

平成26年度の医療安全管理の取組について

平成27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。

7 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27年6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
とりやま なおほる 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
あいほら みちこ 相原 道子	横浜市立大学附属病院 統括安全管理者
くにさき 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

患者（70歳代 男性）は、皮膚科外来においてA医師からボーエン病と診断され、次回の外来で左下腿の皮膚腫瘍を切除することになった。実際に術者となる予定のB医師にA医師から切除部位の申し送りを行った。患者の左下腿には近接して二か所の色素病変があり、A医師は赤みを帯びた病変を切除部位と申し送ったつもりであったが、指で指し示して病変を特定していなかったため、B医師はもう一方の茶色の病変部を切除部位と認識した。なお、病変部については初診時に写真撮影を行い、翌週のカンファレンスにおいて提示しているが、その際マーキングはしなかった。

約2週間後の外来においてB医師は茶色の病変を切除した。3日後に患者から電話で切除した部位が異なるのではないかとB医師に問合せがあり、翌日、患者が外来受診して、A医師とB医師が立会いの下で部位の確認を行ったところ、A医師が申し送りを行った病変部とは異なる病変部を切除していたことが発覚した。約2か月後にA医師が申し送りを行った病変部の切除を行った。

1

（ボーエン病）

ボーエン病は、有棘（ゆうきょく）細胞癌と同様に表皮の有棘層の細胞が悪性化するが、その増殖は表皮の中だけに留まり真皮に及んでいない状態である。

<再発防止策>

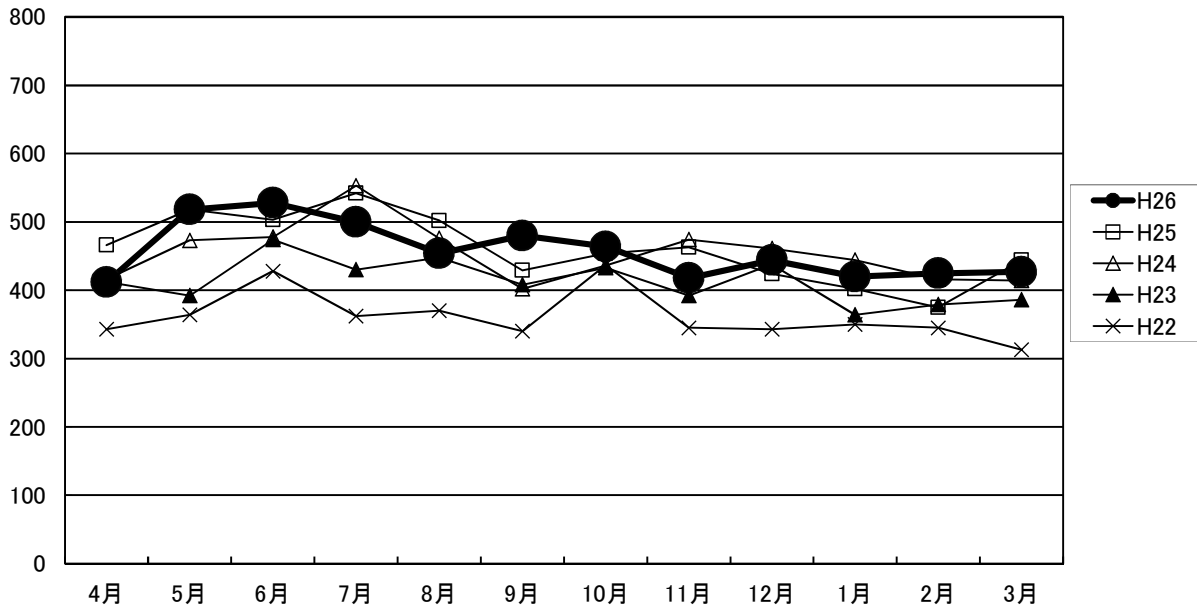
皮膚科の診療マニュアルに以下の内容を追加し、皮膚科カンファレンスで医師に周知徹底を行うとともに、院内の安全管理に係る全体会議においても事例紹介を行うことで、病院全体に注意を喚起した。

病変が複数存在している場合の対応として、診断した医師は患者の手術部位をマジックでマーキングした上で写真撮影を行い、当該写真を診療記録又は汎用画像記録システムに取込み保存する。なお、後者の場合には診療記録に写真が取り込んである旨を記載する。手術当日は、術者が患者の診療記録によって部位を確認した後、患者自身にも手術部位を指さししてもらい最終確認を行う。

