

平成25年度の医療安全管理の取組について

平成26年7月10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 | | 5 |
| II 入院患者アンケート調査結果 | | 7 |
| III 主な改善検討事例 | | 9 |

(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

(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 26 年 7 月現在)

(敬称略)

| 氏 名 | 現 職 等 |
|--------------------|----------------------------|
| さいとう かつとし 斉藤 勝敏 | 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 | (公社) 神奈川県看護協会 専務理事 |
| 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

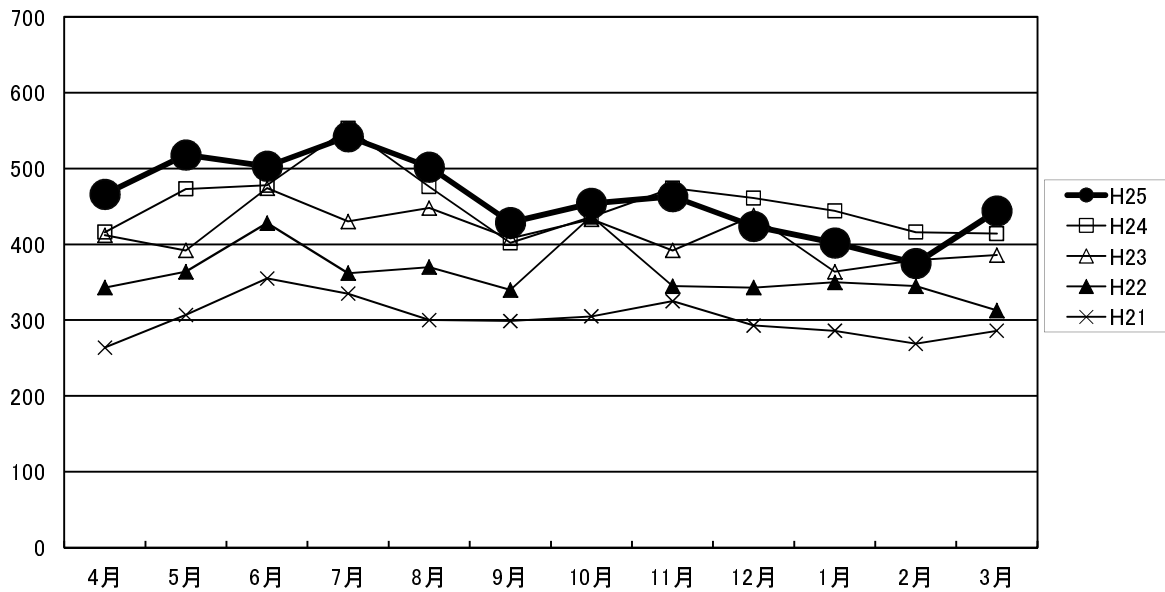
附属病院

| | |
|---|--|
| 1 | <p>患者（60代女性）は、当院脳神経外科で髄膜腫と診断され摘出手術を行った。その際に、腫瘍と併せて切除された硬膜の欠損部を左大腿部から採取した筋膜を用いて修復した。手術終了後、ICUに入室した。</p> <p>ICU入室後、大腿部の腫れがあったため、筋膜採取創の皮下に血腫と判断し、再開創血腫除去を行い、止血のためにガーゼ圧迫を行った。創部を毎日観察したが、感染の兆候は見られなかったため手術から2週間後に退院し、退院後の外来受診時に左大腿部の抜糸を行った。</p> <p>退院から約1か月半後から左大腿創部の腫れや熱感があったため外来を受診し、同日入院した。左足の創部について、形成外科に併診を行い、CT画像を撮影して確認したところ腫瘍性病変を認め、膿瘍を疑ったため、数日後に形成外科において病変部を外科的に除去して創部を清浄化し、他の組織への影響を防ぐための処置（デブリードマン）を左大腿部に行った。</p> <p>その際に創部の皮下に30 cm×30 cmサイズのガーゼ遺残を発見したため摘出した。なお、デブリードマンの処置により創部の状態は改善され退院した。</p> |
| | <p><再発防止策></p> <ol style="list-style-type: none">1. 手術室以外で体内にガーゼを挿入する処置を行う場合は、使用するガーゼ数について必ず医師と看護師が使用枚数をダブルチェックし、遺残等が生じていないかどうかを毎回確認することとする。2. ICUなど集中治療エリアで体内にガーゼを挿入する処置を行う場合は、X線造影糸入りのガーゼを使用し、遺残が疑われる際にはレントゲン等で確認を行うこととする。 |

