

平成14年度の医療安全管理の取組について

平成15年6月19日

市立大学事務局

目 次

一括公表事案	1
インシデント報告の状況	2
入院患者アンケート結果	4
主な改善検討事例	6

一括公表事案

附属病院

番号	概要	要
1	術後2日目、下肢に術後肢位の影響と考えられる腓骨神経麻痺が出現しましたが、内服薬投与等により回復しました。	【再発防止策】術後肢位の保持確認と観察の強化を実施しました。
2	動脈ライン確保中、圧波形を確認しながら留置針の外筒を抜去したところ、先端が10mm切れていました。前腕部を約15mm切開し回収しました。	【再発防止策】留置針抜去時は、複数のスタッフによる外筒の全長と先端の有無の確認を行なう等の注意点をルール化し、医療安全管理指針に載せました。
3	外来において検査前処置薬の鎮静剤を過量投与しました。直ちに対処し、検査終了後も経過観察し、帰宅しました。	【再発防止策】医師は指示票に記載した後、指示内容について声を出して医療スタッフと確認することをルール化しました。
4	指示出しと情報伝達の齟齬による検査前処置薬の過量投与。点滴で対処し経過観察しました。	【再発防止策】検査前処置に関する手順を明確化し、スタッフ間で共有しました。
5	研修医による中心静脈カテーテル抜去時のカテーテル切断。即時対処し先端部分を回収しました。	【再発防止策】中心静脈カテーテル抜去を研修医が単独で行なうことを禁止項目としました。更に、カテーテル抜去時の注意点をルール化し、医療安全管理指針に載せ周知をしました。
6	輸液注入ポンプのアラームが鳴って訪室すると注入量設定値が誤っているのを発見、即座に訂正しました。流量設定場所に手が触れた可能性があったものです。	【再発防止策】輸液注入ポンプの機種の一斉化、流量設定等タッチ式からダイヤル式にしました。
7	免疫抑制剤の過量投与。発見後直ちに対処し、副作用としての腎障害も観察されませんでした。	【再発防止策】化学療法時の医療チーム内における手順の共有をしました。

