

## 平成23年度の医療安全管理の取組について

平成24年7月5日

公立大学法人横浜市立大学

附属病院

附属市民総合医療センター

## 目 次

■ 医療事故公表判定基準等	.....	1
I インシデント報告の状況	.....	4
II 入院患者アンケート調査結果	.....	6
III 主な改善検討事例	.....	8

(参考) 資料中での病院名の正式名称は次のとおりです。

附属病院 : 横浜市立大学附属病院

センター病院 : 横浜市立大学附属市民総合医療センター

# **医療事故公表基準**

## **医療事故の公表について**

平成13年 2月16日 制定

平成21年 6月11日 改正

横浜市立大学附属病院及び同市民総合医療センター（以下「附属2病院」といいます。）は、平成11年1月の患者取り違え事故をはじめ、薬剤ラベル貼り付けミスなど、これまでに引き起こした医療事故の反省の上に立って、病院を挙げて医療安全管理の徹底に努めてまいりました。

医療の安全管理を進め、患者さんの安全を確保するとともに、医療事故の発生などの情報を公表することによって、病院運営の透明性を高めることが、医療の信頼を回復するために重要であります。

そこで、横浜市立大学では、附属2病院がどのような場合に医療事故の情報を公表するかを検討するため、平成12年8月7日に市立大学病院改革委員会のもとに医療事故公表基準作成特別委員会を設置しました。同特別委員会は、これまでに6回の審議のほか、市民、市議員、医療関係者、法律専門家、評論家など多くの有識者・専門家の方々からのご意見を伺いながら検討を進め、附属2病院における医療事故の公表についての考え方をとりまとめました。

また、平成21年度からは、個人情報保護の観点から公表にあたっては同意書による確認を行うこととしました。

### **1 医療事故の公表の意義**

医療事故を公表することには、次のような意義があるものと考えます。

- (1) 平成11年1月に起こした患者取り違え事故を契機に、医療事故が大きな社会問題となっているが、当事者として、医療における安全管理を徹底していくために自発的に医療事故を公表していく責務がある。
- (2) 医療事故を公表し適切な対応をとることは、附属2病院の社会的な責任であるとともに、病院運営の透明性を高めることにより、市民からの信頼回復が図られる。
- (3) 医療事故を公表することは、他の病院の医療安全管理にとっても重要な情報提供になる。

### **2 用語の定義**

本報告において使用する用語の定義は、次のとおりです。

#### **(1) 医療事故**

患者さんが本来持っていた疾病や体質などの基礎的条件によるものではなく、医療においてその目的に反して生じた有害な事象をさす。医療事故には、医療内容に問題があって起きたもの（過失による医療事故）と医療内容に問題がないにもかかわらず起きたもの（過失のない医療事故）とがある。

#### **(2) インシデント事例**

医療従事者が医療を行ううえで、“ヒヤリ”としたり、“ハッ”とした経験を有する事例で、医療事故には至らなかった場合をさす。

### 3 医療事故の公表基準

附属2病院は、今後、次のいずれかに該当する医療事故が発生した場合は、患者さんと御家族の同意のもとに、これを速やかに公表します。公表にあたっては、原則として、4の「医療事故公表判定委員会」の意見を聞くものとします。

- (1) 過失による医療事故で、それが死因となった場合、もしくは「生命の危険等、深刻な病状悪化をもたらす」、「治療しても治癒しない」、「治癒するがかなりの負担を強いる」など、患者さんに相当の有害な結果を生じた場合。
- (2) 過失による医療事故で、有害な事象の程度が軽微であっても、病院の医療安全管理上重大であると判断される場合。
- (3) 患者さんに相当の有害な結果を生じた医療事故で、過失によることが明らかでなくとも、公表すべきと判断される場合。

上記以外の過失による医療事故は、包括的な形で一括して公表します。

なお、インシデント事例は原則として公表しません。

### 4 医療事故の公表の判断・判定について

医療事故の公表の判断・判定に関して、病院長の諮問機関として、外部の有識者、他の医療機関等の医師、横浜市立大学教職員などにより構成する「医療事故公表判定委員会」を設置します。

当委員会は、病院長の諮問により、以下の項目を審議します。

- (1) 速やかに公表すべき医療事故であるか否か、について。
- (2) 医療事故に関して患者さんと御家族に対する説明が十分になされたか、また公表に関する同意が得られたかの状況の確認、及び公表の範囲について。
- (3) 患者さんのプライバシー・人権への配慮と、社会に対する説明責任との比較考量について。
- (4) その他、医療事故公表基準の運用に当たって重要な事項について。

病院長は、審議結果を受け、公表について意思決定します。ただし、速やかに公表すべきと判断される場合で委員会を開催するいとまがない場合は、事後に報告するものとします。

