

平成24年度の医療安全管理の取組について

平成25年8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	6
II 入院患者アンケート調査結果	8
III 主な改善検討事例	10

(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25年 6月10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

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つて起きたもの（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、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

(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。

附 則

この要綱は、平成 25 年 4 月 5 日から施行する。

医療事故公表判定委員会 委員名簿 (平成 25 年 8 月現在)

(敬称略)

氏 名	現 職 等
きしむら ひでのり 岸村 英 憲	横浜市立大学 副局長
しらい たかし 白井 尚	(社) 横浜市医師会 副会長
あまの み き こ 天野 三 紀子	(社) 神奈川県看護協会 常務理事
ごとう たか ひさ 後藤 隆 久	横浜市立大学附属病院 統括安全管理者
のぐち かずみ 野口 和美	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
かとう 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
とおやま すみ お 遠山 澄 雄	横浜市立大学附属市民総合医療センター 管理部長

一括公表事例

附属病院

1	<p>患者(30代、女性)は、平成24年5月に、椎間板ヘルニアの手術を目的として入院し、整形外科の医師によって椎間板ヘルニアの手術を行った。椎間板ヘルニアの手術に際しては、目視では椎体の位置が確認できないため、おおよその位置にマーキングとして針を刺してからレントゲン撮影で位置確認をしている。</p> <p>本症例では、レントゲン撮影によって、マーキングの針を刺した位置が手術目的の部位より一つ上の椎体であることが確認できたため、指でたどって一つ下の位置を確認して手術を施行した。後日、MRI撮影を行ったところ、目的部位の一つ下の椎体を手術したことが判明した。</p> <p>これは当該患者の手術目的の部位より一つ下の椎体にも、目的の部位より軽度ではあるが椎間板ヘルニアの病変があったため、その病変部位を手術したので位置誤認に気付かず、また切開創を最小限にしたため視野が狭かったことも気付かなかった原因と考えられる。位置誤認が判明した2週間後に、本来の目的部位の再手術を施行し、経過良好で退院した。</p>
	<p><再発防止策></p> <ol style="list-style-type: none">1. 今後は、術前のマーキングがレントゲン撮影の結果からずれていると判断した場合には、再度マーキングを行い、適切な位置に入れ直してから手術を開始することとする。2. 術中に再度、位置確認の撮影を行い、患部を確認の上、手術を進める。

附属市民総合医療センター

患者（20代、女性）は、平成24年12月に、腸疾患の治療目的で、頸の右側の太い静脈（内頸静脈）に中心静脈カテーテルを留置した状態で当院に転院した。

センター病院の場合、中心静脈カテーテルを留置する際には、感染防止などの安全対策として、カテーテルにコネクタを装着し、常に閉鎖回路になるようにしているが、患者に留置されたカテーテルはコネクタが接続されたものではなかった。

転院してきた当日に、前の病院で行っていた高カロリー輸液を再開しようと、看護師が当院で使用しているカテーテルの取扱手順に従って、カテーテルに詰まりのないことを確認するため、栓を外して注射器を繋ぎへパリンの入った生食水を注入しようとした。その時、患者は突然意識を失ってベッドに倒れた。

1 緊急コールで直ぐに応援要請し、駆けつけた医師たちが救急処置を行いながら、意識消失の原因検索のため、心臓エコー検査を行ったところ、心臓内の血液に空気が混入している所見を認めた。このことから、上記操作の過程において血管内に空気が流入して、意識消失発作が生じたものと推定した。