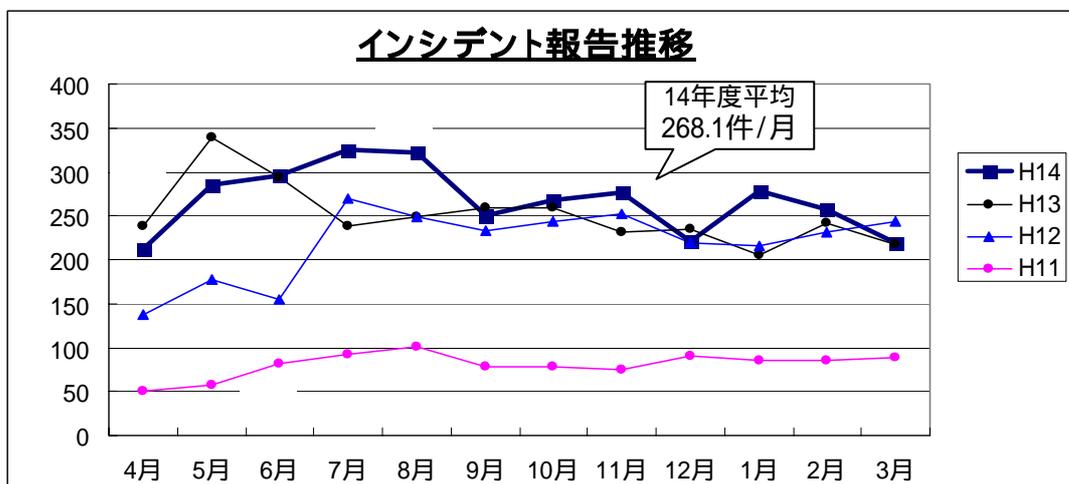
センター病院

番号	概要	要
1	右脚の人工股関節の手術後、リハビリ訓練を行っているときに股関節に脱臼を生じてしまいました。	【再発防止策】医師は理学療法士にリハビリ訓練の内容を正確に伝えることを徹底いたしました。また、理学療法士の実技指導を実施するとともに診療計画書の見直しを行いました。
2	直腸レントゲン検査でバリウムを注入したところ、直腸に穴が生じてしまいました。	【再発防止策】高齢と重症疾患等の患者の身体的な条件を十分に留意すべき事例として、院内で共有し、改めて注意を喚起しました。
3	左下の8番目を抜歯しようとしたところ、歯肉に埋まった状態であったため隣接する7番目を該当歯と思いこみ、抜歯してしまいました。	【再発防止策】抜歯時に患者の診療データと該当する歯の突き合わせを確実に実施するよう徹底を図りました。
4	外来の紹介患者の情報を確認しないで薬を処方してしまい、血中アミラーゼの上昇を認めたため、肺炎の発症を疑い、安全を期して1週間の入院治療となりました。	【再発防止策】紹介状やカルテに記載されている患者情報の確認を徹底するようにしました。

インシデント報告の状況（平成14年4月～平成15年3月）

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・提出率

職種	件数	月平均	構成比		提出率		職員数
			昨年度 月平均	昨年度	昨年度		
医師	107	8.9	10.8	3.3%	4.3%	4.2%	214
看護師	2,756	229.7	204.8	85.7%	81.7%	36.8%	624
コ・メディカル	341	28.4	33.5	10.6%	13.4%	16.8%	169
事務・その他	13	1.1	1.8	0.4%	0.7%	1.3%	82
合計	3,217	268.1	250.8	100%	100%	24.6%	1,089

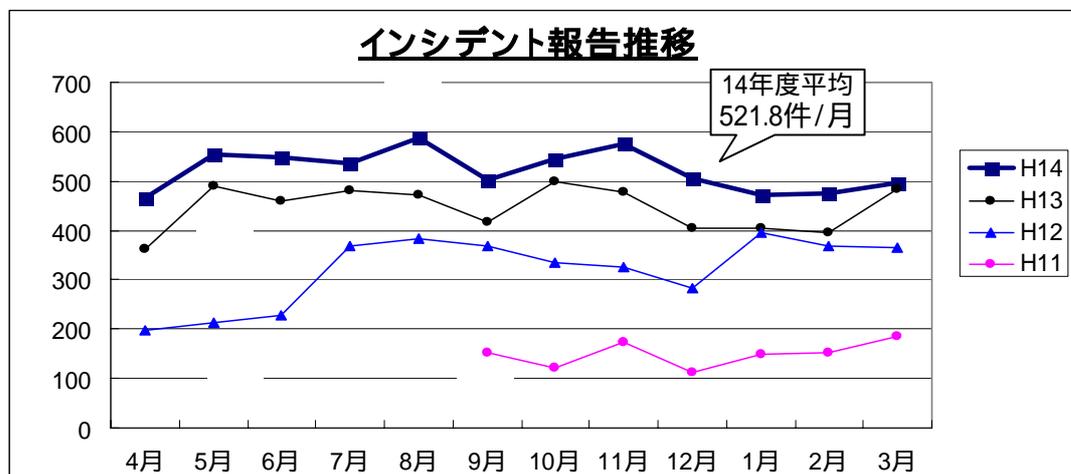
提出率(%) = 職種ごとの1か月あたりの提出件数 / 職員数
職員数は、4～3月の毎月初現在員数の月平均

(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	
			昨年度 月平均	昨年度
手術・鎮静・麻酔	43	3.6	6.3	1.2%
処置・治療・訓練	134	11.2	9.2	3.7%
輸血	41	3.4	4.1	1.1%
薬剤	1,349	112.4	94.6	37.6%
ルート・チューブ	522	43.5	47.6	14.5%
検査	443	36.9	35.7	12.3%
転倒・転落	422	35.2	35.8	11.8%
ME機器・医療器械	105	8.8	10.4	2.9%
食事	71	5.9	5.8	2.0%
外傷	32	2.7	2.7	0.9%
その他	428	35.7	27.6	11.9%
合計	3,590	299.2	279.8	100%