### 5 公表及び公表内容についての患者さん及び御家族の同意について

医療事故を報道機関等へ公表する際には、個人情報保護の観点から別紙「報道機関等への公表について」による確認を行います。

## 医療事故公表判定委員会にかかる設置要綱

### 公立大学法人横浜市立大学附属病院及び附属市民総合医療センターにかかる 医療事故公表判定委員会設置要綱

平成17年4月1日 制定

#### (目的及び設置)

第1条 公立大学法人横浜市立大学附属病院及び附属市民総合医療センター（以下「附属2病院」という。）における医療安全管理を推進するとともに、病院運営の透明性を高め、医療事故についての社会的な責任を果たすため、市立大学に医療事故公表判定委員会（以下「委員会」という。）を設置する。

#### (所掌事項)

第2条 委員会は、病院長の諮問により次の項目を審議し、意見を述べるものとする。

- (1) 諮問された案件が、速やかに公表すべき医療事故であるか否かについて
- (2) 諮問された案件に関して、患者・家族に対する説明が十分になされたか、また公表に関する同意が得られたかの状況の確認、及び公表の範囲について
- (3) 諮問された案件にかかる患者のプライバシー・人権への配慮と、社会に対する説明責任との比較考量について
- (4) 医療事故公表基準の運用に当って重要な事項について
- (5) 医療安全管理の取組、インシデント報告システムの運用等について

#### (組織及び任期)

第3条 委員会は、理事長が委嘱する次に掲げる委員をもって組織する。

- (1) 医療安全管理に関する学識者・専門家
  - (2) 他の医療機関等の医師
  - (3) その他理事長が指名した者
- 2 前項の委員の任期は、委嘱の日から2年間とし、再任を妨げないものとする。
- 3 委員会に委員長を置き、委員長は委員の互選により定める。
- 4 委員長は、会務を統括し、委員会を代表する。
- 5 委員長は、必要に応じて委員会を招集し、会議の議長となる。

#### (秘密の保持)

第4条 委員会の委員として知り得た事項に関しては、正当な理由なく他に漏らしてはならない。

#### (庶務)

第5条 委員会の庶務は、医学・病院統括部医学・病院企画課、医学・病院統括部総務課及び附属市民総合医療センター管理部総務課において処理する。

#### (その他)

第6条 委員会の運営その他必要な事項に関しては、委員長が別に定める。

#### 附 則

この要綱は、平成23年5月1日から施行する。

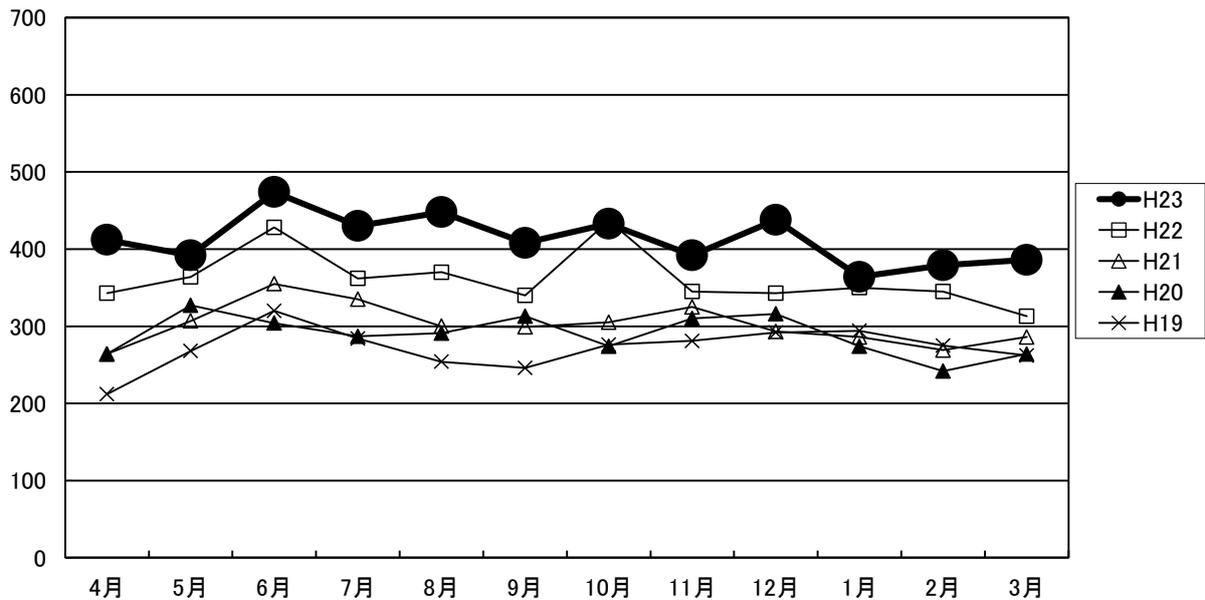
医療事故公表判定委員会 委員名簿（平成24年7月現在）（敬称略：五十音順）

氏 名	現 職 等
あまかわ たかのり 天川 孝則	横浜市救急医療センター センター長
あまのみきこ 天野 三紀子	(社)神奈川県看護協会 常務理事
いまい みつお 今井 三男	(社)横浜市医師会 会長
くりやま ひろし 栗山 博史	大さん橋通り法律事務所 弁護士
しいの とくこ 椎野 恵子	病院ボランティアグループ ランパスの会 代表
たぐち よしお 田口 芳雄	聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院 病院長
ふじもと やすつぐ 藤本 康嗣	(社)神奈川県病院薬剤師会 副会長
ほんだ こういち 本田 耕一	関東学院大学 法学部 教授