I インシデント報告の状況（平成26年4月1日～平成27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	174	169	14.5	14.1	3.2%	3.9%	5.9%	5.9%	247	239
看護師	4747	4,828	395.6	402.3	86.5%	87.5%	55.0%	56.2%	719	716
コ・メディカル	541	491	45.1	40.9	9.9%	8.1%	24.6%	23.9%	183	171
事務・その他	28	33	2.3	2.8	0.5%	0.6%	3.8%	4.9%	61	57
合計	5,490	5,521	457.5	460.1	100.0%	100.0%	37.8%	38.9%	1,210	1,183

※ 職員数は26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

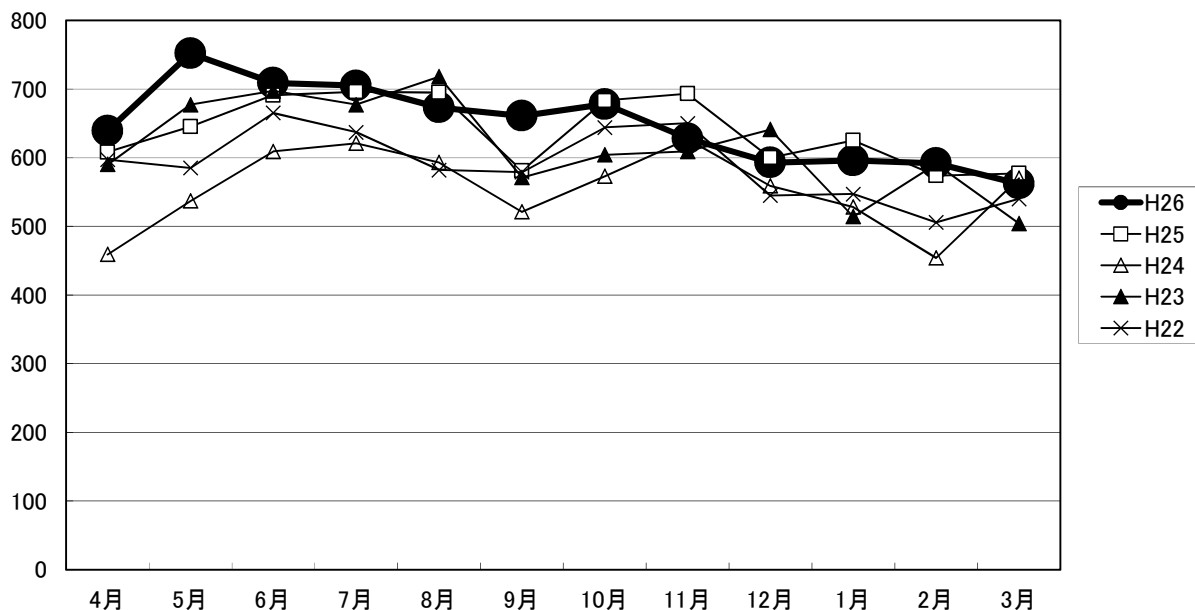
事象	件数		月平均		構成比	
	今年度	昨年度	今年度	昨年度	今年度	昨年度
薬剤	2,006	1,838	167.2	153.2	36.5%	32.1%
輸血	52	52	4.3	4.3	0.9%	0.9%
治療・処置	262	274	21.8	22.8	4.8%	5.0%
医療機器等	215	240	17.9	20.0	3.9%	4.3%
ドレーン・チューブ	1,047	1,022	87.3	85.2	19.1%	18.5%
検査	474	481	39.5	40.1	8.6%	8.7%
療養上の世話	811	838	67.6	69.8	14.8%	15.2%
(うち転倒・転落)	471	423	39.3	35.3	8.6%	7.7%
その他	623	776	51.9	64.7	11.3%	14.1%
合計	5,490	5,521	457.5	460.1	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	3,175	3,109	264.6	259.1	57.8%	55.7%
病棟処置室	34	41	2.8	3.4	0.6%	0.9%
廊下	113	102	9.4	8.5	2.1%	1.7%
トイレ	86	89	7.2	7.4	1.6%	1.7%
浴室	21	20	1.8	1.7	0.4%	0.4%
外来診察室・処置室	233	234	19.4	19.5	4.2%	5.0%
外来待合室	38	19	3.2	1.6	0.7%	0.3%
手術室	430	497	35.8	41.4	7.8%	9.5%
検査室	162	281	13.5	23.4	3.0%	6.3%
訓練室	1	2	0.1	0.2	0.0%	0.0%
薬剤部	90	78	7.5	6.5	1.6%	1.7%
ナースステーション	552	491	46.0	40.9	10.1%	7.5%
その他	555	558	46.3	46.5	10.1%	9.3%
合計	5,490	5,521	457.5	460.1	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	200	192	16.7	16.0	2.6%	1.9%	8.8%	8.9%	190	180
看護師	7,097	6,961	591.4	580.1	91.1%	91.7%	65.0%	64.9%	910	894
コ・メディカル	381	388	31.8	32.3	4.9%	4.8%	16.5%	17.5%	193	185
事務・その他	110	127	9.2	10.6	1.4%	1.5%	15.6%	17.7%	59	60
合計	7,788	7,668	649.0	639.0	100.0%	100.0%	48.0%	48.5%	1,352	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
薬剤	2,699	2,633	224.9	219.4	34.7%	32.1%
輸血	41	42	3.4	3.5	0.5%	0.5%
治療・処置	530	438	44.2	36.5	6.8%	5.7%
医療機器等	254	208	21.2	17.3	3.3%	2.7%
ドレーン・チューブ	1,544	1,489	128.7	124.1	19.8%	19.4%
検査	595	611	49.6	50.9	7.6%	8.0%
療養上の世話	1,129	887	94.1	73.9	14.5%	11.6%
(うち転倒・転落)	543	621	45.3	51.8	7.0%	8.1%
その他	996	1,360	83.0	113.3	12.8%	17.7%
合計	7,788	7,668	649.0	639.0	100.0%	100.0%

