

# 平成27年度の医療安全管理の取組について

平成28年7月8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

## 医療事故の公表について

平成13年 2月16日 制定

平成26年 6月12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、市会議員、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
  - ① 誤った医療又は管理を行ったことが明らかであり、その行った医療又は管理に起因して、患者が死亡し、若しくは患者に心身の障害が残った事例又は予期しなかった、若しくは予期していたものを上回る処置その他の治療を要した事例。
  - ② 誤った医療又は管理を行ったことは明らかでないが、行った医療又は管理に起因して、患者が死亡し、若しくは患者に心身の障害が残った事例又は予期しなかった、若しくは予期していたものを上回る処置その他の治療を要した事例（行った医療又は管理に起因すると疑われるものを含み、当該事例の発生を予期しなかつ

たものに限る)。

## (2) インシデント事例

- ① 医療に誤りがあったが、患者に実施される前に発見された事例。
- ② 誤った医療が実施されたが、患者への影響が認められなかった事例または軽微な処置・治療を要した事例。ただし、軽微な処置・治療とは、消毒、湿布、鎮痛剤投与等とする。
- ③ 誤った医療が実施されたが、患者への影響が不明な事例。

## 3 医療事故の公表基準

附属2病院は、次の基準該当する医療事故が発生した場合には、患者さんにご家族の同意のもとに、これを公表します。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) 医療事故のうち、「明らかに誤った医療行為あるいは管理」に起因し、それが死因となった場合、もしくは「永続的な障害や後遺症が残る」など、患者さんに相当の有害な結果を生じた場合には即時に公表する。
- (2) 医療事故のうち、「明らかに誤った医療行為あるいは管理」に起因し、濃厚な処置や治療を要した場合には、一括して個別事例を公表する。

上記以外の医療事故は公益財団法人日本医療機能評価機構への報告を通じて公表します。なお、インシデント事例は包括した形で件数等を一括して公表し、原則として個別事例は公表しませんが、医療に係る事故の発生の予防及び再発の防止に資すると考えられる警鐘的な事例は日本医療機能評価機構への報告を通じて公表します。

## 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、法人事務系責任職、附属2病院統括安全管理者、外部有識者等で構成する「医療事故公表判定委員会」を設置します。

当委員会は、病院長の依頼により、以下の項目について協議します。

- (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、委員会での協議結果を受け、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

平成25年4月5日 改正

#### (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、病院長の依頼により次の項目を協議するものとする。

- (1) 事案が、速やかに公表すべき医療事故であるか否かについて
- (2) 事案に関して、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) 事案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た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、次に掲げる委員をもって組織する。

副局長、医学・病院統括部長、市民総合医療センター管理部長、附属病院統括安全管理者、市民総合医療センター統括安全管理者、その他医療機関等の医師や医療安全管理に関する専門家等理事長が指名し委嘱する者

- 2 前項の委員の任期は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、委員長は副局長をもって充てる。
- 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。

