

平成13年度の医療安全管理の取組について

平成14年6月21日

市立大学事務局

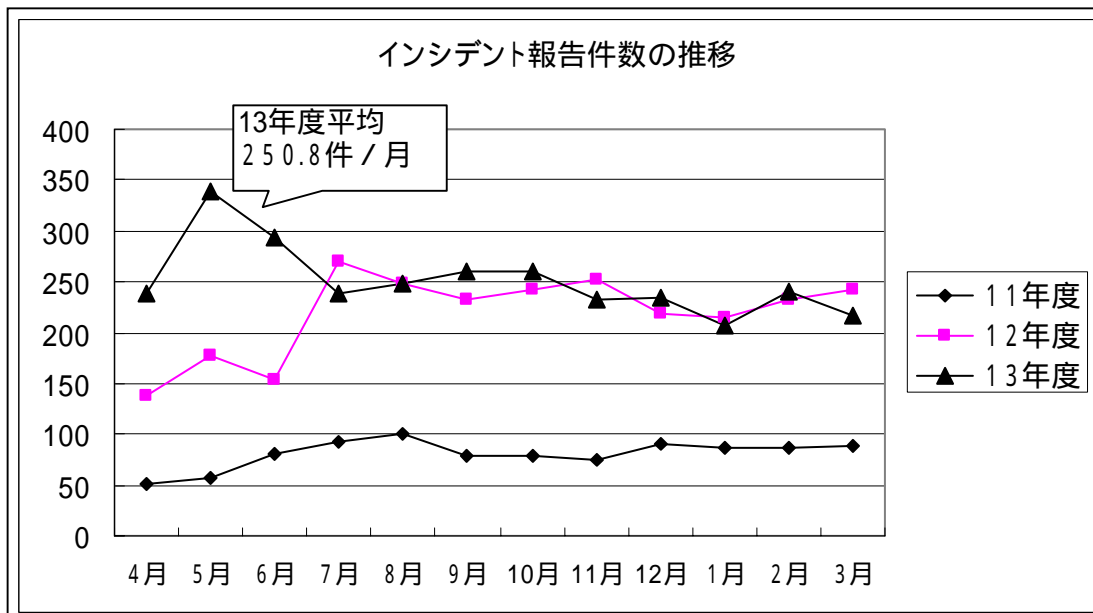
目 次

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	8

インシデント報告の状況(13年4～14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	構成比	提出率	職員数
医 師	129	4.3%	5.0%	217
看 護 師	2,457	81.7%	34.7%	590
コ・メディカル	402	13.4%	22.0%	152
事務・その他	21	0.7%	1.7%	105
合 計	3,009	100.0%	23.6%	1,064