(4) インシデント報告の場所別内訳

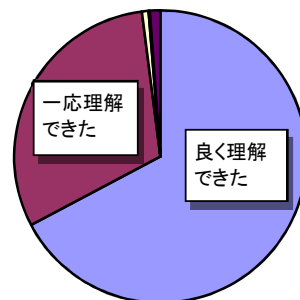
場所	件数		月平均		構成比	
	今年度	昨年度	今年度	昨年度	今年度	昨年度
病室	5,372	5,243	447.7	436.9	69.0%	68.4%
病棟処置室	37	30	3.1	2.5	0.5%	0.6%
廊下	104	124	8.7	10.3	1.3%	1.5%
トイレ	95	118	7.9	9.8	1.2%	1.7%
浴室	35	43	2.9	3.6	0.4%	0.5%
外来診察室・処置室	196	194	16.3	16.2	2.5%	2.9%
外来待合室	22	18	1.8	1.5	0.3%	0.3%
手術室	293	179	24.4	14.9	3.8%	2.2%
検査室	324	379	27.0	31.6	4.2%	4.2%
訓練室	9	15	0.8	1.3	0.1%	0.1%
薬剤部	69	77	5.8	6.4	0.9%	0.9%
ナースステーション	780	721	65.0	60.1	10.0%	10.0%
その他	452	527	37.7	43.9	5.8%	6.7%
合計	7,788	7,668	649.0	639.0	100.0%	100.0%

II 入院患者アンケート調査結果（平成26年4月～平成27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

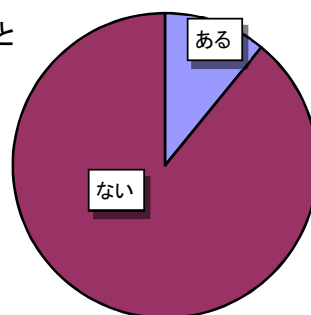
	26年度（4～3月）合計		昨年度 比率
	回答数（件）	比率	
良く理解できた	528	67.3%	68.3%
一応理解できた	241	30.7%	27.0%
余り理解できなかった	6	0.8%	0.9%
全く理解出来なかった	1	0.1%	0.1%
その他	9	1.1%	3.7%
合計	785	100.0%	100.0%