I インシデント報告の状況（平成25年4月1日～平成26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 | 169 | 211 | 14.1 | 17.6 | 3.1% | 3.9% | 5.8% | 7.4% | 243 | 239 |
| 看護師 | 4828 | 4,761 | 402.3 | 396.8 | 87.4% | 87.5% | 56.3% | 55.4% | 715 | 716 |
| コ・メディカル | 491 | 440 | 40.9 | 36.7 | 8.9% | 8.1% | 22.9% | 21.5% | 179 | 171 |
| 事務・その他 | 33 | 31 | 2.8 | 2.6 | 0.6% | 0.6% | 4.4% | 4.6% | 63 | 57 |
| 合計 | 5,521 | 5,443 | 460.1 | 453.6 | 100.0% | 100.0% | 38.3% | 38.3% | 1,200 | 1,183 |

※ 職員数は25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

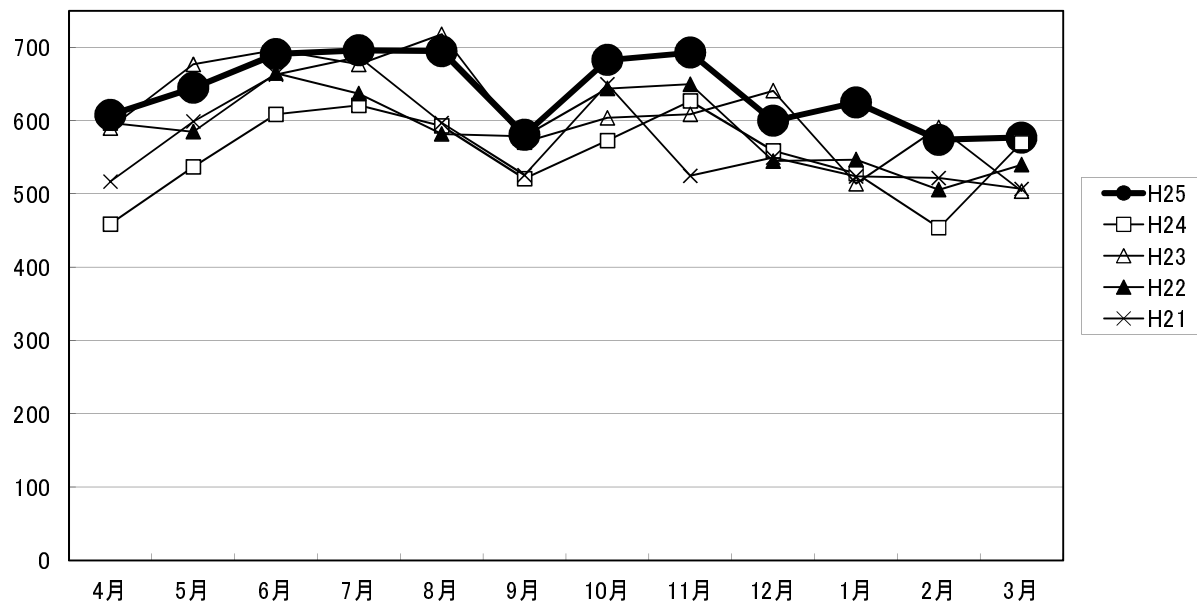
| 事象 | 件数 | | 月平均 | | 構成比 | |
|-----------|-------|-------|-------|-------|--------|--------|
| | 今年度 | 昨年度 | 今年度 | 昨年度 | 今年度 | 昨年度 |
| 手術・鎮静・麻酔 | 135 | 185 | 11.3 | 15.4 | 2.4% | 3.4% |
| 処置・治療・訓練 | 138 | 163 | 11.5 | 13.6 | 2.5% | 3.0% |
| 輸血 | 52 | 68 | 4.3 | 5.7 | 0.9% | 1.2% |
| 薬剤 | 1,837 | 1,651 | 153.1 | 137.6 | 33.3% | 30.4% |
| ルート・チューブ | 1,022 | 1,111 | 85.2 | 92.6 | 18.5% | 20.4% |
| 検査 | 481 | 591 | 40.1 | 49.3 | 8.7% | 10.9% |
| 転倒・転落 | 423 | 408 | 35.3 | 34.0 | 7.7% | 7.5% |
| ME機器・医療器械 | 240 | 257 | 20.0 | 21.4 | 4.3% | 4.7% |
| 食事 | 79 | 78 | 6.6 | 6.5 | 1.4% | 1.4% |
| その他 | 1,114 | 931 | 92.8 | 77.6 | 20.2% | 17.1% |
| 合計 | 5,521 | 5,443 | 460.1 | 453.6 | 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 | 3,109 | 3,028 | 259.1 | 252.3 | 56.3% | 55.7% |
| 病棟処置室 | 41 | 51 | 3.4 | 4.3 | 0.7% | 0.9% |
| 廊下 | 102 | 95 | 8.5 | 7.9 | 1.8% | 1.7% |
| トイレ | 89 | 95 | 7.4 | 7.9 | 1.6% | 1.7% |
| 浴室 | 20 | 22 | 1.7 | 1.8 | 0.4% | 0.4% |
| 外来診察室・処置室 | 234 | 272 | 19.5 | 22.7 | 4.2% | 5.0% |
| 外来待合室 | 19 | 18 | 1.6 | 1.5 | 0.3% | 0.3% |
| 手術室 | 497 | 509 | 41.4 | 42.4 | 9.0% | 9.5% |
| 検査室 | 281 | 343 | 23.4 | 28.6 | 5.1% | 6.3% |
| 訓練室 | 2 | 1 | 0.2 | 0.1 | 0.0% | 0.0% |
| 薬剤部 | 78 | 95 | 6.5 | 7.9 | 1.4% | 1.7% |
| ナースステーション | 491 | 410 | 40.9 | 34.2 | 8.9% | 7.5% |
| その他 | 558 | 504 | 46.5 | 42.0 | 10.1% | 9.3% |
| 合計 | 5,521 | 5,443 | 460.1 | 453.6 | 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 | 192 | 128 | 16.0 | 10.7 | 2.5% | 1.9% | 8.8% | 5.9% | 182 | 180 |
| 看護師 | 6,961 | 6,101 | 580.1 | 508.4 | 90.8% | 91.7% | 64.0% | 56.9% | 906 | 894 |
| コ・メディカル | 388 | 320 | 32.3 | 26.7 | 5.1% | 4.8% | 17.1% | 14.4% | 189 | 185 |
| 事務・その他 | 127 | 102 | 10.6 | 8.5 | 1.7% | 1.5% | 17.7% | 14.2% | 60 | 60 |
| 合計 | 7,668 | 6,651 | 639.0 | 554.3 | 100.1% | 100.0% | 47.8% | 42.0% | 1,337 | 1,319 |