医療事故公表判定委員会 委員名簿（平成28年4月現在）

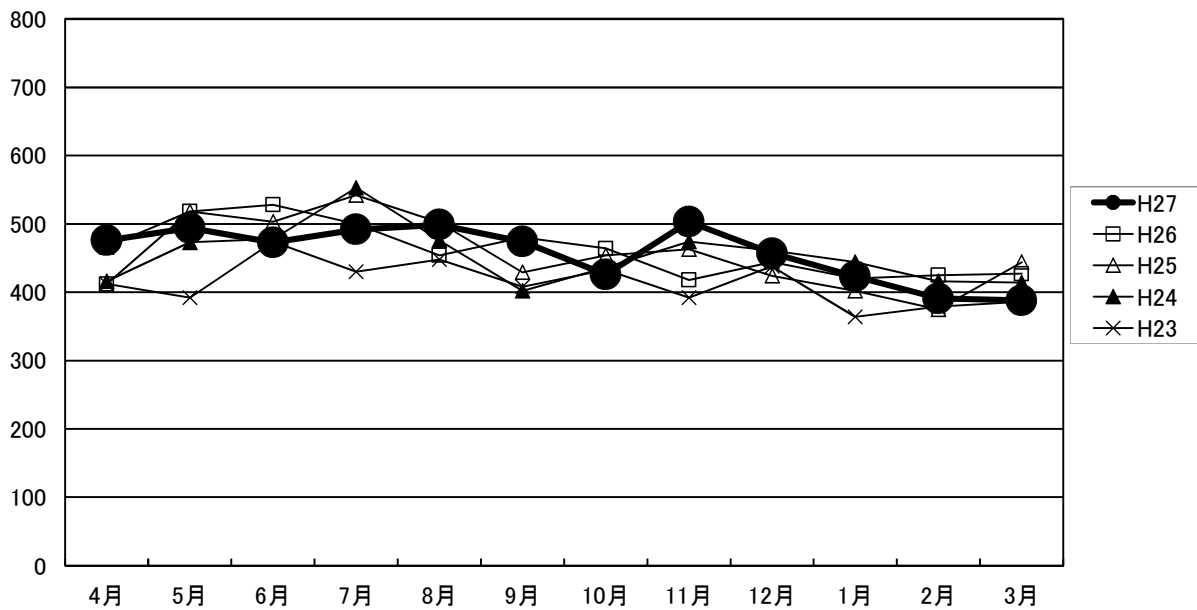
（敬称略）

氏 名	現 職 等
しも ざわ あき ひさ 下 澤 明 久	横浜市立大学 副局長
とり やま なお はる 鳥 山 直 温	(社)横浜市医師会 副会長
あま の み き こ 天 野 三 紀 子	(公社)神奈川県看護協会 専務理事
や お ま さ ひろ 矢 尾 正 祐	横浜市立大学附属病院 統括安全管理者
こく さき ち から 國 崎 主 税	横浜市立大学附属市民総合医療センター 統括安全管理者
か どう じゅん いち 加 藤 淳 一	横浜市立大学附属病院 医学・病院統括部長
と くら りゅう いち 戸 倉 隆 一	横浜市立大学附属市民総合医療センター 管理部長

# I インシデント報告の状況（平成27年4月1日～平成28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	187	174	15.6	14.5	3.4%	3.2%	6.1%	5.9%	256	247
看護師	4,777	4,747	398.1	395.6	86.9%	86.5%	55.4%	55.0%	719	719
コ・メディカル	489	541	40.8	45.1	8.9%	9.9%	21.9%	24.6%	186	183
事務・その他	43	28	3.6	2.3	0.8%	0.5%	5.4%	3.8%	67	61
合計	5,496	5,490	458.0	457.5	100.0%	100.0%	37.3%	37.8%	1,228	1,210