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

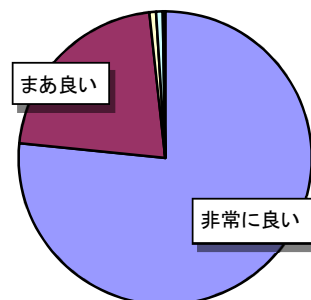
	26年度（4～3月）合計		昨年度 比率
	回答数（件）	比率	
ある(※)	85	10.9%	11.4%
ない	696	89.1%	88.6%
合計	781	100.0%	100.0%

(※) 代表的な事例：
術前・術後（検査前・検査後）の医療者側からの説明が不足している事例



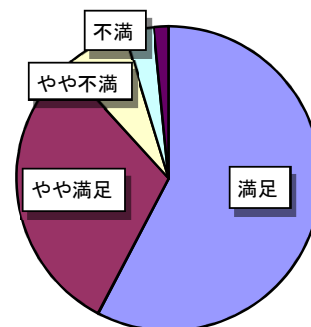
設問3 医師、看護師、薬剤師、技師などの対応について、どう感じたか

	26年度（4～3月）合計		昨年度 比率
	回答数（件）	比率	
非常に良い	625	76.6%	73.3%
まあ良い	177	21.7%	22.3%
やや悪い	6	0.7%	0.7%
非常に悪い	6	0.7%	0.7%
分からない	2	0.2%	3.0%
合計	816	100.0%	100.0%



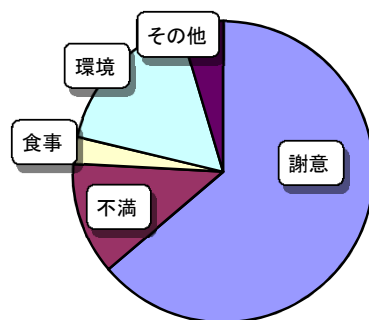
設問4 病室、トイレ、デイルーム、食事など療養環境について

	26年度（4～3月）合計		昨年度 比率
	回答数（件）	比率	
満足	466	57.7%	54.0%
やや満足	247	30.6%	32.3%
やや不満	57	7.1%	7.1%
不満	25	3.1%	2.1%
なんとも言えない	13	1.6%	4.6%
合計	808	100.0%	100.0%



設問5 その他の意見

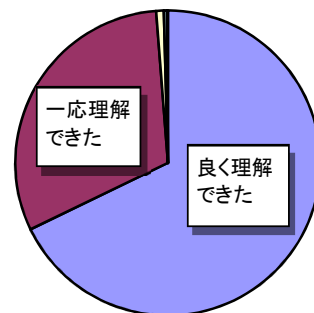
	26年度（4～3月）合計		昨年度 比率
	回答数（件）	比率	
医師、看護師等に対する謝意	555	63.8%	60.4%
医師、看護師等に対する不満	105	12.1%	20.8%
食事に関する要望	25	2.9%	2.1%
環境整備に関する要望	145	16.7%	11.1%
その他	40	4.6%	5.7%
合計	870	100.0%	100.0%



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

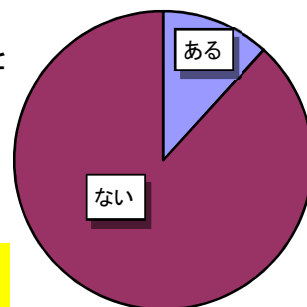
	26年度(4~3月)合計		昨年度 比率
	回答数(件)	比率	
良く理解できた	656	67.8%	70.5%
一応理解できた	299	30.9%	28.2%
余り理解できなかった	8	0.8%	1.1%
全く理解出来なかった	3	0.3%	0.1%
その他	1	0.1%	0.1%
合計	967	100.0%	100.0%



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

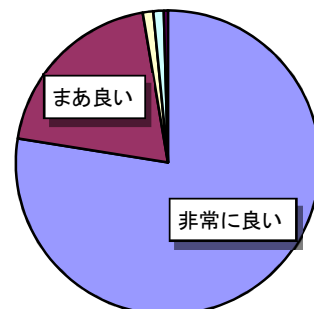
	26年度(4~3月)合計		昨年度 比率
	回答数(件)	比率	
ある(※)	104	11.8%	13.9%
ない	781	88.2%	86.1%
合計	885	100.0%	100.0%