※ 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 | 147 | 121 | 12.3 | 10.1 | 1.9% | 1.8% |
| 処置・治療・訓練 | 291 | 133 | 24.3 | 11.1 | 3.8% | 2.0% |
| 輸血 | 42 | 24 | 3.5 | 2.0 | 0.5% | 0.4% |
| 薬剤 | 2,633 | 2,327 | 219.4 | 193.9 | 34.3% | 34.9% |
| ルート・チューブ | 1,489 | 1,373 | 124.1 | 114.4 | 19.4% | 20.6% |
| 検査 | 611 | 564 | 50.9 | 47.0 | 8.0% | 8.5% |
| 転倒・転落 | 621 | 569 | 51.8 | 47.4 | 8.1% | 8.6% |
| ME機器・医療器械 | 208 | 223 | 17.3 | 18.6 | 2.7% | 3.4% |
| 食事 | 266 | 198 | 22.2 | 16.5 | 3.5% | 3.0% |
| その他 | 1,360 | 1,119 | 113.3 | 93.3 | 17.7% | 16.8% |
| 合計 | 7,668 | 6,651 | 639.0 | 554.3 | 100.0% | 100.0% |

(4) インシデント報告の場所別内訳

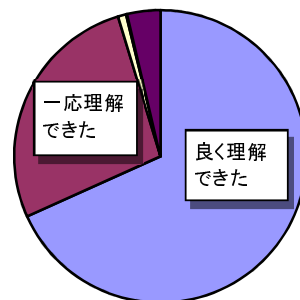
| 場所 | 件数 | | 月平均 | | 構成比 | |
|-----------|-------|-------|-------|-------|--------|--------|
| | 今年度 | 昨年度 | 今年度 | 昨年度 | 今年度 | 昨年度 |
| 病室 | 5,243 | 4,552 | 436.9 | 379.3 | 68.4% | 68.4% |
| 病棟処置室 | 30 | 42 | 2.5 | 3.5 | 0.4% | 0.6% |
| 廊下 | 124 | 97 | 10.3 | 8.1 | 1.6% | 1.5% |
| トイレ | 118 | 110 | 9.8 | 9.2 | 1.5% | 1.7% |
| 浴室 | 43 | 30 | 3.6 | 2.5 | 0.6% | 0.5% |
| 外来診察室・処置室 | 194 | 194 | 16.2 | 16.2 | 2.5% | 2.9% |
| 外来待合室 | 18 | 18 | 1.5 | 1.5 | 0.2% | 0.3% |
| 手術室 | 179 | 143 | 14.9 | 11.9 | 2.3% | 2.2% |
| 検査室 | 379 | 282 | 31.6 | 23.5 | 4.9% | 4.2% |
| 訓練室 | 15 | 9 | 1.3 | 0.8 | 0.2% | 0.1% |
| 薬剤部 | 77 | 63 | 6.4 | 5.3 | 1.0% | 0.9% |
| ナースステーション | 721 | 664 | 60.1 | 55.3 | 9.4% | 10.0% |
| その他 | 527 | 447 | 43.9 | 37.3 | 6.9% | 6.7% |