# I インシデント報告の状況（平成23年4月1日～平成24年3月31日）

## 1 附属病院

### (1) インシデント報告の月別件数



### (2) インシデント報告の職種別内訳と提出率

職種	件数		月平均		構成比		提出率		職員数	
	今年度	昨年度	今年度	昨年度	今年度	昨年度	今年度	昨年度	今年度	昨年度
医師	154	189	12.8	15.8	3.1%	4.4%	5.2%	6.5%	247	243
看護師	4372	3,733	364.3	311.1	88.2%	86.0%	53.4%	50.7%	682	614
コ・メディカル	421	400	35.1	33.3	8.5%	9.2%	21.0%	20.2%	167	165
事務・その他	9	18	0.8	1.5	0.2%	0.4%	1.4%	2.6%	57	57
合計	4,956	4,340	413.0	361.7	100.0%	100.0%	35.8%	33.5%	1,153	1,079

※ 職員数は23年度の月平均現在員数

※ 提出率(%)=(職種ごとの1ヵ月当たりの提出件数)÷(職員数)

### (3) インシデント報告の事象別内訳

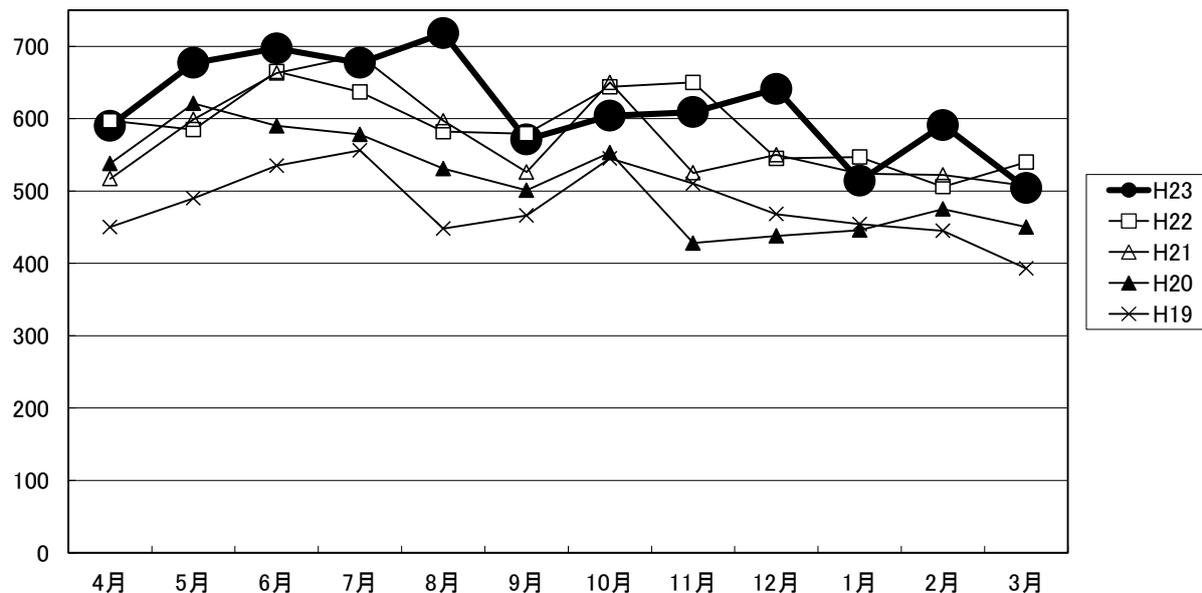
事象	件数		月平均		構成比	
	今年度	昨年度	今年度	昨年度	今年度	昨年度
手術・鎮静・麻酔	128	92	10.7	7.7	2.6%	2.1%
処置・治療・訓練	143	135	11.9	11.3	2.9%	3.1%
輸血	82	50	6.8	4.2	1.7%	1.2%
薬剤	1,811	1,544	150.9	128.7	36.4%	35.5%
ルート・チューブ	1,056	1,025	88.0	85.4	21.3%	23.6%
検査	500	501	41.7	41.8	10.1%	11.5%
転倒・転落	440	399	36.7	33.3	8.9%	9.2%
ME機器・医療器械	184	146	15.3	12.2	3.7%	3.4%
食事	77	46	6.4	3.8	1.6%	1.1%
その他	535	402	44.6	33.5	10.8%	9.3%
合計	4,956	4,340	413.0	361.7	100.0%	100.0%