※ 職員数は27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

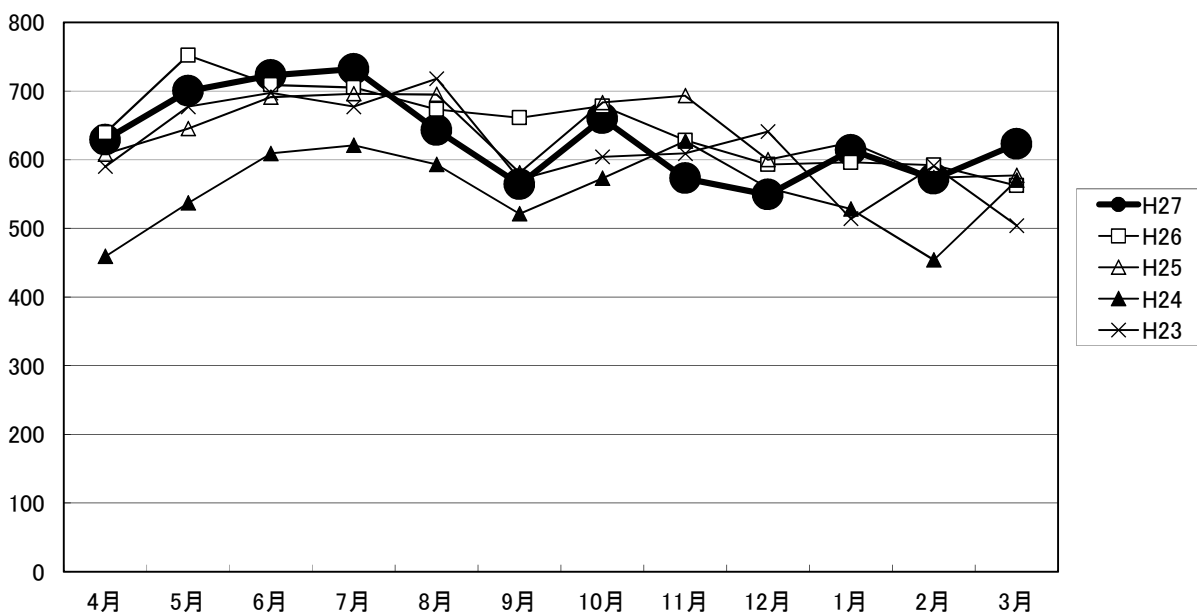
事象	件数		月平均		構成比	
	今年度	昨年度	今年度	昨年度	今年度	昨年度
薬剤	1,927	2,006	160.6	167.2	35.1%	32.1%
輸血	74	52	6.2	4.3	1.3%	0.9%
治療・処置	284	262	23.7	21.8	5.2%	4.8%
医療機器等	203	215	16.9	17.9	3.7%	3.9%
ドレーン・チューブ	974	1,047	81.2	87.3	17.7%	19.1%
検査	568	474	47.3	39.5	10.3%	8.6%
療養上の世話	769	811	64.1	67.6	14.0%	14.8%
(うち転倒・転落)	477	471	39.8	39.3	8.7%	8.6%
その他	697	623	58.1	51.9	12.7%	11.3%
合計	5,496	5,490	458.0	457.5	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	3,053	3,175	254.4	264.6	55.5%	57.8%
病棟処置室	28	34	2.3	2.8	0.5%	0.6%
廊下	106	113	8.8	9.4	1.9%	2.1%
トイレ	116	86	9.7	7.2	2.1%	1.6%
浴室	28	21	2.3	1.8	0.5%	0.4%
外来診察室・処置室	277	233	23.1	19.4	5.0%	4.2%
外来待合室	33	38	2.8	3.2	0.6%	0.7%
手術室	426	430	35.5	35.8	7.8%	7.8%
検査室	290	162	24.2	13.5	5.3%	3.0%
訓練室	3	1	0.3	0.1	0.1%	0.0%
薬剤部	69	90	5.8	7.5	1.3%	1.6%
ナースステーション	536	552	44.7	46.0	9.8%	10.1%
その他	531	555	44.3	46.3	9.7%	10.1%
合計	5,496	5,490	458.0	457.5	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	
	件数	昨年度	月平均	昨年度	構成比	昨年度	提出率	昨年度	職員数	昨年度
医師	252	200	21.0	16.7	3.3%	2.6%	10.9%	8.8%	193	190
看護師	6,857	7,097	571.4	591.4	90.4%	91.1%	63.1%	65.0%	905	910
コ・メディカル	338	381	28.2	31.8	4.5%	4.9%	14.6%	16.5%	193	193
事務・その他	135	110	11.3	9.2	1.8%	1.4%	19.5%	15.6%	58	59
合計	7,582	7,788	631.8	649.0	100.0%	100.0%	46.8%	48.0%	1,349	1,352

※ 職員数は27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	
	件数	昨年度	月平均	昨年度	構成比	昨年度
薬剤	2,861	2,699	238.4	224.9	37.7%	32.1%
輸血	56	41	4.7	3.4	0.7%	0.5%
治療・処置	483	530	40.3	44.2	6.4%	6.8%
医療機器等	196	254	16.3	21.2	2.6%	3.3%
ドレーン・チューブ	1,355	1,544	112.9	128.7	17.9%	19.8%
検査	586	595	48.8	49.6	7.7%	7.6%
療養上の世話	1,218	1,129	101.5	94.1	16.1%	14.5%
(うち転倒・転落)	525	543	43.8	45.3	6.9%	7.0%
その他	827	996	68.9	83.0	10.9%	12.8%
合計	7,582	7,788	631.8	649.0	100.0%	100.0%