| 合計 | 7,668 | 6,651 | 639.0 | 554.3 | 100.0% | 100.0% |

II 入院患者アンケート調査結果（平成25年4月～平成26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

| | 25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 | 596 | 68.3% | 68.0% |
| 一応理解できた | 236 | 27.0% | 29.8% |
| 余り理解できなかった | 8 | 0.9% | 0.3% |
| 全く理解出来なかった | 1 | 0.1% | 0.3% |
| その他 | 32 | 3.7% | 1.6% |
| 合計 | 873 | 100% | 100% |

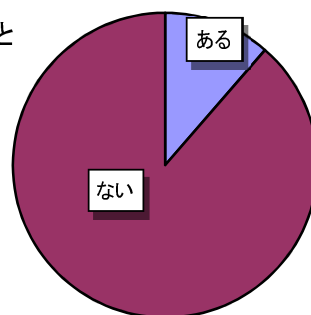


設問2 治療、検査、処置など診療全般について、医療安全管理上問題があったと思われたこと、その他、気づかれたことや不満に思われたこと

| | 25年度（4～3月）合計 | | 昨年度 比率 |
|-------|--------------|-------|-----------|
| | 回答数（件） | 比率 | |
| ある(※) | 96 | 11.4% | 11.5% |
| ない | 749 | 88.6% | 88.5% |
| 合計 | 845 | 100% | 100% |

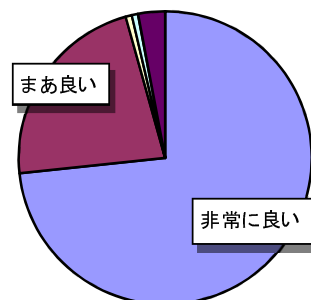
(※)代表的な事例：

- ①処方士の誤り（処方日数の誤り、処方内容の誤り）
- ②診療、検査等の際に本人確認（フルネーム）をしていない



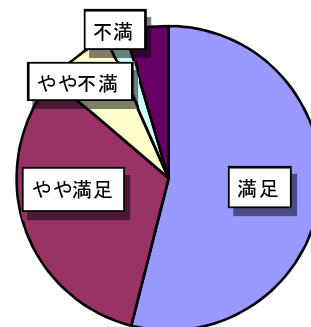
設問3 医師、看護師、薬剤師、技師などの対応について、どう感じたか

| | 25年度（4～3月）合計 | | 昨年度 比率 |
|-------|--------------|-------|-----------|
| | 回答数（件） | 比率 | |
| 非常に良い | 640 | 73.3% | 74.7% |
| まあ良い | 195 | 22.3% | 22.5% |
| やや悪い | 6 | 0.7% | 1.6% |
| 非常に悪い | 6 | 0.7% | 0.9% |
| 分からない | 26 | 3.0% | 0.3% |
| 合計 | 873 | 100% | 100% |



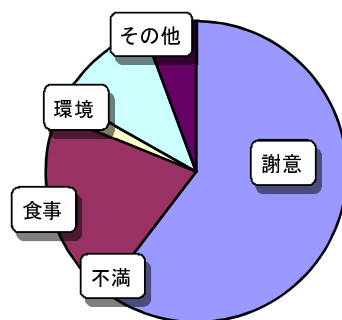
設問4 病室、トイレ、デイルーム、食事など療養環境について

| | 25年度（4～3月）合計 | | 昨年度 比率 |
|----------|--------------|-------|-----------|
| | 回答数（件） | 比率 | |
| 満足 | 471 | 54.0% | 54.8% |
| やや満足 | 282 | 32.3% | 33.0% |
| やや不満 | 62 | 7.1% | 7.6% |
| 不満 | 18 | 2.1% | 2.9% |
| なんとも言えない | 40 | 4.6% | 1.7% |
| 合計 | 873 | 100% | 100% |