(※)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



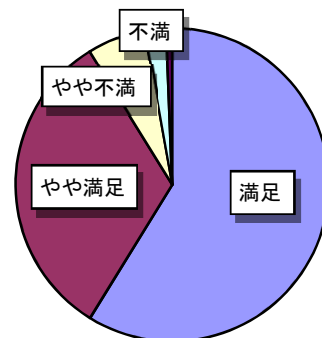
設問3 医師、看護師、薬剤師、技師などの対応について、どう感じたか

	26年度(4~3月)合計		昨年度 比率
	回答数(件)	比率	
非常に良い	759	77.5%	80.5%
まあ良い	194	19.8%	16.8%
やや悪い	11	1.1%	1.2%
非常に悪い	11	1.1%	1.0%
分からない	4	0.5%	0.5%
合計	979	100.0%	100.0%



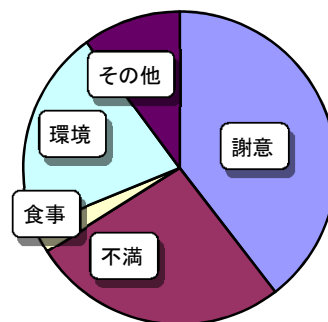
設問4 病室、トイレ、ディルーム、食事など療養環境について

	26年度(4~3月)合計		昨年度 比率
	回答数(件)	比率	
満足	565	58.8%	62.4%
やや満足	311	32.5%	29.4%
やや不満	58	6.0%	5.2%
不満	21	2.2%	2.4%
なんとも言えない	6	0.5%	0.6%
合計	961	100.0%	100.0%



設問5 その他の意見

	26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	359	39.5%	51.2%
医師、看護師等に対する不満	241	26.5%	18.0%
食事に関する要望	25	2.8%	1.9%
環境整備に関する要望	191	21.1%	21.0%
その他	92	10.1%	7.9%
合計	908	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	医療安全管理指針と共通マニュアルの区別について	医療法で定められている、医療安全管理指針と業務で使用する共通マニュアルについて明確に区別し、冊子内で分離した。
2	各職員向けに安全に関する情報提供について	RM会議の内容を中心に、各職員の安全上確認が必要な内容、機能評価機構やPMDAなどの注意文書を閲覧する運用とした。RMが各部署での回覧を行い、閲覧した際に署名も取得することにした。
3	RMへの教育について	医師・弁護士の両ライセンスを持った講師を呼び、医療の法律を裁判の視点から学ぶ模擬裁判を実施した。
4	薬剤部搬送履歴の作成	薬剤部から病棟に届く内用・外用薬剤について、薬剤部より持ち出す際は、バーコード認証を行い、搬送者・時間の確認ができるようなシステムを構築した。
5	院内採血管の確認について	病棟や外来に保管されている採血管について、品目・期限に関する点検ラウンドを実施した。
6	整形外科によるレントゲン撮影部位間違いについて	整形外科において、部位間違いが発生していることについて確認文書を作成し、署名付き回覧、注意喚起を行った。
7	TeamSTEPSの実施について	良好なチームワークを確立し、医療行為全般のパフォーマンスと患者さんの安全性を高めるためのグループワークを開始した。H26年度は12回開催し、932名の受講があった。
8	転倒転落パンフの作成について	転倒転落の教育パンフレット作成した。入院案内に同封し、転倒転落の注意喚起を行った。
9	ポケット版安全管理指針の改訂について	TeamSTEPSツール集（リーダーシップ・状況モニター・相互支援・コミュニケーション）を追加収録した。
10	MRI検査時の説明項目の改善について	MRI検査予約時に、磁性体に関することなど検査で問題になる点について説明文書が同時印刷されるようにした。
11	新生児の名称変更について	新生児の登録時、これまで「苗字名前（母）ベビー1」となっていたが印字数が決まっていた双子などの識別性が悪かった。「苗字ベ1名前（母）」とし、苗字が長い患者でも識別性が保たれるよう改善した。
12	検査ラベルの誤認識改善について	検査ラベルの誤認識や読み取りエラーの事例を受けて、読み取りやすい感熱型のラベルへ変更した。
13	造影剤の使用目的の明確化について	他施設での誤投薬事例を受けて、院内で使用される造影剤の目的と内容をまとめた一覧表を作成し、使用部署で掲示することにした。
14	インシデントレポートの記入方法について	インシデントレポートのご記入や、概要のその他の選択が多いため、事例を元に記入方法を回覧・周知徹底した。