後日、画像診断（MRI）において、後頭葉に虚血性の変化が確認されたが、経過とともに改善し、数か月後には、正常所見と変わらないまでに回復した。

現在、患者は退院し、自宅に戻られている。

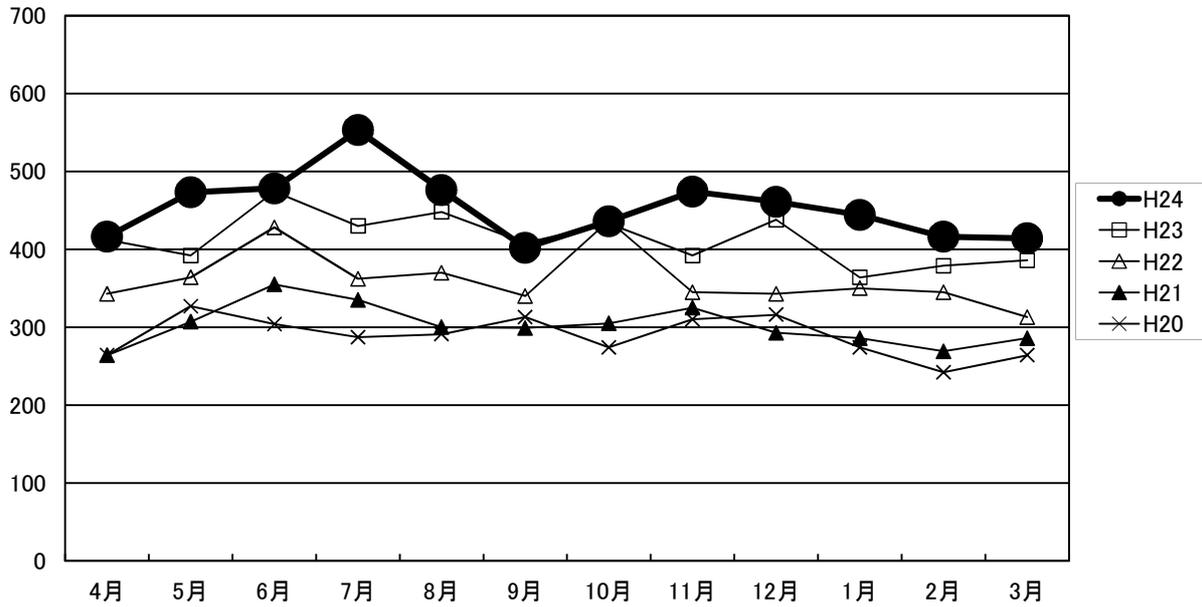
<再発防止策>

1. 院内周知：注意喚起文を配布した。また、安全管理対策委員会等で事例報告し再発防止対策の周知を確認した。
2. 関連マニュアルの改訂：「中心静脈カテーテル挿入・留置に関するガイドラインおよび運用マニュアル」「看護技術手順」の見直しを行った。
3. 研修実施：中心静脈カテーテルに関する医師向けの講習会の内容を見直し、また看護職を対象としたカテーテル管理に関する研修を新たに実施した。

I インシデント報告の状況（平成24年4月1日～平成25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	
	24年度	23年度	24年度	23年度	24年度	23年度	24年度	23年度	24年度	23年度
医師	211	154	17.6	12.8	3.9%	3.1%	7.4%	5.2%	239	247
看護師	4761	4,372	396.8	364.3	87.5%	88.2%	55.4%	53.4%	716	682
コ・メディカル	440	421	36.7	35.1	8.1%	8.5%	21.5%	21.0%	171	167
事務・その他	31	9	2.6	0.8	0.6%	0.2%	4.6%	1.4%	57	57
合計	5,443	4,956	453.6	413.0	100.0%	100.0%	38.3%	35.8%	1,183	1,153