### (4) インシデント報告の場所別内訳

場所	件数		月平均		構成比	
	今年度	昨年度	今年度	昨年度	今年度	昨年度
病室	2,977	2,600	248.1	216.7	60.1%	59.8%
病棟処置室	48	34	4.0	2.8	1.0%	0.8%
廊下	95	81	7.9	6.8	1.9%	1.9%
トイレ	94	79	7.8	6.6	1.9%	1.8%
浴室	16	20	1.3	1.7	0.3%	0.5%
外来診察室・処置室	217	213	18.1	17.8	4.4%	4.9%
外来待合室	19	21	1.6	1.8	0.4%	0.5%
手術室	347	209	28.9	17.4	7.0%	4.8%
検査室	337	337	28.1	28.1	6.8%	7.8%
訓練室	1	4	0.1	0.3	0.0%	0.1%
薬剤部	86	128	7.2	10.7	1.7%	2.9%
ナースステーション	413	325	34.4	27.1	8.3%	7.5%
その他	306	289	25.5	24.1	6.2%	6.7%
合計	4,956	4,340	413.0	361.7	100.0%	100.0%

## 2 センター病院

### (1) インシデント報告の月別件数



### (2) インシデント報告の職種別内訳と提出率

職種	件数		月平均		構成比		提出率		職員数	
	今年度	昨年度	今年度	昨年度	今年度	昨年度	今年度	昨年度	今年度	昨年度
医師	157	135	13.1	11.3	2.1%	1.9%	7.7%	6.8%	170	167
看護師	6,678	6,394	556.5	532.8	90.4%	90.3%	64.8%	63.3%	859	842
コ・メディカル	446	438	37.2	36.5	6.0%	6.2%	21.0%	20.6%	177	177
事務・その他	112	110	9.3	9.2	1.5%	1.6%	16.9%	17.0%	55	54
合計	7,393	7,077	616.1	589.8	100.0%	100.0%	48.9%	47.6%	1,261	1,240

※ 職員数は23年度の月平均現在員数

※ 提出率(%)=(職種ごとの1ヵ月当たりの提出件数)÷(職員数)

### (3) インシデント報告の事象別内訳

事象	件数		月平均		構成比	
	今年度	昨年度	今年度	昨年度	今年度	昨年度
手術・鎮静・麻酔	156	97	13.0	8.1	2.1%	1.4%
処置・治療・訓練	245	310	20.4	25.8	3.3%	4.4%
輸血	38	33	3.2	2.8	0.5%	0.5%
薬剤	2,381	2,509	198.4	209.1	32.2%	35.5%
ルート・チューブ	1,660	1,322	138.3	110.2	22.5%	18.7%
検査	628	555	52.3	46.3	8.5%	7.8%
転倒・転落	594	588	49.5	49.0	8.0%	8.3%
ME機器・医療器械	256	200	21.3	16.7	3.5%	2.8%
食事	254	285	21.2	23.8	3.4%	4.0%
その他	1,181	1,178	98.4	98.2	16.0%	16.6%
合計	7,393	7,077	616.1	589.8	100.0%	100.0%

### (4) インシデント報告の場所別内訳

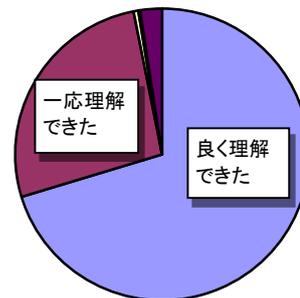
場所	件数		月平均		構成比	
	今年度	昨年度	今年度	昨年度	今年度	昨年度
病室	5,196	4,932	433.0	411.0	70.3%	69.7%
病棟処置室	44	51	3.7	4.3	0.6%	0.7%
廊下	103	91	8.6	7.6	1.4%	1.3%
トイレ	105	112	8.8	9.3	1.4%	1.6%
浴室	34	28	2.8	2.3	0.5%	0.4%
外来診察室・処置室	183	166	15.3	13.8	2.5%	2.3%
外来待合室	23	14	1.9	1.2	0.3%	0.2%
手術室	168	106	14.0	8.8	2.3%	1.5%
検査室	386	340	32.2	28.3	5.2%	4.8%
訓練室	11	11	0.9	0.9	0.1%	0.2%
薬剤部	75	73	6.3	6.1	1.0%	1.0%
ナースステーション	640	686	53.3	57.2	8.7%	9.7%
その他	425	467	35.4	38.9	5.7%	6.6%
合計	7,393	7,077	616.1	589.8	100.0%	100.0%

## Ⅱ 入院患者アンケート調査結果（平成23年4月～平成24年3月）

### 1 附属病院

設問1 病状や治療方針の説明はわかり易かったですか

	23年度（4～3月）合計		昨年度 比率
	回答数（件）	比率	
良く理解できた	677	70.3%	69.0%
一応理解できた	256	26.6%	27.0%
余り理解できなかった	5	0.5%	0.7%
全く理解出来なかった	2	0.2%	0.1%
その他	23	2.4%	3.2%
合計	963	100.0%	100.0%