医師数には臨床系講座教員を含む

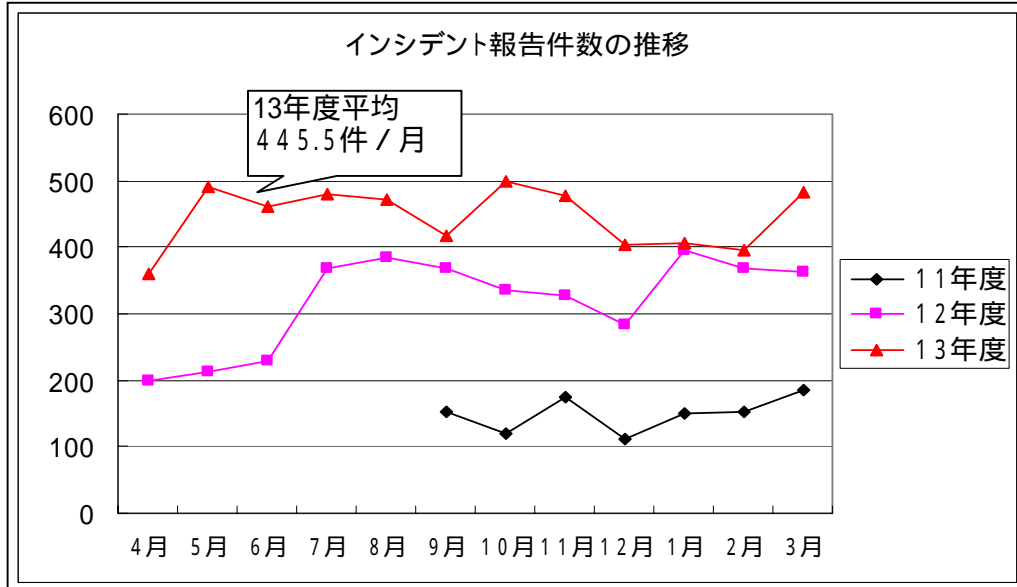
提出率(%) = 職種ごとの1か月あたりの提出件数 / 職員数

(3) インシデント報告の事象別内訳

事 象	件数	構成比
手術・鎮静・麻酔	76	2.3%
処置・治療・訓練	110	3.3%
輸血	49	1.5%
薬剤	1,135	33.8%
ルート・チューブ ・カテーテル・ドレーン	571	17.0%
検査	428	12.7%
転倒・転落	430	12.8%
ME機器・医療器械	125	3.7%
食事	70	2.1%
外傷	32	1.0%
その他	331	9.9%
合 計	3,357	100.0%

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	構成比	提出率	職員数
医師	104	1.9%	11.7%	127
看護師	4,659	87.1%	89.0%	748
コ・メディカル	507	9.5%	44.7%	162
事務・その他	76	1.4%	11.9%	91
合計	5,346	100.0%	67.7%	1,128

提出率(%) = 職種ごとの1か月あたりの提出件数 / 職員数

(3) インシデント報告の事象別内訳

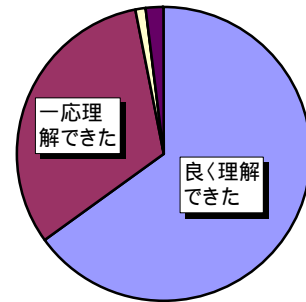
事象	件数	構成比
手術・鎮静・麻酔	91	1.7%
処置・治療・訓練	488	9.1%
輸血	53	1.0%
薬剤	1,738	32.5%
ルート・チューブ ・カテーテル・ドレーン	1,287	24.1%
検査	424	7.9%
転倒・転落	512	9.6%
ME機器・医療器械	302	5.6%
食事	136	2.5%
外傷	145	2.7%
その他	170	3.2%
合計	5,346	100.0%

入院患者アンケート調査結果(平成13年4月～平成14年3月)

1 附属病院

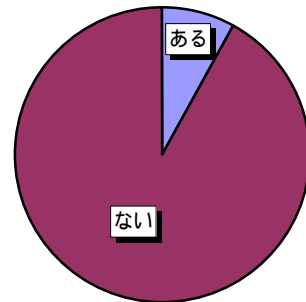
設問1 病状や治療方針の説明はわかり易かったですか

	4～3月 合計	
	回答数(件)	比率
良く理解できた	843	65.0%
一応理解できた	416	32.1%
余り理解できなかった	13	1.0%
全く理解出来なかった	1	0.1%
その他	24	1.9%
合計	1297	100.0%



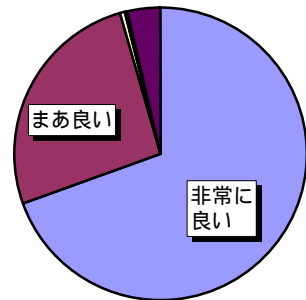
設問2 治療,検査,処置など診療全般について,医療安全管理上問題があったと思われたこと,その他,気づかれたことや不満に思われたこと

	4～3月 合計	
	回答数(件)	比率
ある	103	7.9%
ない	1194	92.1%
合計	1297	100.0%



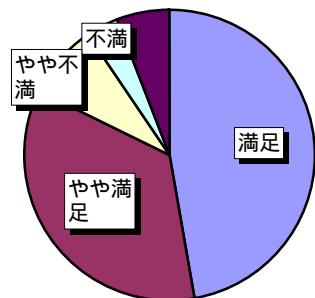
設問3 医師,看護師,薬剤師,技師などの対応について,どう感じたか

	4～3月 合計	
	回答数(件)	比率
非常に良い	900	69.4%
まあ良い	340	26.2%
やや悪い	8	0.6%
非常に悪い	2	0.2%
分からない	47	3.6%
合計	1297	100.0%



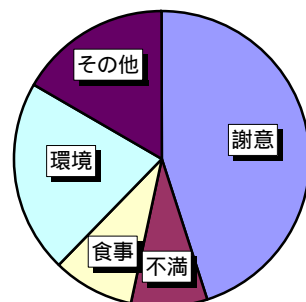
設問4 療養環境について

	4～3月 合計	
	回答数(件)	比率
満足	612	47.2%
やや満足	453	34.9%
やや不満	108	8.3%
不満	48	3.7%
なんとも言えない	76	5.9%
合計	1297	100.0%