### (4) インシデント報告の場所別内訳

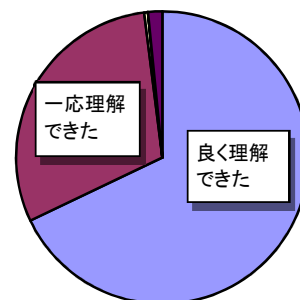
場所	件数		月平均		構成比	
	件数	昨年度	月平均	昨年度	構成比	昨年度
病室	5,284	5,372	440.3	447.7	69.7%	68.4%
病棟処置室	41	37	3.4	3.1	0.5%	0.6%
廊下	93	104	7.8	8.7	1.2%	1.5%
トイレ	87	95	7.3	7.9	1.1%	1.7%
浴室	36	35	3.0	2.9	0.5%	0.5%
外来診察室・処置室	200	196	16.7	16.3	2.6%	2.9%
外来待合室	23	22	1.9	1.8	0.3%	0.3%
手術室	254	293	21.2	24.4	3.4%	2.2%
検査室	252	324	21.0	27.0	3.3%	4.2%
訓練室	7	9	0.6	0.8	0.1%	0.1%
薬剤部	92	69	7.7	5.8	1.2%	0.9%
ナースステーション	739	780	61.6	65.0	9.7%	10.0%
その他	474	452	39.5	37.7	6.3%	6.7%
合計	7,582	7,788	631.8	649.0	100.0%	100.0%

## II 入院患者アンケート調査結果（平成27年4月～平成28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

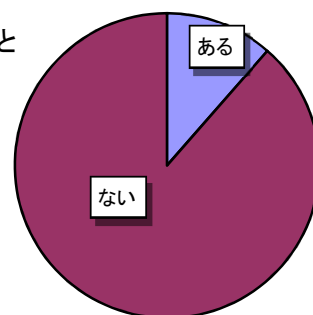
	27年度（4～3月）合計		昨年度 比率
	回答数（件）	比率	
良く理解できた	474	67.9%	67.3%
一応理解できた	210	30.1%	30.7%
余り理解できなかった	3	0.4%	0.8%
全く理解出来なかった	0	0.0%	0.1%
その他	11	1.6%	1.1%
合計	698	100.0%	100.0%



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

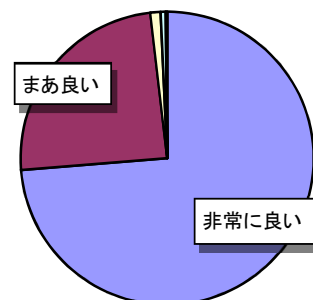
	27年度（4～3月）合計		昨年度 比率
	回答数（件）	比率	
ある(※)	81	11.4%	10.9%
ない	628	88.6%	89.1%
合計	709	100.0%	100.0%

(※) 代表的な事例：採血・点適時の医療従事者による技術不足、治療・検査・処置等に関する説明不足、院内設備や清掃に関する不満



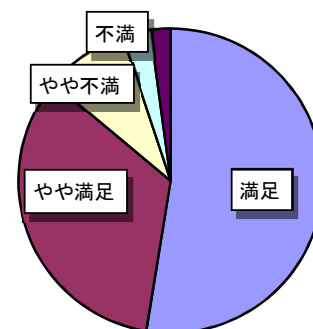
設問3 医師、看護師、薬剤師、技師などの対応について、どう感じたか

	27年度（4～3月）合計		昨年度 比率
	回答数（件）	比率	
非常に良い	519	73.7%	76.6%
まあ良い	172	24.4%	21.7%
やや悪い	8	1.1%	0.7%
非常に悪い	4	0.6%	0.7%
分からない	1	0.1%	0.2%
合計	704	100.0%	100.0%