※ 職員数は24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

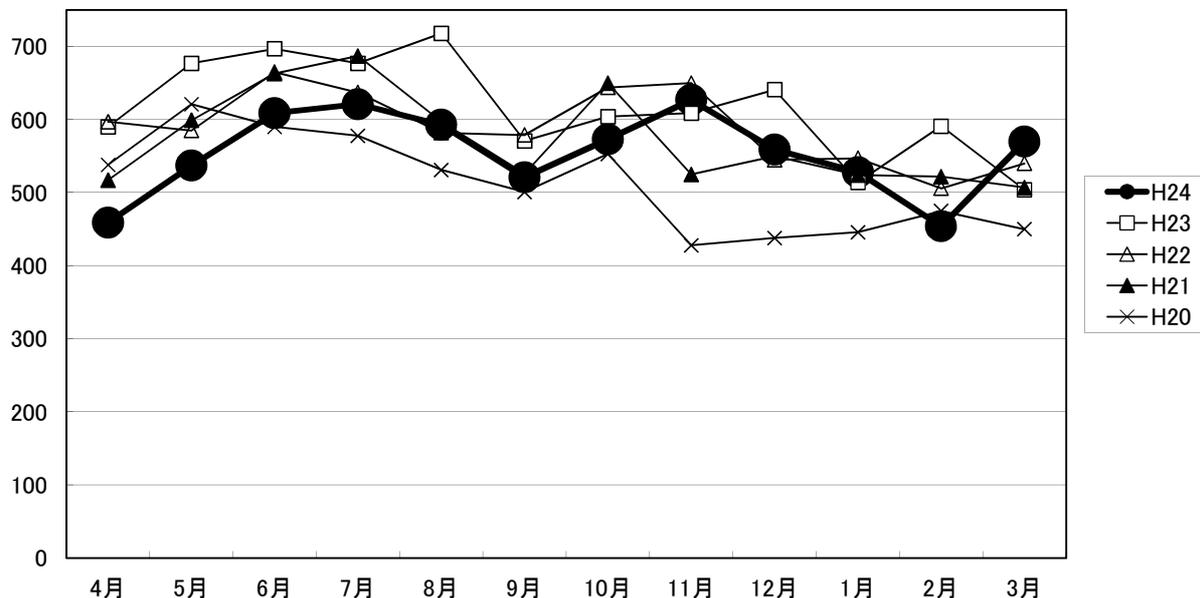
事象	件数		月平均		構成比	
	24年度	23年度	24年度	23年度	24年度	23年度
手術・鎮静・麻酔	185	128	15.4	10.7	3.4%	2.6%
処置・治療・訓練	163	143	13.6	11.9	3.0%	2.9%
輸血	68	82	5.7	6.8	1.2%	1.7%
薬剤	1,651	1,811	137.6	150.9	30.4%	36.4%
ルート・チューブ	1,111	1,056	92.6	88.0	20.4%	21.3%
検査	591	500	49.3	41.7	10.9%	10.1%
転倒・転落	408	440	34.0	36.7	7.5%	8.9%
ME機器・医療器械	257	184	21.4	15.3	4.7%	3.7%
食事	78	77	6.5	6.4	1.4%	1.6%
その他	931	535	77.6	44.6	17.1%	10.8%
合計	5,443	4,956	453.6	413.0	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	
	24年度	23年度	24年度	23年度	24年度	23年度
病室	3,028	2,977	252.3	248.1	55.7%	60.1%
病棟処置室	51	48	4.3	4.0	0.9%	1.0%
廊下	95	95	7.9	7.9	1.7%	1.9%
トイレ	95	94	7.9	7.8	1.7%	1.9%
浴室	22	16	1.8	1.3	0.4%	0.3%
外来診察室・処置室	272	217	22.7	18.1	5.0%	4.4%
外来待合室	18	19	1.5	1.6	0.3%	0.4%
手術室	509	347	42.4	28.9	9.5%	7.0%
検査室	343	337	28.6	28.1	6.3%	6.8%
訓練室	1	1	0.1	0.1	0.0%	0.0%
薬剤部	95	86	7.9	7.2	1.7%	1.7%
ナースステーション	410	413	34.2	34.4	7.5%	8.3%
その他	504	306	42.0	25.5	9.3%	6.2%
合計	5,443	4,956	453.6	413.0	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	128	157	10.7	13.1	1.9%	2.1%	5.9%	7.7%	180	170
看護師	6,101	6,678	508.4	556.5	91.7%	90.4%	56.9%	64.8%	894	859
コ・メディカル	320	446	26.7	37.2	4.8%	6.0%	14.4%	21.0%	185	177
事務・その他	102	112	8.5	9.3	1.5%	1.5%	14.2%	16.9%	60	55
合計	6,651	7,393	554.3	616.1	99.9%	100.0%	42.0%	48.9%	1,319	1,261

※ 職員数は24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	121	156	10.1	13.0	1.8%	2.1%
処置・治療・訓練	133	245	11.1	20.4	2.0%	3.3%
輸血	24	38	2.0	3.2	0.4%	0.5%
薬剤	2,327	2,381	193.9	198.4	34.9%	32.2%
ルート・チューブ	1,373	1,660	114.4	138.3	20.6%	22.5%
検査	564	628	47.0	52.3	8.5%	8.5%
転倒・転落	569	594	47.4	49.5	8.6%	8.0%
ME機器・医療器械	223	256	18.6	21.3	3.4%	3.5%
食事	198	254	16.5	21.2	3.0%	3.4%
その他	1,119	1,181	93.3	98.4	16.8%	16.0%
合計	6,651	7,393	554.3	616.1	100.0%	100.0%

(4) インシデント報告の場所別内訳

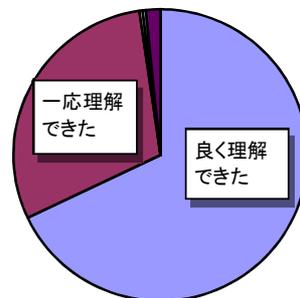
場所	件数		月平均		構成比	
	今年度	昨年度	今年度	昨年度	今年度	昨年度
病室	4,552	5,196	379.3	433.0	68.4%	70.3%
病棟処置室	42	44	3.5	3.7	0.6%	0.6%
廊下	97	103	8.1	8.6	1.5%	1.4%
トイレ	110	105	9.2	8.8	1.7%	1.4%
浴室	30	34	2.5	2.8	0.5%	0.5%
外来診察室・処置室	194	183	16.2	15.3	2.9%	2.5%
外来待合室	18	23	1.5	1.9	0.3%	0.3%
手術室	143	168	11.9	14.0	2.2%	2.3%
検査室	282	386	23.5	32.2	4.2%	5.2%
訓練室	9	11	0.8	0.9	0.1%	0.1%
薬剤部	63	75	5.3	6.3	0.9%	1.0%
ナースステーション	664	640	55.3	53.3	10.0%	8.7%
その他	447	425	37.3	35.4	6.7%	5.7%
合計	6,651	7,393	554.3	616.1	100.0%	100.0%