設問5 その他の意見

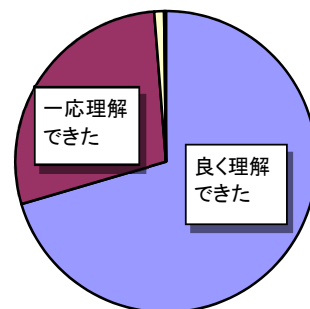
| | 25年度（4～3月）合計 | | 昨年度 比率 |
|---------------|--------------|-------|-----------|
| | 回答数（件） | 比率 | |
| 医師、看護師等に対する謝意 | 352 | 60.4% | 58.8% |
| 医師、看護師等に対する不満 | 121 | 20.8% | 14.0% |
| 食事に関する要望 | 12 | 2.1% | 3.4% |
| 環境整備に関する要望 | 65 | 11.1% | 19.7% |
| その他 | 33 | 5.7% | 4.1% |
| 合計 | 583 | 100% | 100% |



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

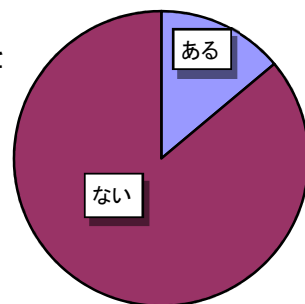
| | 25年度(4~3月) 合計 | | 昨年度 比率 |
|------------|---------------|--------|-----------|
| | 回答数(件) | 比率 | |
| 良く理解できた | 732 | 70.4% | 68.2% |
| 一応理解できた | 294 | 28.3% | 29.5% |
| 余り理解できなかった | 11 | 1.1% | 1.6% |
| 全く理解出来なかった | 1 | 0.1% | 0.4% |
| その他 | 1 | 0.1% | 0.2% |
| 合 計 | 1,039 | 100.0% | 100.0% |



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

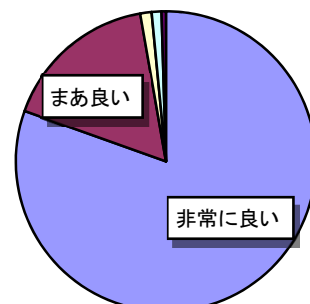
| | 25年度(4~3月) 合計 | | 昨年度 比率 |
|-------|---------------|--------|-----------|
| | 回答数(件) | 比率 | |
| ある(※) | 135 | 13.9% | 14.1% |
| ない | 835 | 86.1% | 85.9% |
| 合 計 | 970 | 100.0% | 100.0% |

(※)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



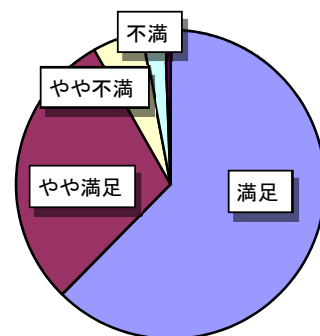
設問3 医師、看護師、薬剤師、技師などの対応について、どう感じたか

| | 25年度(4~3月) 合計 | | 昨年度 比率 |
|-------|---------------|--------|-----------|
| | 回答数(件) | 比率 | |
| 非常に良い | 848 | 80.5% | 74.3% |
| まあ良い | 177 | 16.8% | 22.3% |
| やや悪い | 13 | 1.2% | 1.6% |
| 非常に悪い | 11 | 1.0% | 1.6% |
| 分からない | 5 | 0.5% | 0.2% |
| 合 計 | 1,054 | 100.0% | 100.0% |



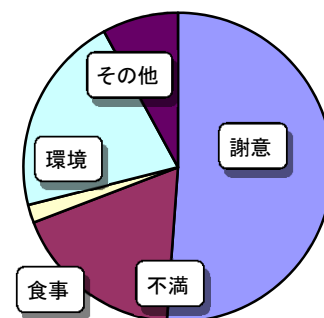
設問4 病室、トイレ、ディルーム、食事など療養環境について

| | 25年度(4~3月) 合計 | | 昨年度 比率 |
|----------|---------------|--------|-----------|
| | 回答数(件) | 比率 | |
| 満足 | 645 | 62.4% | 58.6% |
| やや満足 | 304 | 29.4% | 29.9% |
| やや不満 | 54 | 5.2% | 7.8% |
| 不満 | 25 | 2.4% | 2.9% |
| なんとも言えない | 6 | 0.6% | 0.8% |
| 合 計 | 1,034 | 100.0% | 100.0% |