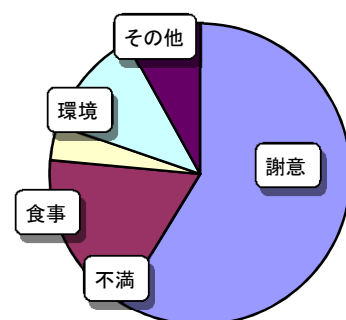
設問4 病室、トイレ、ディルーム、食事など療養環境について

	27年度（4～3月）合計		昨年度 比率
	回答数（件）	比率	
満足	370	52.6%	57.7%
やや満足	236	33.5%	30.6%
やや不満	62	8.8%	7.1%
不満	21	3.0%	3.1%
なんとも言えない	15	2.1%	1.6%
合計	704	100.0%	100.0%



設問5 その他の意見

	27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	509	58.7%	63.8%
医師、看護師等に対する不満	154	17.8%	12.1%
食事に関する要望	33	3.8%	2.9%
環境整備に関する要望	101	11.6%	16.7%
その他	70	8.1%	4.6%
合計	867	100.0%	100.0%

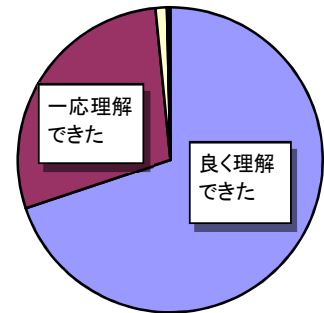




## 2 センター病院

### 設問1 病状や治療方針の説明はわかり易かったですか

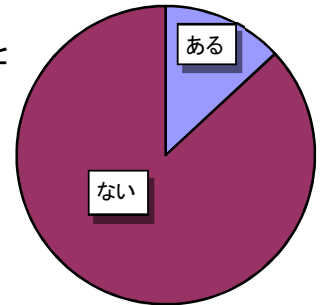
	27年度(4~3月)合計		昨年度 比率
	回答数(件)	比率	
良く理解できた	767	69.9%	67.8%
一応理解できた	314	28.6%	30.9%
余り理解できなかった	13	1.2%	0.8%
全く理解出来なかった	1	0.1%	0.3%
その他	3	0.3%	0.1%
合計	1,098	100.0%	100.0%



### 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

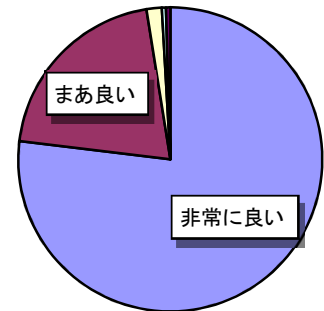
	27年度(4~3月)合計		昨年度 比率
	回答数(件)	比率	
ある(※)	133	13.1%	11.8%
ない	882	86.9%	88.2%
合計	1,015	100.0%	100.0%

(※)代表的な事例： 点滴・注射における技術不足、手術や検査内容に関する説明不足、清掃や衛生面の不満



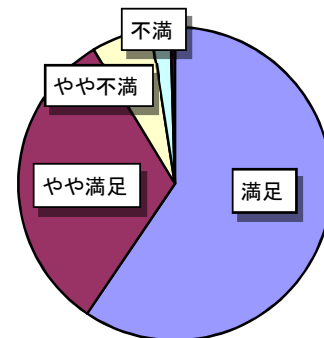
### 設問3 医師、看護師、薬剤師、技師などの対応について、どう感じたか

	27年度(4~3月)合計		昨年度 比率
	回答数(件)	比率	
非常に良い	860	76.9%	77.5%
まあ良い	230	20.6%	19.8%
やや悪い	18	1.6%	1.1%
非常に悪い	5	0.4%	1.1%
分からない	5	0.5%	0.4%
合計	1,118	100.0%	100.0%



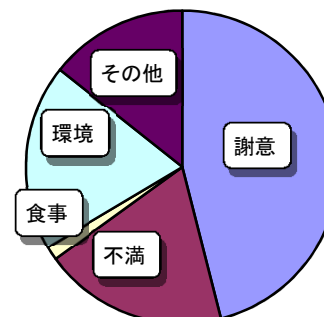
### 設問4 病室、トイレ、ディールーム、食事など療養環境について

	27年度(4~3月)合計		昨年度 比率
	回答数(件)	比率	
満足	651	59.5%	58.8%
やや満足	349	32.0%	32.4%
やや不満	68	6.2%	6.0%
不満	22	2.0%	2.2%
なんとも言えない	5	0.4%	0.6%
合計	1,095	100.0%	100.0%