II 入院患者アンケート調査結果（平成24年4月～平成25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

	24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	593	68.0%	70.3%
一応理解できた	260	29.8%	26.6%
余り理解できなかった	3	0.3%	0.5%
全く理解出来なかった	3	0.3%	0.2%
その他	14	1.6%	2.4%
合計	873	100.0%	100.0%

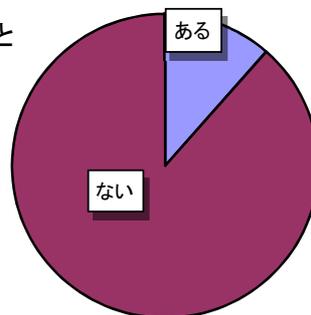


設問2 治療、検査、処置など診療全般について、医療安全管理上問題があったと思われたこと、その他、気づかれたことや不満に思われたこと

	24年度（4～3月）合計		昨年度 比率
	回答数（件）	比率	
ある(※)	99	11.5%	8.4%
ない	765	88.5%	91.6%
合計	864	100.0%	100.0%

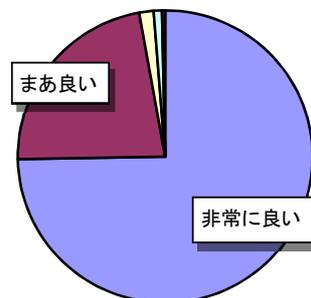
(※) 代表的な事例：

- ① 医療者間での引継ぎ連携が不十分である事例。
- ② 患者さんに対する病状や手術の説明が上手く伝わらない事例。



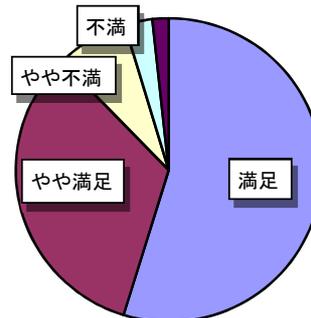
設問3 医師、看護師、薬剤師、技師などの対応について、どう感じたか

	24年度（4～3月）合計		昨年度 比率
	回答数（件）	比率	
非常に良い	659	74.7%	77.1%
まあ良い	198	22.5%	21.0%
やや悪い	14	1.6%	1.2%
非常に悪い	8	0.9%	0.3%
分からない	3	0.3%	0.4%
合計	882	100.0%	100.0%



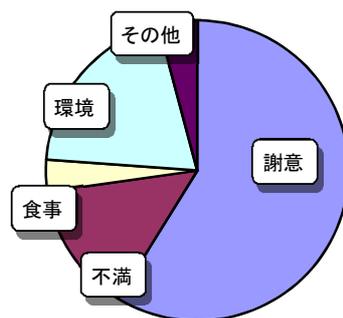
設問4 病室、トイレ、デイルーム、食事など療養環境について

	24年度（4～3月）合計		昨年度 比率
	回答数（件）	比率	
満足	482	54.8%	55.5%
やや満足	290	33.0%	32.4%
やや不満	67	7.6%	7.1%
不満	26	2.9%	2.9%
なんとも言えない	15	1.7%	2.1%
合計	880	100.0%	100.0%



設問5 その他の意見

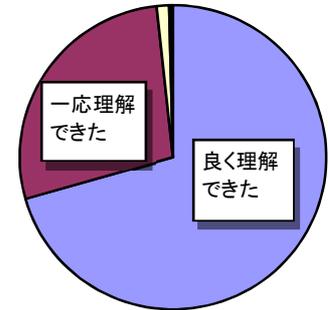
	24年度（4～3月）合計		昨年度 比率
	回答数（件）	比率	
医師、看護師等に対する謝意	429	58.8%	48.1%
医師、看護師等に対する不満	102	14.0%	20.0%
食事に関する要望	25	3.4%	4.8%
環境整備に関する要望	144	19.7%	19.8%
その他	30	4.1%	7.3%
合計	730	100.0%	100.0%