設問5 その他の意見

| | 25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 | 619 | 51.2% | 51.5% |
| 医師、看護師等に対する不満 | 218 | 18.0% | 15.8% |
| 食事に関する要望 | 23 | 1.9% | 2.2% |
| 環境整備に関する要望 | 254 | 21.0% | 21.6% |
| その他 | 96 | 7.9% | 8.9% |
| 合 計 | 1,210 | 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 | インシデントレポートシステムの分かりにくい表記について説明書きを加えた。 | インシデントをシステムに入力する際、項目が医療機能評価機構と同じ文言としている。その際の文言が「医療の実施なし」など分かりにくく誤記が多いため、「医療の実施なし（インシデントレベル0が該当）」と、説明文を追記した。同じく、「ドレーン（血管外漏出含む）」のように、同じ事例で概要が異なる誤入力の多いものは、説明書きを追記した。 |
| 2 | インシデントレポートシステム内にオカレンス報告の項目を作成した。 | オカレンス方向は、手書きやWORDなど様々な媒体で提出されてきた。インシデントシステム内にオカレンスの項目を作成し、インシデントシステムで一元管理できるようにした。 |
| 3 | 気管カニューレ交換時、抜去等緊急時の対応について手順作成した。 | 気管切開後の初回のカニューレ交換方法、予定外の抜去時の手順がなかった。予定外抜去の事例報告や、安全管理室に職員からの相談があり、RSTの医師、看護師長と相談・検討し手順を作成した。病棟保存の「見てわかる呼吸管理」ファイルに掲載し、各会議で周知した。 |
| 4 | 超緊急帝王切開術の同意書説明書の作成をした。 | 母体/胎児の危険があるため速やかな帝王切開を行う必要がある。麻酔、輸血の準備、合併症の説明を速やかに実施するために、同意書、説明書を作成・運用を開始した。 |
| 5 | 手術引き継ぎ用確認シートの改訂 | 外来から手術に行く場合もあるが記載項目がない、CV挿入、輸血同意書の不足が多い、義歯や採血等引き継ぎがなされない等の問題があり、手術室看護師が検討し改善した。リスク要因提案書も提出されており、安全管理担当と手術室看護師長が協議し修正した。 |
| 6 | 特定生物由来製品請求伝票の改訂 | 既存の伝票はA5サイズで、文字が小さい。記入しづらく間違っって選択する事例が複数報告されていた。A4サイズとし、文字を大きくし、使用頻度の高い薬剤はさらに大きい文字にして別項目とした。リスク要因提案書も提出されており、改善された事例。 |
| 7 | 患者用ロッカー転倒防止 | 放射線部CT室患者用ロッカーが転倒した事例があった。患者に骨折等の負傷はなかったが、院内の患者用ロッカーを点検した。CT室は機器の購入の際にロッカー等を移動した際、転倒防止器具をはずしそのままであった。放射線部の一部、血液浄化室のロッカーの器具を取り付けた。 |
| 8 | 院内の棚等の転倒防止器具の取り付け | 病棟の棚、ロッカー等の転倒防止金具の確認した。転倒防止器具を取り付ける必要がある棚等は約700か所あり、安全管理担当と事務担当で検討し、順次器具を取り付けることが決定した。 |
| 9 | アルファロール内用液の運用変更 | アルファロール内用液は、処方オーダーを入力し、現物は医薬品伝票を用いて請求するルールとなっていた。処方オーダーごとに払い出す運用へ変更した。 |
| 10 | MCT（中鎖脂肪酸）オイルの運用 | 管理栄養士より栄養部からMCTオイル（胃管から投与している）をNICUに払い出しているが、運用が定まっていないと相談があった。MCTオイルの使用については問題がないことを確認し、安全管理室小児科医師、NICU師長と検討し、部署の業務手順に明文化することとした。 |
| 11 | エレベーターの使用について | 重症患者の搬送のため業務用エレベーターを使用する場合、医療従事者や学生が自発的におこなっていない現状があった。「譲る」といった意識が不足していることは問題であるが、対策として「業務用エレベーターの利用上の注意について」通知文を配信し、エレベーター内にも注意喚起のポスターを掲示した。 |
| 12 | 配膳・配茶の運用変更 | 誤配膳、誤配茶のインシデントが複数報告されており、栄養部、看護部、安全管理担当、庶務担当と検討し運用を見直した。配膳の際は、栄養部職員と看護職員と一緒に食事を確認の上配膳することとした（確認が確実にいられていなかった）また、配茶は患者の湯飲みを持参していた病室でやかんから配茶していた。熱傷の危険があるので病院で湯飲みを購入し、栄養部でセツトして病棟に搬送することとした。 |