### 設問5 その他の意見

	27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	608	46.0%	39.5%
医師、看護師等に対する不満	251	19.0%	26.5%
食事に関する要望	19	1.4%	2.8%
環境整備に関する要望	254	19.3%	21.0%
その他	189	14.3%	10.1%
合計	1,321	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	不要薬剤返却の徹底	入院患者の中止や変更となり使用されなくなった薬剤は、転用せず速やかに薬剤部へ返却するルールとなっていたが徹底されていなかった。通知文を発行し、不要薬剤の返却についてルールの再確認をした。さらに病棟薬剤師も病棟ラウンド時に不要薬剤の回収に取り組んだ。さらに実施状況について安全管理室で病棟ラウンドを行い、不要薬剤返却が実施できていることを確認・徹底した。
2	分割血液製剤のシリンジ貼付用ラベルの作成	小児の微量輸血のため分割血液製剤からシリンジに移して使用する際に、シリンジに貼付する輸血識別ラベルがなかったため、製剤製造番号を印字したラベルを作成。シリンジ用として分割血液製剤に貼付し払い出すように改善した。
3	医療安全管理室が発行する通知文に重要度分類を導入	安全管理室から発行する通知文の重要度がわかりにくかったため「重要」「注意」「掲示」の三段階の重要度分類を制定し、全職員への伝達を効果的に行う目的で重要度を識別した。
4	手術等の侵襲的処置に関する基本ルールを定めた	手術等の侵襲的処置の安全管理体制確保のため（1）医師の診療体制、主治医・指導医の関する内規の作成（2）術者資格に関する内規の作成（3）臨床倫理委員会要綱で定める医療行為の届け出（4）特にリスクの高い症例の医療安全管理室への届け出（5）IC時の具体的な合併症発生率の説明（6）死亡症例検討会の実施（7）重篤合併症発生時の検討会の実施の7項目を定めた。
5	ロボット支援手術および鏡視下手術における一時停止基準の作成	ロボット支援手術の術資格者および中止基準、鏡視下手術の術資格者および一時停止基準を作成し、医療安全マニュアルに追記した。
6	筋弛緩薬請求方法の運用変更	他施設での筋弛緩薬紛失事例から、当院の運用を見直し、専用伝票に使用予定患者名および用途の記入を必須にし、記入がなければ薬剤部より払い出さない運用に変更した。
7	5階フロアのセキュリティー強化	5階フロアは通常診療などでは使用しないが、容易に侵入可能であったため①「関係者以外立ち入り禁止」の札を追加・更新、②階段から5階フロアへの入室扉を常時施錠とした、③夜間・休日はエレベータが停止しないように変更した。
8	看護師のCVCルート管理に認定制導入	CVCルートの安全管理のため、CVCルート交換とCVCのへパ生ロック手順を作成。CVC管理研修を開催し、手順通りに正しく実施できる看護師を認定し、認定された看護師のみルート交換とへパ生のルートロックを実施できるよう体制を整えた。
9	化学療法センター、内視鏡センターでの外来患者ネームバンドを導入	化学療法センター、内視鏡センターにおいて外来ネームバンドの装着を開始し、抗ガン剤の投与時の確認、鎮静時の患者確認においてバーコード照合による確認が実施できるようにした。
10	患者確認強化月間の設定	患者取違い事故があった1月を患者確認強化月間として、全職員が医療安全マニュアル確認行為の読み合わせの実施、「名前を確認します」のリボンを着し患者確認への自律を促した。外来診療エリアにポスターを掲示し、患者確認の実施をアピールした。取り組み実施状況について患者にヒアリングを行った。結果、患者から放射線部の確認が丁寧に徹底していると評価を受け、安全管理部門の職員表彰とした。
11	PICC限定登録医制度の新設	CVC登録医と同様に平成28年1月よりPICC限定登録医制度を新設し、院内でPICCを挿入できるのは、CVC登録医・PICC限定登録医もしくは登録医の指導の下で行った場合に限定した。
12	MRI磁場体験研修の新採用研修医、看護師の必須研修	MRIへの医療者による磁性体の持ち込み事例が続いたことから、教育目的で新採用研修医と看護師への必須研修とした。
13	ドクターコールバッグの整備	患者急変時、院内どこでも一次救命処置を迅速に行うための道具を一つのバッグに整備し麻酔科医、救急医、集中治療部医師が持参できるようにした。ドクターコール時、大勢が集まる中でリーダー医師の視認性を高めるため、ビブスを装備することで急変時の情報集約にもつながった。
14	こどもの外傷初期対応フローの作成	外傷を伴うこどもの受診時に、対応者が同一基準で判断できる虐待スクリーニングシートを作成。対応フローも併せて作成し、虐待を疑う場合には迅速に対応できるよう整備した。