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

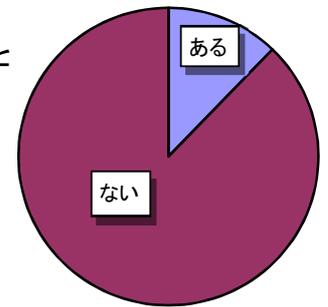
	24年度(4~3月) 合計		昨年度 比率
	回答数(件)	比率	
良く理解できた	701	70.6%	71.0%
一応理解できた	275	27.7%	26.9%
余り理解できなかった	13	1.3%	1.7%
全く理解出来なかった	2	0.2%	0.2%
その他	2	0.2%	0.2%
合計	993	100.0%	100.0%



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

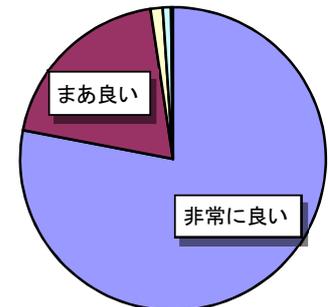
	24年度(4~3月) 合計		昨年度 比率
	回答数(件)	比率	
ある(※)	114	12.2%	12.0%
ない	820	87.8%	88.0%
合計	934	100.0%	100.0%

(※)代表的な事例：医療者間の情報共有不足、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 等



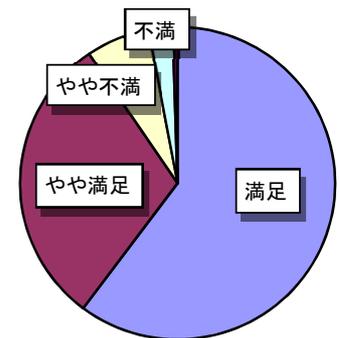
設問3 医師、看護師、薬剤師、技師などの対応について、どう感じたか

	24年度(4~3月) 合計		昨年度 比率
	回答数(件)	比率	
非常に良い	795	78.0%	79.4%
まあ良い	200	19.6%	18.3%
やや悪い	13	1.3%	1.2%
非常に悪い	9	0.9%	0.7%
分からない	2	0.2%	0.5%
合計	1,019	100.0%	100.0%



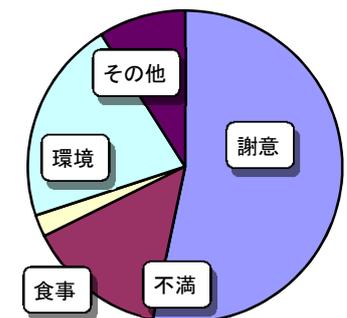
設問4 病室、トイレ、ディールーム、食事など療養環境について

	24年度(4~3月) 合計		昨年度 比率
	回答数(件)	比率	
満足	603	60.2%	60.5%
やや満足	303	30.3%	30.5%
やや不満	65	6.5%	6.4%
不満	25	2.5%	1.9%
なんとも言えない	5	0.5%	0.6%
合計	1,001	100.0%	100.0%