2 市大センター病院

(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・提出率

職種	件数	月平均	昨年度 月平均	構成比	昨年度	提出率	昨年度	職員数
医師	209	17.4	8.7	3.3%	1.9%	14.0%	6.8%	124
看護師	5,527	460.6	388.3	88.3%	87.1%	58.3%	51.9%	790
コ・メディカル	449	37.4	42.3	7.2%	9.5%	21.3%	26.1%	176
事務・その他	76	6.3	6.3	1.2%	1.4%	8.7%	7.0%	73
合計	6,261	521.8	445.5	100.0%	100%	44.9%	39.5%	1,163

提出率(%) = 職種ごとの1か月あたりの提出件数 / 職員数
 職員数は、4～3月の毎月初現在員数の月平均

(3) インシデント報告の事象別内訳

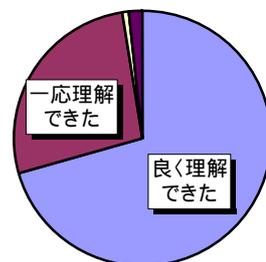
事象	件数	月平均	昨年度 月平均	構成比	昨年度
手術・鎮静・麻酔	122	10.2	7.6	1.9%	1.7%
処置・治療・訓練	734	61.2	40.7	11.7%	9.1%
輸血	64	5.3	4.4	1.0%	1.0%
薬剤	1,893	157.8	144.8	30.2%	32.5%
ルート・チューブ	1,540	128.3	107.3	24.6%	24.1%
検査	567	47.3	35.3	9.1%	7.9%
転倒・転落	545	45.4	42.7	8.7%	9.6%
ME機器・医療器械	343	28.6	25.2	5.5%	5.6%
食事	140	11.7	11.3	2.2%	2.5%
外傷	151	12.6	12.1	2.4%	2.7%
その他	162	13.5	14.2	3.0%	3.2%
合計	6,261	521.8	445.5	100%	100%

入院患者アンケート調査結果（平成14年4月～平成15年3月）

1 附属病院

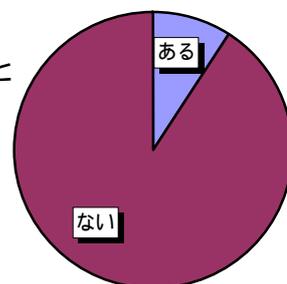
設問1 病状や治療方針の説明はわかり易かったですか

	4～3月 合計		昨年度 比率
	回答数(件)	比率	
良く理解できた	750	70.6%	65.0%
一応理解できた	284	26.7%	32.1%
余り理解できなかった	9	0.8%	1.0%
全く理解出来なかった	2	0.2%	0.1%
その他	17	1.6%	1.9%
合 計	1062	100%	100%



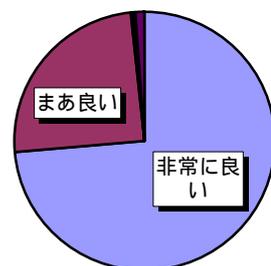
設問2 治療、検査、処置など診療全般について、医療安全管理上問題があったと思われたこと、その他、気づかされたことや不満に思われたこと

	4～3月 合計		昨年度 比率
	回答数(件)	比率	
ある	97	9.1%	7.9%
ない	965	90.9%	92.1%
合 計	1062	100%	100%