設問5 その他の意見

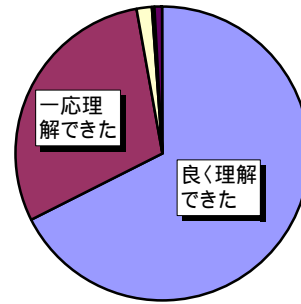
	4～3月 合計	
	回答数(件)	比率
医師,看護師等に対する謝意	455	44.9%
医師,看護師等に対する不満	85	8.4%
食事に関する要望	91	9.0%
環境整備に関する要望	214	21.1%
その他	169	16.7%
合計	1014	100.0%



2 市大センター病院

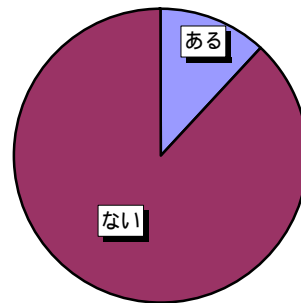
設問1 病状や治療方針の説明はわかり易かったですか

	4～3月 合計	
	回答数(件)	比率
良く理解できた	722	67.5%
一応理解できた	318	29.7%
余り理解できなかった	17	1.6%
全く理解出来なかった	4	0.4%
その他	9	0.8%
合計	1070	100.0%



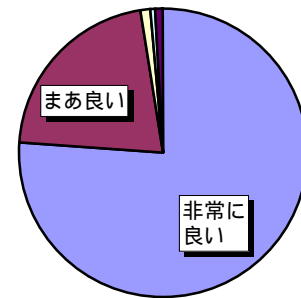
設問2 治療、検査、処置など診療全般について、医療安全管理上問題があったと思われたこと、その他、気づかれたことや不満に思われたこと

	4～3月 合計	
	回答数(件)	比率
ある	129	12.1%
ない	941	87.9%
合計	1070	100.0%



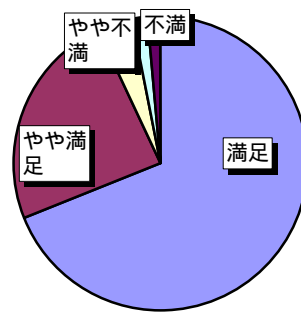
設問3 医師、看護師、薬剤師、技師などの対応について、どう感じたか

	4～3月 合計	
	回答数(件)	比率
非常に良い	813	76.0%
まあ良い	229	21.4%
やや悪い	12	1.1%
非常に悪い	7	0.7%
分からない	9	0.8%
合計	1070	100.0%



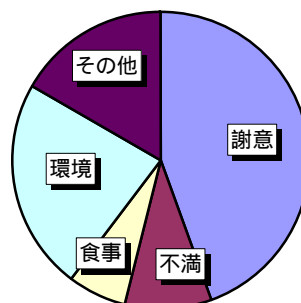
設問4 療養環境について

	4～3月 合計	
	回答数(件)	比率
満足	738	69.0%
やや満足	259	24.2%
やや不満	41	3.8%
不満	17	1.6%
なんとも言えない	15	1.4%
合計	1070	100.0%



設問5 その他の意見

	4～3月 合計	
	回答数(件)	比率
医師、看護師等に対する謝意	266	44.5%
医師、看護師等に対する不満	56	9.4%
食事に関する要望	39	6.5%
環境整備に関する要望	138	23.1%
その他	99	16.6%
合計	598	100.0%