設問5 その他の意見

	24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	781	53.3%	40.9%
医師、看護師等に対する不満	211	14.4%	20.5%
食事に関する要望	33	2.3%	1.6%
環境整備に関する要望	310	21.1%	25.9%
その他	131	8.9%	11.1%
合計	1,466	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 第12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。主な改訂点は次のとおりである。</p> <p>①部門内検討報告書の変更、②周術期肺血栓塞栓症対策マニュアルの一部改訂、③薬剤に関する事項（ハイリスク薬の追加）、④転棟転落事故予防対策マニュアルの一部改訂、生体情報監視装置（患者モニター）のアラーム設定について、⑤医療情報システム障害発生時の初動連絡&院内放送フロー</p>
2	「ポケット版（2012年 第7版）医療安全管理指針」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（2012年 第7版）医療安全管理指針」を全職員へ配布した。本年度より必要最小限の内容にすることで内容を絞り、その分、文字を大きくすることにより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。主な変更点・追加内容は、次のとおりである。</p> <p>①裏表紙に緊急連絡先を記載、②患者相談窓口について、③確認行為について、④輸血に関する事項、⑤酸素ボンベの残量表示について（追加）、⑥AED・除細動器の設置場所について、⑦感染対策について、⑧災害時の対応について、⑨暴力行為等の対応について、⑩警察への届け出・通報について、⑪無断離院・盗難について、⑫管理当直の役割と管理当直代理について</p>
3	医薬品の安全使用のための業務手順書の第7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。主な改訂点は、次のとおりである。</p> <p>①院内製剤について、②定数管理について</p>
4	医療安全講演会の出席管理方法の変更	<p>医療安全講演会への出席について、これまで自己申告により各部署で取りまとめていて出席表提出を取りやめ、本年度より開催時の各自の出席票の提出を持って出席確認を行うこととした。</p>
5	HCUの救急カート運用の変更	<p>HCUでは急変患者が多く緊急処置が必要なケースも多いため、現状に合わせた運用に変更した。主な改善点は次のとおりである。</p> <p>①ICUと同様に中央管理から部署管理とする、②独自の定数薬剤を配置する</p>
6	6-2（産婦人科）病棟への新生児用救急カートの設置	<p>6-2病棟には産科が含まれており、出産間もない新生児も病棟内に在院している。新生児の急変に対応するために新生児用救急カートを中央管理で設置することとした。</p>
7	内視鏡洗浄消毒手順（消化器）の改訂	<p>使用するスタッフ誰にでも理解しやすいマニュアルにするために改訂を行った。</p> <p>主な改訂点は次のとおりである。</p> <p>①写真を使用して洗浄工程やポイントを分かりやすく記載、②使用・洗浄・トラブル時などの流れについてフローチャートを作成、③電子カルテシステムの部門システムにて洗浄履歴を管理することを明記</p>
8	10階フロアへの緊急用ストレッチャーの設置	<p>これまでドクターコールなどの緊急時に患者を搬送する方法が無く困ったケースがあったことを受けて、緊急用のストレッチャーをAED付近に設置した。</p>
9	電子カルテの指示受けに関する不具合の改善	<p>電子カルテ導入以来、システムにて看護師が指示受けをしても見受けマークが消えないという不具合が続いていた。今回、改修プログラムにより改善された。</p>
10	調製済み抗がん剤の廃棄方法の改善	<p>入院患者のがん化学療法を実施する予定で抗がん剤を調製したのちに、何らかの事由で治療が中止となった場合、これまでは薬剤部に返却をして廃棄していたが、搬送するリスク等を考慮して、各病棟の抗がん剤用ゴミ箱に廃棄することとした。</p>
11	向精神薬用のシャッター付棚の設置	<p>向精神薬の注射薬が病棟に定数配置されている。より安全に厳重な管理を行うために、各部署に専用の鍵付シャッターのついて5段式の棚を設置し、薬剤ごとに保管管理できるようにした。</p>
12	向精神薬の注射薬の搬送方法の変更	<p>各病棟に定数化されている向精神薬の注射薬を補充するために定期提起に搬送を行っている。その際の搬送を鍵付のバッグを用いることとし管理を厳重化した。</p>
13	向精神薬の注射薬の確認方法の変更	<p>向精神薬の注射薬について、必ずダブルチェックを行うこととした。</p>

