注目します。

うまくいっている
ことにも、
たくさんの工夫が
隠れています！



セーフティⅡのポイント

いつも
できていること



当たり前に行っている
ことを見つめ直そう！



チームワーク



連携・協力が
成功のカギ！



工夫や気づき



小さな工夫や気づきが
安全を支えています！



「うまくいったこと」から
学ぶ安全文化へ！

成功の要因を共有し、さらに良い医療を
みんなでつくりましょう。



みんなでつくる 安全・安心な医療

安全管理室



安全は、特別な人がつくるものではなく、私たち一人ひとりの行動から生まれます。
みんなで学び合い、支え合い、患者さんに信頼される医療を目指しましょう！

6月のGoodJob報告

転倒リスクの高い患者様が就寝直前に病室の入り口まで素足で歩いて出てこれているのを発見。センサーマットを確認するが在庫なし、看護師と介護士で相談、リスク優先順位考慮し他患者様使用中のサイドセンサーを使用し経過観察。朝まで転倒なく安全に過ごす事ができた。

考 察

今回の報告は、看護師と介護士がコミュニケーションをとり、職種を超えた連携により、患者様の安全確保につなげました。「気づく力」「相談する力」「協働する力」が発揮され、患者様の転倒を未然に防いだ優れた実践事例です。