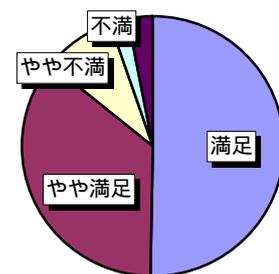
設問3 医師、看護師、薬剤師、技師などの対応について、どう感じたか

	4～3月 合計		昨年度 比率
	回答数(件)	比率	
非常に良い	782	73.6%	69.4%
まあ良い	261	24.6%	26.2%
やや悪い	5	0.5%	0.6%
非常に悪い	2	0.2%	0.2%
分からない	12	1.1%	3.6%
合 計	1062	100%	100%



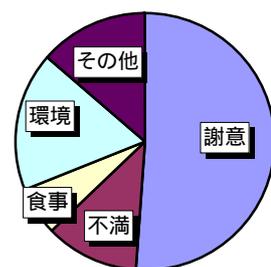
設問4 病室、トイレ、ディルーム、食事など療養環境について

	4～3月 合計		昨年度 比率
	回答数(件)	比率	
満足	533	50.2%	47.2%
やや満足	379	35.7%	34.9%
やや不満	95	8.9%	8.3%
不満	23	2.2%	3.7%
なんとも言えない	32	3.0%	5.9%
合 計	1062	100%	100%



設問5 その他の意見

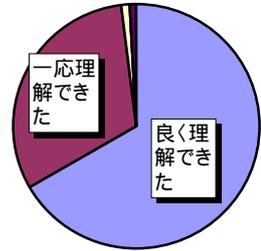
	4～3月 合計		昨年度 比率
	回答数(件)	比率	
医師、看護師等に対する謝意	482	51.1%	44.9%
医師、看護師等に対する不満	109	11.6%	8.4%
食事に関する要望	59	6.3%	9.0%
環境整備に関する要望	164	17.4%	21.1%
その他	129	13.7%	16.7%
合 計	943	100%	100%



2 市大センター病院

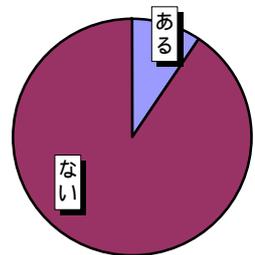
設問1 病状や治療方針の説明はわかり易かったですか

	4～3月 合計		昨年度 比率
	回答数(件)	比率	
良く理解できた	766	66.8%	67.5%
一応理解できた	358	31.2%	29.7%
余り理解できなかった	14	1.2%	1.6%
全く理解出来なかった	0	0.0%	0.4%
その他	9	0.8%	0.8%
合計	1,147	100%	100%



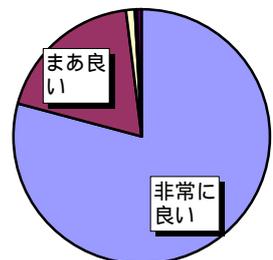
設問2 治療、検査、処置など診療全般について、医療安全管理上問題があったと思われたこと、その他、気づかれたことや不満に思われたこと

	4～3月 合計		昨年度 比率
	回答数(件)	比率	
ある	108	9.4%	12.1%
ない	1,039	90.6%	87.9%
合計	1,147	100%	100%



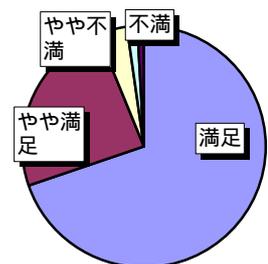
設問3 医師、看護師、薬剤師、技師などの対応について、どう感じたか

	4～3月 合計		昨年度 比率
	回答数(件)	比率	
非常に良い	908	79.2%	76.0%
まあ良い	216	18.8%	21.4%
やや悪い	13	1.1%	1.1%
非常に悪い	3	0.3%	0.7%
分からない	7	0.6%	0.8%
合計	1,147	100%	100%