主な改善検討事例

1 附属病院

	検討項目	改善検討内容
1	カルテへの薬剤アレルギー・禁忌薬の表示	薬剤アレルギー・禁忌薬の有無などの重要事項については、カルテの上方に変更し確認しやすくした。同時に赤枠表示に変更し、目立つように改善した。
2	与薬オーダー（コンピュータ入力画面）の改善	サクシン（筋弛緩剤）とサクシゾン（副腎皮質ホルモン剤）との誤入力防止のため、サクシン（筋弛緩剤）はオーダー入力画面上から削除し、手書き対応とした。
3	与薬オーダー（コンピュータ入力画面）の改善	薬品オーダー入力画面で、禁忌薬剤などの「注意喚起画面」での使用確認の際、初期画面を“はい”から“いいえ”に変更し、誤入力防止を図った。
4	患者確認の徹底	手術時に行っているネームバンドでの患者確認を、検査時や与薬（内服・注射）の際にも行うことを徹底した。
5	緊急手術患者の血液製剤の受取手続の明確化	緊急手術患者の血液製剤の受取手続について、病棟・輸血部・手術部の間で一部曖昧であったルールを具体化・明確化した。
6	人工呼吸器管理研修	新採用の臨床研修医と看護師を対象に人工呼吸器管理の理論と実技の講習会を計7回実施した。これに加えて、10月から麻酔科医師と臨床工学技師による病棟巡視（週1回）も開始した。
7	血液浄化療法実施時のルール化と教育	病棟で行われる血液浄化療法に関する院内ルールを策定し、取扱についての周知徹底を図った。さらに正しい基礎知識を学ぶために、院内セミナーを開催した。
8	手術部位の確認	手術室における手術部位の確認方法を以下のようにルール化した。 手術同意書に部位を記載する。 術前に手術部位のマーキングを行う。 主治医もしくは執刀医は、手術室にて、患者確認および手術部位の確認を行い、患者確認書に署名する。
9	手術終了後の管理体制の強化	他院の事故事例から事故防止体制を再点検し、手術終了後、緊急時の医師への連絡方法やバックアップ体制などの取決めを作成、徹底を図った。

2 市大センター病院

	検討項目	改善検討内容
1	職場の安全活動の実態評価，安全活動の推進	院内の安全管理巡回を実施。 安全管理委員が3名1組で巡回し，安全対策上，注意喚起が必要な事項について，改善指導する。リスクマネージャー会議で巡回結果を公表し，各部門に浸透を図る。
2	カナ読み同姓同名患者（入院患者）への対応	毎日，同姓同名患者入院をコンピュータで検索し，当該病棟へ同姓同名患者が入院中であることを連絡し，カルテ類に明記する。患者本人にも事実を伝え協力をお願いすることにした。
3	抗癌剤プロトコルの院内公開	抗癌剤指示違いによる投与量間違いを防止するために，各診療科・センターより抗癌剤プロトコル（投与時の取り決め）を集約した。 指示医・指導医・薬剤師・看護師の4者で，そのプロトコルを利用し，チェック体制を整えた。
4	患者誤認防止ガイドラインの作成	『患者誤認防止ガイドライン』を作成。各部署でガイドラインに添い，ロールプレイを実施し，ガイドラインの浸透と確実な実行を目指している。
5	転倒・転落による外傷の防止	転倒・転落防止のために，「衝撃吸収マット」を購入し，転倒・転落時の外傷の軽減を図った。
6	チューブ管理，特に点滴ルート設定違い防止	点滴ルート設定時に三方活栓の向き違いの発生，機器設定時の操作違い等を防止するため，設定した看護師以外の者が，再確認を実施するよう，試行的に取り組んでいる。
7	輸血マニュアル・輸血チェックリストの作成	輸血療法委員会と看護部業務委員会が連携し，輸血マニュアルと輸血チェックリストの作成を行った。また，各部署で実際にチェックリストを用い，輸血の確実な実施を行っている。
8	手術部位のマーキング開始	患者確認に加え，患者手術部位（特に左右違い防止）のために，患者に必要性を説明し，患者及び家族が黒マジックで手術部位に印をつけることとした。
9	手術終了後の管理体制の強化	他院の事故事例から事故防止体制を再点検し，手術終了後，緊急時の医師への連絡方法やバックアップ体制などの取決めを作成，徹底を図った。

一括公表事案

平成13年6月11日，市大センター病院において，医師が誤って適正投与量を超えて抗癌剤を投与し，患者の聴力が低下しました。

再発防止策として，抗癌剤の調剤や投与が適正に行われているかどうかチェックできるチェックシートを作成しました。

平成13年7月12日，附属病院において，腹腔鏡下手術を行った際，鉗子の部品の一部（シャープペンシル芯の太さで長さ数ミリ）が体内に残ってしまい，緊急に除去手術を行いました。

再発防止策として，作業マニュアルとは別に，手術器具の使用前後の形状確認を行うことを各部門にあらためて徹底しました。

平成14年2月27日，市大センター病院において，本来服用させるべき抗癌剤と他の患者の利尿剤などの薬を，看護師が誤って服用させたため，大事をとり緊急に胃の洗浄を行いました。

再発防止策として，患者氏名の確認や患者と一緒に服薬の確認を行うよう，再度徹底しました。