| | 検討項目 | 改善検討内容 |
|----|------------------------------|---|
| 13 | チュービングコネクターの使用中止と新たなコネクタへの変更 | 立入り検査にて医師の指示にとり使用しているかと指摘があった。チュービングコネクタは酸素マスクやカメラと接続しにくくテープ固定するもはずれやすい状況だった。複数のコネクタを試行し、ナイロンコネクタへ変更した。 |
| 14 | 6-4病棟（精神科）の窓の開く幅について | 6-4病棟の個室に入院している患者が窓から外のプレイガーデンへ出てしまう事例があった。20cm近く窓が開くことがわかり、施設担当に相談した。6-4病棟全ての窓を開く幅を調整した。一般的に病室の窓は10～11cmしか開かないようになっている。病棟改修時に幅が変わってしまっていた。 |
| 15 | 外来注射オーダーの運用 | 外来注射オーダーは、検査結果を確認して実施するケースがある。処方コメントには「指示待ち」などの記載がされていないことがあり、看護師が確認することが多い。当日に投与を判断する際は、「指示待ち」と記載するよう運用を定め、通知した。 |
| 16 | 病棟バーコードラベル用紙の変更 | 検査部にある採血管分取装置のバーコードリーダーにてラベルの読み間違いがあり、当該患者とは異なる患者へ検査結果を送信していた。システム担当、検査部、安全管理室とで対応を検討。ラベルシールの材質を変更をした。 |
| 17 | 診療科特有のユニットがある部署へ、ストレッチャーの配置 | ユニットにて患者が急変した事例があった。診療科特有のユニットでは臥位にすることはできない。病室へ搬送する間にも心肺蘇生を行う必要があり、心マッサージが可能なストレッチャーを配置することとした。当該診療科医師、部署師長、医事職員との事例カンファレンスの際も、必要性があると意見があった。ユニットは耳鼻咽喉科、眼科、口腔外科にあり、該当病棟に1台ずつ配置（2病棟）した。 |
| 18 | 救急カートへのイージーキャップの配置 | 気管カニューレ交換手順の作成時にCO2ディテクターが必要であったこと、ドクターコール事例の対応上、気管チューブが確実に挿入されているかどうかの確認が重要であったことから、すべての救急カートに配置することとした。物品管理担当、物流倉庫職員と調整し、部署に説明しながら配置した 小児用（体重15kg以下）も同様に配置することとした。 |
| 19 | 持参薬のインスリンの先渡し分の伝達方法 | 午前中に入院する際、持参薬窓口にて薬剤とお薬説明書、お薬手帳を預ける運用となっている。インスリンは、患者が個人で病棟に持っていくこととなっているが、インスリンの単位確認をする資料は持参薬窓口にある。病棟用の資料としてインスリンの用法を記載した用紙を持参薬窓口で作成し、伝達する運用となった。 |
| 20 | 食道ブジーのサイズ別の色別表記 | 食道ブジーはサイズが違っても同じ外装なので、使用時にわかりにくいことがあり、サイズ毎に色を決めたテプラにサイズを表示することとした。 |
| 21 | 院内時刻の同期 | 院内にある時計にて時間のズレが生じていた。院内のモニター関連について、電子カルテと時刻同期できるものは、時刻同期を行い、同期ができないものについては、臨床工学技士が定期的に時刻調整するとこととした。 |
| 22 | 夜間患者確認のためのベッドネーム配置 | 夜間の患者確認が部署ごとに異なることがあったため、ベッドネームを配布した。夜間に患者確認を行う際は、ネームバンドを基本とし、困難な場合はベッドネームの確認することも追記した。 |