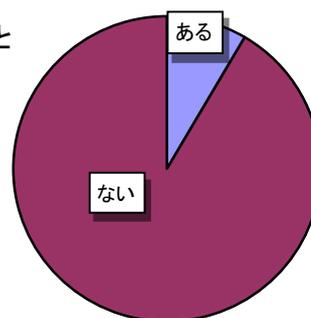


設問2 治療、検査、処置など診療全般について、医療安全管理上問題があったと思われたこと、その他、気づかれたことや不満に思われたこと

	23年度（4～3月）合計		昨年度 比率
	回答数（件）	比率	
ある(※)	80	8.4%	8.4%
ない	867	91.6%	91.6%
合計	947	100.0%	100.0%

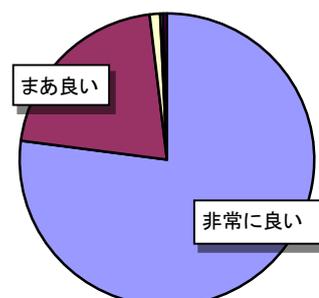
(※) 代表的な事例：

- ① 医療者間での情報の共有が不十分。
- ② 確認行為の徹底が不十分。など



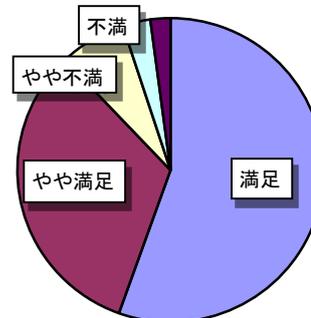
設問3 医師、看護師、薬剤師、技師などの対応について、どう感じたか

	23年度（4～3月）合計		昨年度 比率
	回答数（件）	比率	
非常に良い	736	77.1%	76.4%
まあ良い	201	21.0%	21.3%
やや悪い	11	1.2%	0.0%
非常に悪い	3	0.3%	0.9%
分からない	4	0.4%	1.4%
合計	955	100.0%	100.0%



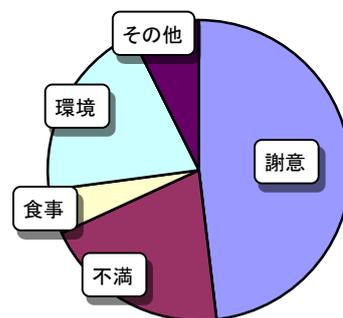
設問4 病室、トイレ、デイルーム、食事など療養環境について

	23年度（4～3月）合計		昨年度 比率
	回答数（件）	比率	
満足	527	55.5%	54.2%
やや満足	308	32.4%	31.1%
やや不満	67	7.1%	7.5%
不満	28	2.9%	2.5%
なんとも言えない	20	2.1%	4.7%
合計	950	100.0%	100.0%



設問5 その他の意見

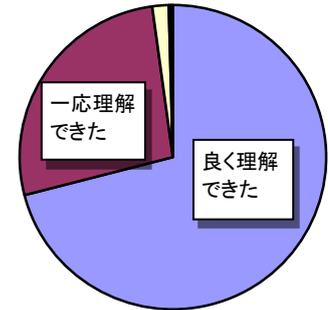
	23年度（4～3月）合計		昨年度 比率
	回答数（件）	比率	
医師、看護師等に対する謝意	492	48.1%	50.4%
医師、看護師等に対する不満	204	20.0%	19.8%
食事に関する要望	49	4.8%	5.8%
環境整備に関する要望	202	19.8%	21.4%
その他	75	7.3%	2.6%
合計	1,022	100.0%	100.0%



## 2 センター病院

設問1 病状や治療方針の説明はわかり易かったですか

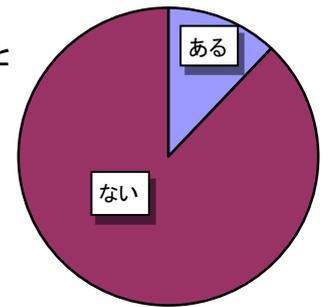
	23年度(4~3月) 合計		昨年度 比率
	回答数(件)	比率	
良く理解できた	658	71.0%	71.5%
一応理解できた	249	26.9%	26.4%
余り理解できなかった	16	1.7%	1.3%
全く理解出来なかった	2	0.2%	0.4%
その他	2	0.2%	0.4%
合計	927	100.0%	100.0%



設問2 治療、検査、処置など診療全般について、医療安全管理上問題があったと思われたこと、その他、気づかれたことや不満に思われたこと

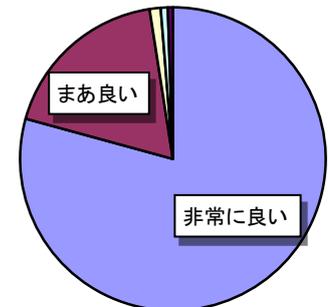
	23年度(4~3月) 合計		昨年度 比率
	回答数(件)	比率	
ある(※)	103	12.0%	13.5%
ない	752	88.0%	86.5%
合計	855	100.0%	100.0%