	検討項目	改善検討内容
15	併用禁忌の処方事例について	併用禁忌薬を処方した際に出てくる注意喚起の文章を見直し、目立つ作りに変更した。変更部分の回覧・署名も行った。
16	検食について	検食を各部門ごとにローテーションを組み、実施する運用に改変した。
17	院内通知文の過去分の掲示について	過去に配布された通知文を閲覧できるようインシデントシステム内に格納した。
18	改正道路交通法に伴う説明文書の作成について	道路交通法が改正となり、患者さんへ向けて自発的な届け出を促す目的の院内共通文書を作成した。
19	インシデントピークへの対応について	昨年度のインシデントが7月にピークを迎えたため、対策として過去の事例を配布し、新人を中心に共有を行った。その結果、7月のインシデント報告件数が約10%低下した。
20	アナフィラキシー時の院内対応について	院内で患者にアナフィラキシー症状が出現した際に、迅速な対応ができるよう共通マニュアルを作成した。
21	小児の輸血方法について	手術室内での恒温振盪器を追加購入し、複数患者の製剤が混在しない環境を整備した。
22	中心静脈全数調査について	危険手技である中心静脈カテーテル（CVC）挿入について調査票を作成し、穿刺の総数と穿刺時合併症発生率の把握を開始した。調査票の分析によりCVC教育体制へのフィードバックを行う体制を確立した。
23	検査・処置・手術時の抗凝固薬・抗血小板薬休薬に関する院内ガイドラインの作成について	抗凝固療法・抗血小板療法を受けている患者が手術や処置を受ける際に、薬剤の減量・中止が行われる必要がある。しかし、公的なガイドラインがないため、統一的な対応がとれるよう院内基準を定めた。
24	転倒転落後の初期対応フローシートの改訂について	転倒転落以前に「麻痺・感覚障害」「意識レベルの低下」がある場合のフローを追記、小児の場合についても追記し、改定を行った。
25	CVポート製品情報一覧の作成について	CVポートは製品ごとに逆血確認や未使用時の管理方法などが異なり、院内採用以外のポートを挿入された患者が来院することから、全ての製品を一覧にまとめた表を作成し、共有を行った。
26	転倒転落予防動画の患者提供について	患者さんに向けた転倒転落予防の教育を行うため、予防動画を病室のテレビで無料閲覧できるようにした。
27	持参薬の適正使用について	患者さんが持参した薬の中に、使用していない薬剤や、入院予定期間を上回る数量の薬剤が多く含まれていることから、患者さんを対象とした通知文を作成し、持参薬の適正使用を周知した。
28	水薬の原液投与について	水薬は整数化希釈された調剤となっていたが、処方ごとに濃度が異なる場合があり、希釈の工程でエラーが起きやすい、原液投与の要望もあることから、原液投与に一本化する運用へ改善した。
29	説明と同意のマニュアル改訂について	緊急入院時、「患者の意識がない場合」「同意能力が疑われる場合」の同意の取得方法について、文例も含めたマニュアルの改訂を行った。