	検討項目	改善検討内容
14	6-2（産婦人科）病棟入口廊下にセキュリティー強化のため自動扉を設置	6-2病棟から医療安全に関するリスク要因提案書として新生児の連れ去り防止策の提案が提出されていた。現状病棟の出入り口は施錠するシステムがなく、部外者の侵入が可能な状況である。提案は新生児へのICタグの装着、病棟の出入り口に自動扉を設置し入室を制限することであり、安全管理対策委員会に提議した。 平成24年12月に病棟入口に新たに自動扉を設置しインターホン、テンキーを取り付けた。新生児へのタグ装着は継続して検討する。
15	院内共通同意書「手術・麻酔・処置・検査の実施同意書」、「手術引き継ぎ用確認シート」の改訂	平成12年4月～8月に同意書の不備があり、患者や家族に再度説明・署名して頂き、その確認をするため手術時間が遅れた等のインシデントが約70件あった。要因として現状の同意書の署名欄が運用と合っていないことがあり、同意書を改訂した。平成25年1月25日より変更となった。 また病棟で手術の準備が確実にできるよう手術引き継ぎ用確認シートを改訂した。
16	緊急コール時間の変更（24時間可能とした）	夜間発生した緊急事例の際、ドクターコールがかけられずマンパワーの確保が困難であった事例が報告された。現行では夜間・休日の緊急時の応援は麻酔科医師、ICU医師に直接MPSによる連絡をしていたが、それでは職員数が不十分であった。迅速な職員参集をするため24時間緊急コール可能な体制と変更した。
17	「事例報告書」の作成	影響が重大と思われるインシデントについて緊急に報告する際の文書がなかった。報告者が様々な様式で記載していたので、情報のもれがなく事例の概要や患者・家族の対応が把握できるように必要な情報を明確にした。
18	「事例振り返りレポート」の作成	患者誤認、患者に重大な影響を及ぼす危険のある事例について当該職員が経時的に行動を振り返る際に活用できる文書を作成した。記載することにより自らの行動を明らかにし、再発防止策を考えていくために活用する。特に提出の義務はない。
19	除細動器の点検表の作成と実施	点検の業務手順よりインシデントがあり、院内の除細動器、AEDを確認し、作動点検、必要な備品点検の現状を調査した。除細動器は1990年代に購入した機能的に旧式の機器があった。点検については回数や項目が部署により異なっていた。まず院内共通の除細動器の点検表を作成し平成24年12月より実施した。
20	カリウム吸着フィルター使用時の警告文、使用のめやすについて文書作成、フィルターへ文書の添付	カリウム吸着フィルターは使用方法を理解していない場合、カリウムの急速投与の危険がある。使用が手術室やICU以外に救急外来や病棟で一部使用されており、正しい使用方法、対象症例を明確にし周知した。文書は物品倉庫にあるフィルターに添付し、使用適応の確認、警告文の掲示することを併せて周知した。
21	緊急コール（暴力行為）の名称変更	暴力行為発生時の緊急コールは「コードブルー」であったが、これは一般的に本来救命処置を必要とする事態を示しており、異動してきた教職員が誤解や混乱を招き適切な対応に支障が出る危険があった。他施設の状況もふまえてVコール（V=Violence）を新名称とした。これはセンター病院との整合が不可欠であり、両病院で検討し決定した。
22	人工呼吸器回路のシール変更	人工呼吸器の呼気、吸気の回路を逆に接続するインシデント事例があった。人工呼吸器を使用が少ない病棟で再発する危険があるため、MEと検討し人工呼吸器の回路接続部には「吸気側シール」を緑色に変更した。「呼気側シール」は白色とした。
23	人工呼吸器チェックリストの変更（始業点検項目について）	一般病棟で人工呼吸器を使用中、看護師がチェックリストに沿って確認作業をした。その際機器の裏面にある主電源スイッチを確認するためカバーを開けた時に主電源を切ってしまった。直ちに電源を入れたが、人工呼吸器は点検モードとなりすぐに作動しなかった。このしくみが理解されていなかったことや速やかな用手換気にとまどったことがあった。チェックリストに「作動中電源は切らないこと」を表示し、始業時の点検項目は別項目とした。

	検討項目	改善検討内容
24	転倒・転落防止ワーキングの発足 「転倒・転落発生後の初期対応フロー図」の作成、「転倒・転落を防止するためのオリエンテーションシート」、「転倒・転落を防止するための環境整備チェックリスト」の改訂	転倒・転落の防止及び発生後の対応を院内で標準化するため、転倒・転落防止ワーキングを発足した。メンバーは脳外科医師、整形外科医師、リハビリテーションPT、看護師長、安全管理室担当とした。他施設の取り組み状況を共有して左記について検討した。オリエンテーションシートや環境チェックリストは内容を改訂した。初期対応フロー図は受傷部位による症状の変化や受傷以前の患者の状態により、必要な検査や観察をフロー図によって示した。転倒・転落による患者への影響を最小限にするための対策であり、病院全体共通して実践する。
25	病棟へのコピー機購入	コピーが必要な患者関連の書類は、1名の患者について多い場合は20枚に及び、看護助手やクラークが4階までコピーに来なくてはならなかった。また夜間死亡診断書等コピーが必要な場合は、看護師が救急外来にコピーに行く状況であった。業務に必要な機器を設置したことで病棟から職員が不在となることが減った。
26	点滴台に確認項目カードの取り付け	患者誤認や薬剤誤認防止対策のひとつとして、点滴を投与する際に確認行為を注意喚起するために、確認項目を記載したカードを取り付けた。
27	注射薬の用法の追加	「硬膜外注入」は主としてOPE室で挿入し麻酔として使用されており、一般病床ではほとんど使用されなかったため、用法として電子カルテに入力できなかった。今回、硬膜外麻酔の追加等で、使用されることがあるため、用法を追加し、電子カルテに入力できるようにした。