(※)代表的な事例：医療者間の情報共有不足、研修医等の技術の不慣れ、専門的すぎる又は不十分な説明 等



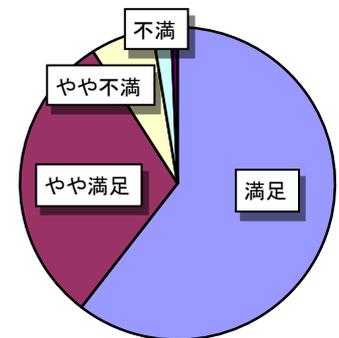
設問3 医師、看護師、薬剤師、技師などの対応について、どう感じたか

	23年度(4~3月) 合計		昨年度 比率
	回答数(件)	比率	
非常に良い	746	79.3%	78.8%
まあ良い	172	18.3%	18.5%
やや悪い	11	1.2%	1.0%
非常に悪い	7	0.7%	1.2%
分からない	5	0.5%	0.5%
合計	941	100.0%	100.0%



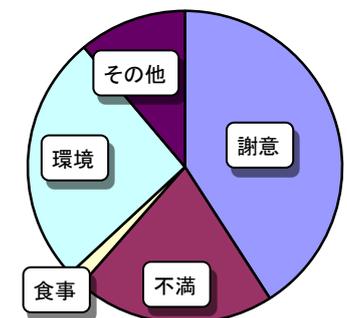
設問4 病室、トイレ、ディルーム、食事など療養環境について

	23年度(4~3月) 合計		昨年度 比率
	回答数(件)	比率	
満足	564	60.6%	58.5%
やや満足	285	30.5%	31.9%
やや不満	60	6.4%	7.0%
不満	18	1.9%	1.9%
なんとも言えない	6	0.6%	0.7%
合計	933	100.0%	100.0%



設問5 その他の意見

	23年度(4~3月) 合計		昨年度 比率
	回答数(件)	比率	
医師、看護師等に対する謝意	557	40.9%	39.3%
医師、看護師等に対する不満	279	20.5%	18.3%
食事に関する要望	22	1.6%	3.0%
環境整備に関する要望	352	25.9%	24.1%
その他	151	11.1%	15.3%
合計	1,361	100.0%	100.0%



### Ⅲ 主な改善検討事例

#### 1 附属病院

	検討項目	改善検討内容
1	「医療安全管理指針（共通編）第11版」発行	<p>医療安全管理指針（共通編）第11版を各部門に配布し、リスクマネジャーを通じて職員に各自で確認するように周知した。また、電子カルテ用のパソコン上にも掲載し、必要な時には誰でも閲覧できるようにした。</p> <p>主な改訂点は次のとおりである。</p> <p>①医療の目的に反して相当な有害事象が生じた際の対応、②患者相談窓口運営要綱、③患者確認、④内視鏡治療時の抗凝固薬・抗血小板薬の休薬・再開期間指針（新規追加）、⑤輸血に関する事項、⑥救急カート運営マニュアル（新規追加）等</p>
2	「ポケット版 医療安全管理指針2011」発行	<p>第11版医療安全管理指針（共通編）のエッセンスをまとめた「ポケット版医療安全管理指針2011」を全職員へ配布した。本年度よりイラストやカラー刷りを増やし、見やすさを改善した。なお、常に携帯して活用するようにリスクマネジャーを通じて周知した。</p> <p>主な改訂点は、次のとおりである。</p> <p>①感染対策、②災害時の対応、③医療情報システム障害時の初期連絡、④研修医が単独で行ってよい処置・処方 等</p>
3	医薬品の安全使用のための業務手順書の第6版への改訂	<p>医薬品管理の更なる安全性向上と、インシデント事例などを踏まえ、追記、改訂を行った。院内周知を行い、電子カルテ用のパソコン上に掲載し、必要な時には誰でも閲覧できるようにした。</p> <p>主な改訂点は、次のとおりである。</p> <p>①ハイリスク薬の明示、②サリドマイド製剤に関する追記、③救急カートに関する一部追記、④アナフィラキシーの対応に関する改訂、⑤保冷庫の温度管理について 等</p>
4	安全管理担当の事務職員の増員	<p>感染制御部と安全管理室の事務業務を専任として1日単位で行っている。研修参加者の把握や研修、委員会等の資料準備、事例書類の整理などの事務的業務の改善が図られている。</p>
5	滅菌依頼の届け出方法の改善	<p>滅菌器材の滅菌方法については滅菌室で決定していたため、滅菌方法を誤り、破損等のリスクがあった。そこで、器材等の滅菌を滅菌室に依頼する際には、滅菌方法を規定して依頼をすることとした。</p>
6	手書き処方箋の改訂	<p>治験薬の処方や電子カルテシステムダウン時などに用いる手書き処方箋が用途に応じて5種類存在していたが、書式を見直して一つの様式にまとめ、1種類の手書き処方箋にした。</p>
7	薬剤部における抗がん剤の調製業務の拡大	<p>これまで対象外としていた抗がん剤の調製（予約外などの緊急のオーダー、外来化学療法室以外での外来治療、良性疾患に使用する抗がん剤、土日休日の実施 等）についても、薬剤部で調製することとした。</p>
8	院内周知事項の新たな周知方法の追加	<p>院内の全職員に向けて情報周知を行う方法として、病院に登録されているメールアドレスに一斉送信する方法を開始した。</p>
9	内視鏡洗浄の中央化	<p>各部署に任されていた各種内視鏡の洗浄や管理を内視鏡センターに中央化した。これにより、さらに適切な内視鏡洗浄管理と、担当職員の洗浄液の曝露による健康被害のリスクが軽減した。</p>
10	手術室への輸血用血液製剤の搬送方法の見直し	<p>これまでは各手術室へ当日の手術予定一日分をまとめて払い出しをしていたが、各手術時間に合わせてその都度払い出しをすることとした。これにより輸血用血液製剤の適切な管理ができるようになった。</p>
11	土・日・休日の輸血用血液製剤の搬送方法の見直し	<p>これまでは休前日に休日分の輸血用血液製剤をまとめて各病棟に払い出ししていたが、休日にも夜間・休日緊急検査室より毎日払い出しをすることとした。これにより輸血用血液製剤の適切な管理ができるようになった。</p>