	検討項目	改善検討内容
15	検査処置時の鎮静と病棟における鎮静についてのマニュアルを作成、研修を開催	鎮静を安全に実施するため、各診療科で検査処置時に行う鎮静方法について鎮静プロジェクトに申請し承認を得ることにした。鎮静中のモニタリングの方法、管理、記録方法、退室基準など含んだ鎮静マニュアルを作成。マニュアルの内容周知のため看護師に向け研修会も実施した。
16	院外処方箋用紙の変更	従来の院外処方せんは白色の偽造防止用紙であった。用紙を補充時、識別ができず誤って通常の白色コピー用紙を用いて処方箋を発行した事例が報告された。外観で判別できるように、青色の偽造防止用紙に変更した。
17	患者アレルギー情報共有のためのアイコン変更と入力状況調査の実施	患者のアレルギー情報が「有」「無」だけではなく「アレルギーがないことを確認した」という項目も作成し未入力状況も判別できるよう患者基本情報のアイコンをわかりやすくした。アレルギー情報の入力状況調査も継続的に実施している。
18	全死亡症例の把握	特定機能病院の新たな承認要件に対応するため、医療安全管理室で全死亡症例の死亡前5日間の診療記録を確認し、必要に応じて調査検証を行い、QIミーティングにて報告を行っている。
19	医療事故調査制度に対応した患者死亡時のフローチャートを作成	医療事故調査制度に対応し、患者死亡時に死亡時画像診断Ai・病理解剖が必要な患者を判断するためのフローチャートを作成した。併せてAi撮影時の対応についてもフローを作成した。