2 センター病院

	検討項目	改善検討内容
1	研修医対象のe-learning 開講（4月）	研修医を対象にe-learning「センター病院医療安全基本の10問」と「麻薬及び向精神薬取締法および院内の麻薬に関するルール」の2コンテンツを、当院での研修を開始する4月に開講し、当院のルールをいち早く周知することにした。
2	「中心静脈カテーテル挿入・留置講習会」の実施回数、講義内容の改善	医師・研修医が臨床現場で速やかに当該手技を実施・研修できるよう、昨年度よりさらに実施時期を早め、実施回数も4回から5回に増やした。また、講習の項目に、スタンダードプリコーションに基づくカテーテル挿入までの実演を取り入れた。
3	総合マニュアル「異状死の届け出と解剖手続き」の改定	項目名を「異状死の判断と異状死体の届け出」に改定し、院外心停止で搬送された患者と、院内で治療を開始している患者での対応の違いなどを明確にした内容に変更した。
4	「死亡時画像診断」の体制の整備と患者家族への説明用紙の作成	入院患者の死亡原因が確定出来ない場合に、死亡後の画像診断を迅速に実施できる体制を整えた。また、家族向けの「死亡時画像診断説明書」を新たに作成した。
5	【院内標準】の「インスリンスライディングスケール」と「低血糖に対する指示」の導入	インスリンスライディングスケールによる指示出し・指示受けが、安全確実に実施できるように【院内標準】の「インスリンスライディングスケール」と「低血糖に対する指示」を作成し運用を開始した。
6	小児患者検査時の鎮静実施体制の見直し	「MRI検査時の鎮静に関する共同提言」を受けて、当院での小児鎮静の在り方を見直して院内ルールの明確化に取り組んだ。特に、麻酔薬を使用する場合は、カブノメーターの使用を必須とし、原則、麻酔科医が鎮静を実施することとした。
7	酸素療法ガイドラインの作成	RSTチームが主体となり、安全で効率的な酸素療法を実施できるようガイドラインを作成し周知した。
8	「1回量」と「1日量」誤認防止について	内服薬の「1回量」と「1日量」の誤認防止のため、薬剤オーダーの留意点に関する周知文を作成し配布した。
9	身体抑制の説明確認書改訂	身体抑制に関する説明文をわかりやすい表現に変更し、抑制方法・抑制期間を明示できるよう改訂した。
10	チーム医療の推進	チーム医療と医療安全の推進のために、専門家による「ノンテクニカルスキル」に関する講演会を2回実施した。
11	中央採血室システムダウン時の対応マニュアル改訂	中央採血室で部門システムのトラブルが発生した場合の患者確認方法を見直し、患者から診療券を預からずに受付を済ます方法の運用と、患者氏名に加えて生年月日による確認も行うようマニュアルを改訂した。
12	ガーゼ遺残確認方法の改善	手術のガーゼ遺残確認について、以前は術後のX線画像を「乳房石灰化条件」にモード変更して確認するよう指導していたが、より分かりやすくするために「ガーゼ確認用モード」という呼称に変更することにした。さらに、X線撮影の新規オーダーとして「ガーゼ遺残確認」を設けて、そのオーダーによる画像の表示方法を、「通常モード」と「ガーゼ確認用モード」の二つの画像が、2台のモニターに並んで表示されるようにした。
13	手術室内の検体用ラベルプリンター増設	手術部では、複数の手術室で1台の検体用ラベルプリンターを兼用していたが、ラベル発行の間違い防止のため、検体提出頻度の高い手術室には専用の検体用ラベルプリンターを増設した。
14	手術室内の電子カルテ環境の整備	手術室内の電子カルテ用端末の「カルテ切り替え」機能を無効化し、複数の患者画面を同時に展開できないようにして、別の患者に誤った情報を入力してしまうリスクを低減させるための改修を行った。

	検討項目	改善検討内容
15	周術期肺塞栓血栓症マニュアルの改訂	「周術期肺塞栓血栓症マニュアル」を改訂し、予定手術の患者で末梢型DVTがあった場合、術前検査で造影CT(胸部～下肢)を行っていれば、肺血流シンチグラムを省略できるフロー図に変更した。
16	電子カルテ重要情報共有アイコンの変更	電子カルテの初期表示画面で、禁忌薬等の重要情報を表示するアイコンの意味が分かりにくかったので、わかりやすく直感的に判別できるような識別性の高い文字型アイコンに変更した
17	外来授乳室のレイアウト変更	外来授乳室のおむつ交換用ベッドの配置を変更し、乳幼児のオムツ交換時の転倒転落の発生を確実に予防できる環境に整備した。
18	内視鏡検査報告書と病理検査結果参照画面の連動	電子カルテの内視鏡検査報告書に「病理検査参照」アイコンを作成し、そのアイコンをクリックすれば病理検査の結果参照画面を展開できるように改修した。
19	過去日の検査オーダーの制限について	過去の未実施オーダーが有効化することを防止するため、未実施のまま当該日を90日以上経過した場合には、検査オーダーの登録・ラベル発行・ラベル再発行を制限し、検査オーダーとラベル発行の間違いを防止するようシステム改修した。
20	異動医師に向けたe-Learningの開講について	中心静脈カテーテル挿入・留置に関する「登録医制度」を正しく運用し、なおかつ当院へ異動後に速やかに登録医として手技を実施できるよう、異動医師向けに4月当初よりe-Learningコンテンツ「中心静脈カテーテル挿入・留置に関する安全管理」を受講できるようにした。
21	医療機器安全管理実施要領の改訂	医療機器の安全使用に関する研修の未受講者についてのフォローアップ体制や、研修を受講すべき対象者を明記した内容に改訂した。