2 センター病院

| | 検討項目 | 改善検討内容 |
|----|--|--|
| 1 | e-Learning 「中心静脈カテーテル挿入・留置に関する安全管理」を利用した講習およびCVC登録医更新業務の実施 | 昨年度プロジェクトチームで作成したe-Learningを使用し、講習会の合理化、および、登録医更新の講習をいつでも受講できるようにした。 |
| 2 | 「中心静脈カテーテル挿入・留置記録」を利用した非登録医への対応実施 | 電子カルテに入力された「中心静脈カテーテル挿入・留置記録」を確認し、未登録医および登録期限切れの医師への対応を行った。 |
| 3 | 非ラテックス手袋への全面切り替え | 院内のラテックス手袋の購入を完全に廃止し、非ラテックス性に切り替えた。 |
| 4 | 新任職員、異動職員に対する医療安全に関するオリエンテーションの実施 | 4月に各部署でリスクマネージャーによる新任職員への医療安全に関するオリエンテーションを実施した。部署特有な事案についても説明をおこない、実施報告書を安全管理室に提出してもらい全新任職員への実施を確認した。随時異動して来た医師へは、安全管理室で同様のオリエンテーションを行った。 |
| 5 | リエゾンチーム発足 | 院内のせん妄やうつ・自殺企図などの精神的サポートと、医療スタッフの相談窓口となり支援するチームを作成した。 |
| 6 | 輸液ポンプの流量と予定量の設定ミスの注意喚起 | 流量と予定量を1画面で切り替える旧タイプの輸液ポンプに、注意喚起用のシールを作成・貼付して周知した。 |
| 7 | 院内標準時計の運用方法の整理と周知 | 院内の基本となる時刻は、病院情報システムの表示とし、病院情報システム端末の時計を「標準時計」とする。これまで施設担当で管理してきた時計を「管理部施設担当」時計と変更した。 |
| 8 | 手術の安全チェックリスト改訂 | 手術同意書に関する項目は「有・無」に加えて、「術式・部位」も確認項目に追加した。 |
| 9 | 電子カルテにおける禁忌薬等重要情報の整理と周知 | 禁忌薬等の他、「AS」（虐待児童、高齢者、DV）「CV」（暴力）「DNR」（蘇生なし）「幹細胞移植後血液型注意」などの重要情報の入力場所およびその情報の確認方法を整理し、周知を行った。さらに「体内金属」情報は入力方法の見直しを行い、改善案を提出した。 |
| 10 | 免疫抑制剤・化学療法に伴うB型肝炎ウイルス再活性化対策 | 現状ではもっとも発現頻度の高い、リツキシマブについて、オーダー入力時に警告（肝炎検査の実施と高値の場合の消化器病Cへの受診）を出し、再活性化への適切な対応ができるようなシステムを構築した。 |
| 11 | 注射処方単位の改訂 | 注射薬の成分入力単位のうち「U」を「U（単位）」へ変更した。 |
| 13 | 安全ポック改訂 | 昨年度のリスクマネージャー会議グループワーク結果を参考に、項目の整理と改定案の策定を行った。 |
| 14 | 医療安全管理指針改訂 | 電子カルテ稼働後の安全な運用・手順について、リスクマネージャー会議グループワークでの検討内容も取り入れ、医療安全管理指針を改訂した。 |

| | 検討項目 | 改善検討内容 |
|----|--|--|
| 15 | 在宅用人工呼吸器 院内持ち込み連絡票の作成 | 在宅で人工呼吸療法中の患者が入院する際、人工呼吸器を持ち込む場合の連絡方法と連絡票を作成して周知した。 |
| 16 | 患者確認強化月間の取り組み | 各部署で患者確認場面を設定し、そこでの誤認防止に努めるポスター掲示と唱和を行った。 |
| 17 | 抗がん剤レジメンのパラメーター画面改修 | 抗がん剤レジメンに予め値が設定されている項目を、上書き出来ないように改修した。 |
| 18 | チュービングコネクタの使用中止 | 酸素チューブ等のご接続防止のため、チュービングコネクタの採用を中止し、酸素投与専用の「スタールーメンチューブ」と「酸素コネクタ」に変更した。 |
| 19 | 安全管理ミーティングのメンバー拡充 | これまでの1回/週の安全管理ミーティング、安全・システム担当者打ち合わせに加え、感染制御部、診療情報担当者とも1回/月のミーティングを開始した。 |
| 20 | 周術期肺血栓塞栓症評価用紙の改訂 | 周術期肺血栓塞栓症評価用紙に、「出血リスク」記入欄を追加した。 |
| 21 | e-Learning 「医療安全のためのKYT（危険予知トレーニング）2013年度版」の新規開講 | e-learningコンテンツの「医療安全のためのKYT（危険予知トレーニング）2013年度版」を新規作成し、開講した。 |