	検討項目	改善検討内容
12	医療用ガスボンベの誤使用対策について	二酸化炭素ボンベには札を付け、チューブ接続部位を変更することで、酸素用のチューブがつかないようにした。
13	入院患者の持参薬確認窓口の設置	病院2階の入院受付の隣に、入院患者の入院時に持参薬を持ち込む窓口を設置した。入院時にその窓口で持参薬を受け取り、面談を行う。また、持参薬の内容を確認し、薬剤師が報告書を作成し、薬剤と共に入院した病棟へ搬送している。
14	手術時に発生した病理検体の提出方法の見直し	これまで、手術時に発生した病理検体は、患者とともに病棟に戻ったのちに病棟から提出されていた。検体の提出をスムーズに行うため、手術室より直接、病理検査室へ提出するよう運用を変更した。
15	抗がん剤等薬剤の血管外漏出に関する指針の改訂	新規薬剤の追加・薬剤名の変更等を行った。また、運用についても一部、実務に合わせ変更を行った。
16	入院時内服管理方法アセスメントスコアシートの導入	入院患者が内服薬を自己管理するか否かを判断するためのアセスメントシートを院内共通化して使用することとした。
17	ハイリスク薬のラベルシールによる明示	各病棟などにある整数配置薬剤等のうち、ハイリスク薬については、棚等に「ハイリスク薬」の黄色のラベルシールを貼り注意喚起した。
18	周術期肺血栓栓症対策マニュアルの改訂	新規薬剤を追加し、その薬剤の運用等を追記した。
19	転倒・転落事故予防対策マニュアルの改訂	オリエンテーションシートの一部を改訂し、転倒・転落に関するオリエンテーションした際に、説明を受けた患者さんまたは代理人に署名をしてもらう欄を設けた。
20	セントラルモニターシステムの更新(アラーム音量の固定)	各病棟に設置してあるセントラルモニターシステムの更新を行った。その際、アラーム音量を固定として、音量を絞ることができないようにした。
21	生体情報監視装置(患者モニター)のアラームに関するマニュアルの改訂	生体情報監視装置の音量をMEセンターの管理で固定することとし、現場での患者モニターの使用については、設定内容の確認を徹底するマニュアルに改訂した。
22	医療情報システム障害時の衝動連絡と院内放送フローの改訂	医療情報システムに障害が発生した際の全館放送の内容を改定した。端末上、正常であっても、サーバー処理に異常をきたしている可能性があるため、確認が取れるまで端末の使用を中止するよう指示する内容とした。