## 2 センター病院

	検討項目	改善検討内容
1	「中心静脈カテーテル挿入・留置に関するガイドライン及び運用マニュアル」の改訂	中心静脈カテーテル挿入・留置プロジェクトの一環として、穿刺針やカテーテルの選択、輸液接続時の注意点について、より一層安全に手技を実施できるようにマニュアル内容を改訂し、周知を行なった。
2	診療科部長とリスクマネージャー、安全管理室との個別面談実施	各診療科と個別面談を実施し、医療安全について、診療科部長とリスクマネージャーとで役割を再確認し、安全に関する情報がどのように周知されているかを確認した。症例の振り返りや医療の質を反映するクリニカルインディケーターの有無、他職種とのコミュニケーションに関して情報を共有した。
3	クリニカルパスにおける不眠時指示の見直し	高齢の入院患者が増加していることにあわせて、不眠時指示としての睡眠薬投与の見直しを行なった。薬剤部からの提案を受けて、クリニカルパス小委員会と連携して、睡眠薬の種類・用量について各診療科クリニカルパスを点検し、見直した。
4	「患者安全推進ジャーナル」をリスクマネージャー会議で配布	今年度はリスクマネージャー対象に、日本医療機能評価機構が発行する「患者安全推進ジャーナル」を年4回配布し、リスクマネージャー会議で特集等の概要を取り上げ、医療安全文化の醸成に努めた。
5	中央部門責任者とリスクマネージャー、安全管理室との個別面談実施	診療科と同様に、中央部門（栄養部、放射線部、リハビリテーション部、薬剤部、輸血部、臨床検査部）についても個別面談を実施し、安全に関する取り組みや今後の課題などを確認した。
6	電子カルテにおける「経過記録」項の活用推進	医療安全の観点から、診察記事や検査類、書類の有無を一画面で確認できる「経過記録」の項の活用をリスクマネージャー会議で推進し、2週間分を一画面で見られるように改修した。
7	抑制開始手順に関する医師指示方法の統一	電子カルテの指示コメントでフォーマットを作成し、抑制指示方法を統一した。抑制の目的、方法、時間、時期について流れに沿って入力ができるように改修し、院内に周知を行なった。
8	総合マニュアル「異状死の判断と異状死体の届出」改訂	新たに開始された「医療事故調査制度」に対応した内容に改訂を行い、死亡原因の検討や安全管理室への報告等をフローチャート化した。また、Ai（死亡時画像診断）の依頼方法についても見直しを行い、迅速に実施できるように改めた。
9	ICTと合同院内ラウンドの実施を開始	月に2～4回の頻度で行われているICTラウンドに同行し、感染制御部と安全管理室との合同ラウンドを定期的の実施するようにした。中央部門を中心に17部署へラウンドした。
10	医療安全管理指針・医療安全管理マニュアル（第13版）の改訂と配布	第13版として内容を改訂し、新しい冊子の配布を行なった。医療安全管理指針とマニュアルとに分けて作成し直し、制度変更や内容更新に対応できるようにした。インフォームドコンセントに関する項目及び電子カルテ内基本情報等に入力する情報などが追加された。
11	医療事故調査等要綱の改訂	「医療事故調査制度」の開始に伴い、それに対応するため当院の「医療事故調査等要綱」を改訂し、変更点についての周知を行なった。
12	患者参加型の転倒転落予防の取組み	「入院のご案内」と一緒に渡している転倒転落防止のための協力依頼文の内容を変更し、入院中の履物に対する注意喚起と啓発を促すようにした。また、院内売店でのスリッパ販売の中止要請を行なった。
13	酸素架台の確認と交換	当院にある酸素架台82台を全て調査し、部品が欠品しているなど不良品に関して交換を行なった。併せてベッド柵の形状の確認も行った。
14	「安全ポッケ第4版」の配布	医療安全管理指針・医療安全マニュアルの改訂を受けて、安全ポッケを改訂し、全職員に配布をした。病病情報端末からも出力できるように、「院内共通資料」の項にPDF化して掲載し、活用しやすい環境を整えた。

	検討項目	改善検討内容
15	チーム医療の推進	安全管理室スタッフのTeam STEPPS研修の見学・参加を経て、リスクマネジャーを中心に同研修を導入することとした。今年度は計2回（参加者計96名）実施した。
16	注射剤の速度指示に対する取組み	注射剤速度指示を入力しやすいよう、「キープ」「指示コメント参照」の注射処方時のマスタコメントを追加した。クリニカルパスでの注射速度見直しを診療科に依頼、病棟での指示実施状況を把握し周知した。
17	患者参加型医療に関する啓発ポスターの貼付	外来診察ブースに、患者確認協力依頼のポスターを一定期間貼付し、患者参加型医療への啓発を推進した。
18	院外処方せんへの臨床検査値表示	外来薬物療法の安全性向上の観点から、院外処方せんに血液検査の結果の一部や患者の身体情報を自動的に印字できるようにした。
19	電子カルテ掲載文書の様式承認制度試行	診療情報管理部門と協働し、説明書等の必要項目を検討し標準様式を作成した。標準様式に沿った説明書の作成をいくつかの診療科と試行し、文書の様式承認制度を再開させることとした。
20	間歇的投与薬剤に対する注意喚起	連日投与を通常は行わない薬剤について、薬剤部と協働して薬剤名称や処方せん上に「連日投与禁」の注意喚起文が表示できるようにマスタ変更を実施した。
21	画像検査依頼票への情報付与	他科から依頼された検査結果が確実に患者に伝わるように、画像検査依頼票に次回診察予約日と次回MRI情報を掲載するようにして、有所見者の次回診察日等を確認しやすいようにした。
22	アプニアモニターの導入	新生児呼吸窮迫症候群の早期発見と突然死の予防対策として、母子同室中の新生児の呼吸状態把握を目的に、アプニアモニターを導入した。20台を導入し、マット式のものも2台購入した。