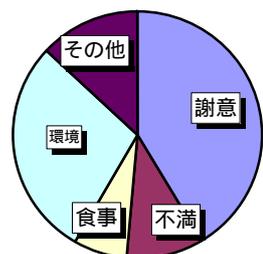
設問4 病室、トイレ、ディルーム、食事など療養環境について

	4～3月 合計		昨年度 比率
	回答数(件)	比率	
満足	799	69.7%	69.0%
やや満足	278	24.2%	24.2%
やや不満	44	3.8%	3.8%
不満	18	1.6%	1.6%
なんとも言えない	8	0.7%	1.4%
合計	1,147	100%	100%



設問5 その他の意見

	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	346	41.4%	44.5%
医師、看護師等に対する不満	84	10.1%	9.4%
食事に関する要望	57	6.8%	6.5%
環境整備に関する要望	240	28.7%	23.1%
その他	108	12.9%	16.6%
合計	835	100%	100%



主な改善検討事例

1 附属病院		
	検討項目	改善検討内容
1	「高血糖とインスリン療法」に関する教育・研修	前年度に引き続き院内研修会を、臨床研修医を対象に開催した。医師、薬剤師、看護師による、超速攻型（食直前打ち）インスリンなど新しい治療内容と重要な基礎知識を盛り込んだ具体的な事例に基づく教育プログラム。
2	併用禁忌薬コンピュータ入力間違えの予防	<ul style="list-style-type: none"> ・処方オーダ時併用禁忌薬剤に注意を喚起するため、処方マスタの薬剤に関して併用禁忌の設定した。 ・併用禁忌薬剤のオーダ時、画面に「併用禁忌」注意画面を表示した。 ・（5月9日から）併用禁忌設定薬剤は内服薬のみとした。 ・併用禁忌マスタは一般名をグループ化し、併用禁忌マスタは「相互禁忌グループ」として登録した。 ・処方マスタと注射マスタの間ではシステム上併用禁忌として動作しない。
3	胃管に関する事故予防対策基本マニュアルの改訂（胃管の挿入部位間違いの防止）	胃管に関する事故予防対策基本マニュアルの一部を加筆・訂正した。手順の遵守を通知した。
4	患者確認の徹底	「患者識別バンド」「与薬」「点滴」における患者確認の徹底状況について、患者さんからの評価及び医療従事者同僚間での評価などを実施しながら病院全体で再確認し、再度徹底した。
5	人工呼吸器使用時の指示票	病棟での人工呼吸器使用時の指示票を院内統一した。すでに事故予防マニュアル（共通編）に案として掲載されているが、試行結果実用可能と判断。スターオフィスから出力可能とした。
6	中心静脈カテーテルに関する事故予防マニュアルの改訂	中心静脈カテーテルに関する事故予防マニュアルの項目の追加・修正した。
7	検査結果一括出力	検査伝票の貼り間違い防止のため、検査結果の一括出力化を実施した。
8	周術期肺塞栓症対策マニュアルの改訂	周術期肺塞栓症対策マニュアル改訂版を平成14年9月に完成。準備が整い次第、病院を挙げた取り組みとして試行に入った。
9	周術期肺塞栓症対策マニュアルの改訂	病院を挙げた取り組みとしての試行を受け、医療安全管理指針（共通編）に掲載した。（平成15年4月1日施行）
10	硝酸銀棒の使用状況	全部署を調査し、分析、検討し、二診療科を除き全面的に回収した。継続使用する二診療科とは“硝酸銀棒使用・保管確認書”を取り交わし、管理責任の明確化を図った。
11	ヘパリンNaロックの安全な導入	ヘパリンNaロックの安全な導入について薬事委員会・感染対策委員会と連携・検討した。実施案を策定し、院内合意を得た。運用マニュアル作成次第使用開始する。
12	医療事故発生時の対応マニュアルの制定/患者・医療者相談窓口の設置	医療事故発生時の対応として、トラブル対応体制の整備、初期対応マニュアルを作成した。医療安全相談窓口の設置、運営について明文化した。医療安全管理指針（共通編）第4版に掲載した。
13	がん化学療法院内基本ルールの策定	抗がん剤を用いた化学療法院内基本ルールを策定した。教育に関して、対象を院内全体と各部署で行う教育を整理した。
14	診療録記載マニュアル刊行	第1回診療録書き方検討委員会を9月に開催。以後、診療録記載内容評価表を作成し、リスクマネージャーによる自科診療録の監査を試行、臨床部長による他科の診療録監査を試行した。併せて診療録記載マニュアル刊行し、医療安全管理指針（共通編）第4版に掲載した。