## 2 センター病院

	検討項目	改善検討内容
1	中心静脈穿刺講習会の充実	これまでも行ってきた中心静脈穿刺講習会に、医師に加えて看護師の参加、薬剤師による講義の追加、研修医の基本研修の追補等 充実を図った。
2	健康管理室設置	4月から体制運用開始、7月から健康管理室施設設置。医師、看護師、事務で運営を図っている。
3	手術時の安全管理チェックリスト	全身麻酔用と局所麻酔用の確認事項について、外来・病棟から手術室入室時、術中、術後のチェック確認票を作成し運用を開始した。
4	医療安全管理室のホームページの充実	中心静脈穿刺登録医制度の紹介や、講習会の概要について掲載し、当院医療安全の取り組み紹介を行った。
5	注射用麻薬専用ラベル運用開始	注射用麻薬の適切使用のため、当院専用の麻薬シリンジラベルの運用を開始した。
6	麻薬管理モニターカメラの設置	注射用麻薬の一層の適正な取扱いを行うため、定数配置を行っている麻薬金庫周辺にモニターカメラを設置し、一定期間録画保存することになった。
7	危険予知プロジェクトの発足	危険予知活動を院内で普及するため、事務職員から医師を含む医療職からなるプロジェクトを発足した。プロジェクトメンバーは、外部研修を終了し、院内で危険予知活動を普及啓発し医療安全の向上に寄与する。
8	X線不透過性の高いガーゼの導入	術後の遺残防止のためのX線画像でX線の不透過性が高いガーゼに変更した。
9	「抗菌薬投与時の重篤なアレルギー反応に対する基本的な考え方」の追補改訂	アナフィラキシーショック時の対応で、生理食塩水への輸液変更時に、原因となる物質をそれ以上入れないために輸液ルートも交換することや、具体的な酸素投与量について追補改訂を行った。
10	「低カリウム血症の補正マニュアル」の追補改訂	薬剤添付文書にそった投与速度・濃度に合わせるとともに、適切な文言修正等を行った。
11	二酸化炭素ボンベに二酸化炭素札表示による注意喚起	他院で発生した医療用ガスボンベ取り違い事故を受けて、二酸化炭素ボンベには、注意喚起のための札を各ボンベに表示した。
12	術中に使用する二酸化炭素ボンベについて、容易に動かせない大きなサイズのものにした	術中に使用する二酸化炭素ボンベについて、ボンベサイズを大きく（直径14cm、高さ83cm）し、酸素ボンベ（直径10cm、高さ65cm）のように容易に持ち運べないようにした。加えて、減圧流量弁を使用の都度、着脱する運用に改定した。
13	医療安全講演会の参加機会拡充の試行	医療安全講演会に、より参加しやすくする試みとして、同一内容のテーマ・講師で、複数の時間帯で開催したことで、通常の倍以上の参加があった。
14	ベッド柵等への挟まれ事故防止のためのガードレールパッドの導入	ベッド柵等に挟まれる事故を予防するために、必要時にガードレールパッドの使用を開始した。
15	院内採血管の番号指定化	院内で使用する採血管17種に対し、キャップの色では区別しきれなくなっていることから、採血管ごとに番号指定化を行った。

	検討項目	改善検討内容
16	周術期肺血栓塞栓症対策マニュアルの改訂	静脈血栓塞栓症を予防するための術前評価（ハイリスク患者の見直し、予定手術時と緊急手術時に分けたフローの作成等）及び予防計画治療書・患者説明用紙等について見直し、マニュアルを改定した。
17	術後患者移送時におけるパルスオキシメーター装着運用開始	他院での医療ガスボンベ取り違い事故を受けて、術後の低酸素血症の早期発見のため、全身麻酔後のすべての患者移送時にパルスオキシメータを装着し、経皮的に酸素飽和度をモニタリングする運用を開始した。
18	委託先部門への医療安全の基本事項周知	委託部署に医療安全管理指針を配置するとともに、委託部署のリーダークラスに安全ポッケを配布し、①患者確認、②ドクターコール等の院内緊急コール、③インシデント報告、④個人情報保護について周知した。
19	当院広報誌を通じた医療安全の市民向け広報	院外広報誌「十全」1月号に、医療安全の取り組み（啓発研修、安全管理巡回、患者さんと医療者による名前の確認など）について掲載し、市民向けの広報を行った。
20	手術室への薬剤師配置	手術室の薬剤管理をより充実していくため、薬剤師手術室配置を開始した。業務としては、これまでも行っていた麻薬に加えて、プロポフォール製剤、手術ごとに使用された麻酔カートにある薬剤について、出納確認や補充業務を担う。
21	手術室全室への薬剤トレー式麻酔カートの配置	各手術ごとに使用した薬剤の管理を、より充実していくために、薬剤トレー方式を採用した麻酔カートを手術室全室に配置した。
22	病院ホームページへの取組紹介の追加掲載	病院ホームページ医療安全管理室のページに、研修や巡回の概要等について掲載した。
23	体外式ペースングリードの固定方法の統一	体外式心臓ペースメーカーのペースングリードとペースメーカー本体を結ぶ中継コードの脱落防止のため、専用プレートを作成しワデルでの固定方法で統一した。
24	【新医療情報システム稼働に向けて】 食事アレルギー情報のデータベース化	新医療情報システム稼働に向けて、これまで退院すると消えていた患者の食事アレルギー情報を、データとして蓄積し、次回入院時にも反映できるように改善を行った。
25	【新医療情報システム稼働に向けて】 食事アレルギー情報の栄養部門システムへの転送数枠の増	新医療情報システム稼働に向けて、これまで食事アレルギー情報は5個までしか栄養部門システムに転送されなかったが、30個まで枠を増やし、情報の転送漏れを大幅に改善できるシステムとした。
26	【新医療情報システム稼働に向けて】 薬剤アレルギー確認の基本方針（人による確認）の制定	新医療情報システム稼働に向けて、薬剤アレルギーの電子的な制御が不完全なため、テキスト入力とし、人による確認を基本方針とした。
27	【新医療情報システム稼働に向けて】 患者個々のオーダ入力・参照時における、患者確認画面のポップアップ表示の改善	患者個々のオーダ入力・参照時には、患者氏名、ID、生年月日、薬剤・食物禁忌等アレルギー情報等が患者確認画面としてポップアップ表示できるよう、改善した。
28	手術室危機的状況シミュレーショントレーニングの実施	手術室稼働中の停電・地震等による危機的状況発生時への対応について、状況を想定し、実際の場でのシミュレーションを実施した。