2 センター病院

	検討項目	改善検討内容
1	入院時持参麻薬の取扱いの変更	麻薬をより適正に管理するために、入院中に使用する内服麻薬は入院処方とする運用を開始した。
2	アンビューバック（蘇生バック）の取扱いの見直し	他院で発生したアンビューバック関連事故を受けて、当院の取扱いについて検討した結果、使用後の取扱いを一部変更した。
3	「電子カルテと医療安全」をテーマに、リスクマネージャー会議で検討を開始	医療安全管理の基本手順：6項目について、電子カルテ稼働後の安全な運用・手順について、リスクマネージャー会議グループワークで検討を開始した。
4	HIS迅速検討グループの設置	電子カルテの導入に伴って発生した、医療安全上、早急に対応すべき事項に対して、多職種で構成したHIS迅速検討グループを新たに設置した。
5	造血幹細胞移植後の血型が変わる場合の対応（輸血オーダー時の注意）	造血幹細胞移植で血型が変わった場合の輸血オーダーを、血液内科以外の他診療科が安全に実施できるよう、運用を統一した。①患者確認画面に「造血幹細胞移植後 血型注意」を入力・表示 ②輸血オーダー画面に該当患者のRCC用血型、PLT用血型を入力する。
6	造血幹細胞移植後の血型が変わる場合の対応（血型の修正権限）	造血幹細胞移植で血型が変わる場合、電子カルテ上、移植前の血型が反映されてしまうため、医師を限定（血液内科部長、輸血部長、無菌室長）して血型を修正できるようにした。
7	酸素ボンベ使用中の患者移送方法の見直し	看護助手等に酸素ボンベ使用中の患者移送を依頼する時は、看護師は酸素流量・残量等を確認・所定用紙に必ず記載して依頼する方法に見直した。（電子カルテ導入により、紙カルテに記載・持参することができなくなったため）
8	内服抗がん剤をオーダー入力できる処方医を限定	休薬期間等が設定され、処方上注意を要する内服抗がん剤を処方できる医師は、事前に診療科部長より申請された医師に限定した。
9	レジメン管理システム（CROSS）の導入	治療計画の共有や過去の使用レジメンの把握など、より安全に抗がん剤治療を行うため、新たにレジメン管理システムを導入した。
10	持参薬システムの導入	持参薬と院内処方薬の両方を電子カルテ上で表示・管理できるなど、より安全な薬剤管理のため、新たに持参薬システムを導入した。
11	血液浄化室へ臨床工学技士を配置	血液浄化室での透析装置の点検・管理、透析液濃度確認等の透析業務をより安全に行っていくために、臨床工学技士を1名配置した。
12	院内の消費電力の大きい医療機器に注意喚起タグを取り付けた	消費電力の大きな医療機器（大型エコー装置、体温維持装置）は、ブレーカーダウン防止のためコンセントユニットを単独使用とし、注意喚起タグを取り付けた。
13	電子カルテにスキャナ取り込みをする全文書への患者氏名とIDの印刷	電子カルテ導入に伴い、同意書など署名が必要な文書はスキャナで取り込むが、署名前の文書に患者氏名等の印刷がないために、別患者へのスキャナ取り込み事例が発生した。その再発予防のために、該当文書のピックアップおよび修正作業を行った。
14	患者誤認防止に関する入院患者への協力依頼ポスターの作成	患者誤認防止のための入院患者の協力（名乗り、ネームバンド装着、バーコード認証）をお願いするポスターを作製した。

	検討項目	改善検討内容
15	持続注入麻薬の一時中断時の対応方法の試行	患者取り違え、麻薬の漏出および汚染防止を目的として、持続注入麻薬の一時中断時の対応について検討し、試行を開始した。
16	ベッドネームへのバーコード印字	入院中、ネームバンドを装着できない場合の対応として、ネームバンドと同じバーコードをベッドネームに印字し、患者認証を行えるようにした。
17	医療安全管理指針の改訂	電子カルテ稼働後の安全な運用・手順について、リスクマネジャー会議グループワークでの検討内容も取り入れ、医療安全管理指針の改訂および周知を行った。
18	薬剤禁忌情報の文字数拡大	電子カルテの薬剤禁忌情報が30文字を超える場合の対応をHIS迅速検討会でも検討し、200文字に拡大することになった。改修は平成25年度。
19	中心静脈カテーテル管理に関する研修の実施	看護師を対象にCV管理に関する全般的な必要知識の習得と、ライン接続・交換時の手技等の確実な習得を目的として実施した。来年度も継続予定。
20	中心静脈カテーテル挿入・留置に関するガイドラインおよび運用マニュアルの改訂	カテーテル挿入前の超音波装置使用に関する項目、カテーテル抜去時の注意を追加した。また、穿刺時の感染予防については、附属病院のマニュアルとの整合を図った。
21	e-Learning「中心静脈カテーテル挿入・留置に関する安全管理」の作成	中心静脈カテーテル挿入・留置に関する登録医の申請あるいは更新のために必要な講義を受講しやすくするために、e-Learningを作成した。
22	アレルギー等の重要情報の電子カルテへの移行	紙カルテに記載されていた「薬剤アレルギー」等の患者の重要情報を電子カルテでも活用できるように、過去4年間の入院患者について医師事務補助者によって代行入力を行った。