2 市大センター病院

	検討項目	改善検討内容
1	転倒転落対策	<p>転倒転落アセスメントシートの作成 7月から各部署に配布し、入院患者全員に使用 初期アセスメントを行ない、患者毎の危険度を点数化し、防止策を看護ケア計画に明示した。 実際の転倒転落件数の減少には繋がっていないが、危険度を点数化したことにより、入院初期から注意喚起が図られるようになった。また、患者・家族にも客観性を持った説明ができ、ケアに繋がられている。</p>
2	抑制基準・抑制初期アセスメントシートの作成	<p>不必要な抑制を避けるとともに、院内の抑制患者数の正確な把握のために、抑制基準を作成し、安全管理マニュアルに記載した。 抑制初期アセスメントシートを作成し、医療者が統一した視点で患者個々の抑制の必要性を査定できるようにした。また、抑制開始後は抑制時の観察事項を明らかにし、患者に弊害が及ぶことのないようにした。抑制を開始後は、不必要に継続されないよう評価日・評価の視点を明確化した。 抑制に関しては、不必要な抑制は今までも行なってはいなかったが、より厳密に抑制の必要性について考えるようになった。また、患者・家族への必要性の説明もより詳細に行なえるようになった。観察点も明らかになり、抑制後の観察に対する認識も高まった。</p>
3	安全管理マニュアルの充実	H12年度から組織的に取り組んできた安全管理の約束事項や、職員個々が安全な医療を提供するために遵守する必要性のある事項を明文化した。
4	確実な指示・実施行為の明確化	<p>指示表に関する問題点を検討し、現在、問題の解決に向け、努力を行なっている。 指示表の3原則(・出力は一日一枚・追加変更は手書き・看護師に連絡)を認識した上で、各部署で指示受けの約束事項を明文化し、新たな職員・医師等も同じ約束で指示を出し・受けができるようにした。 医療情報に関連する入力上の問題点について、医療情報担当と調整を行い、指示表の出力形態の見直しを図る。</p>
5	注射薬剤の入力間違いの警告	1つの注射剤に対して、10A・10V以上の入力があった場合は、端末画面で警告を発生するシステムとした。
6	水薬ラベルの表示見直し	<p>水薬ラベルの表示を薬品名も表示できるようにし、より確認が正確にできるように改善した。 水剤の希釈について、理解しやすい表示を処方箋に記載するよう改善した。</p>
7	MRI室への持込禁止物品について	すべての患者に対して、検査着に着替えた上で、MRI入室とした。
8	抗生剤皮内テストの標準化	<p>抗生剤の初回使用に当たり、皮内テストを実施する必要がある薬剤について標準化を図った。またカルテ・指示表の記載についても定めた。 リスクマネージャー会議等で意見調整ののち広報し、5月から開始とした。</p>
9	当直医の心得について	<p>当直医の心構えを当直日誌表紙裏に綴じこんだ。 リスクマネージャー会等で意見聴取及び注意促しを行なった。</p>
10	安全管理巡回の実施	H13年度に引き続き、安全管理巡回を実施。安全管理上の約束事項の実施状況を確認した。また、患者へ直接インタビューを行ない、患者が点滴確認や日々の療養の中で、当院の安全管理体制をどのように感じているかを確認している。
11	針刺し防止の学習会	針刺し事故の防止を目的にビデオ等を使い学習会を2回実施した。
12	患者確認ロールプレイの実施	患者確認ガイドラインに沿ったロールプレイを実施している。