

市立甲府病院 医療安全体制等検証委員会
指摘等事項に対する対応結果集計表
＜病棟業務等＞

(平成 25 年 10 月 1 日現在)

計	完了	年度内完了	次年度以降対応	対応困難等
75	47	17	8	3

市立甲府病院 医療安全体制等検証委員会
指摘等事項に対する対応状況一覧<病棟業務等>

[平成 25 年 10 月 1 日現在]

区分	番号	指摘・要望等の内容	考え方・対応等の状況	対応結果
I 医療安全管理体制				
	1	医療事故等の報告制度について 報告数が少なく問題点の把握に至っていない部署があるため、当該部署の医療安全対策委員を中心に報告書提出の必要性について職員の意識啓蒙を行うことが望ましい。	インシデント、アクシデントの報告がほとんどなかった部署からも、平成 24 年度は報告が出てくるようになった。平成 25 年度 5 月以降は 100~120 件/月と前年度の倍に増加している。 医療安全管理対策委員会委員による所属部署職員の意識啓蒙を行うとともに、医療安全対策職員研修(H25:10回開催予定)や部門リスクマネージャーとの連携を通して職員への意識啓蒙も行っていく。 また、現在のインシデント管理システムは電子カルテとの連携がなく、データの報告はフロッピーディスクの持ち運びで行うなど利用しにくいことから、職員が報告しやすい環境を整えるため「インシデント等管理システム」の更新を検討し、平成 25 年 10 月 1 日に稼働する。	年度内完了
	2	安全管理のための職員研修について 職員研修への参加者の少ない部門があるので、少なくとも法令に定められた研修は必ず受ける仕組みの構築が必要である。「医療安全推進週間」を職員及び市民の意識啓発に活用すること、リスクマネージャー養成研修(40 時間)への医師等の参加が望まれる。	平成 24 年度については、各部署における研修参加状況を厳しくチェックし、その都度規定に満たない職員名簿を所属長へ配布し、計画的に参加するよう促したことで未受講者は若干名であった。未受講者は 3 月に補習を実施した。平成 25 今年度は、更に全職員が 2 回以上受講しやすくするため、研修回数を年 9 回から 10 回へ増やし、研修時間についても 90 分では集中力に欠けるとの意見から、60 分へ変更する等運営方法を見直した。 「医療安全推進週間」を設けることや、職員及び市民の意識啓発に活用するために、院外向けホームページの開設を予定している。 リスクマネージャー養成研修への医師等の参加については機会があれば予算を組み受講を検討する。	年度内完了
	3	医療安全管理者(担当者)について 医療安全管理者の業務内容が多岐にわたりオーバーワークになっているため、より安全な体制作りのために人員増を図ることが望ましい。	医療安全管理室の業務内容は多岐に渡るため、1 名では限界がある。より安全な体制作りのため、人員増は必要なことから平成 25 年 4 月より看護師 1 名の増員配置を行った。今後は後任の GRM を育成するための配置や、看護職以外の職員配置も検討する。	完了
	4	患者・医療者のパートナーシップについて 患者・医療者のパートナーシップについて安全管理指針には盛り込まれていない。そのための組織的な検討もなされていない。したがって、医療安全のために患者参画を実行するための資料もほとんど見られない。これらの点は、今後当院が医療安全の質向上を図るために取り組むべき課題である。	医療技術の高度化により更に患者・医療者間での信頼が重要であり、医療の安全性の確保や質向上のためにも、他施設の取組みを参考に検討する。また、実際に実施している内容が明文化されていない点があるため、現在改訂中の医療事故防止マニュアルに記載する。	年度内完了

区分	番号	指摘・要望等の内容	考え方・対応等の状況	対応結果
I 医療安全管理体制				
	5	説明と同意について 判断能力やコミュニケーション能力に障害のある人及びその代理人への説明手順等が見あたらない。高齢化の進展に備えて早急に対応を整備すること。 電子カルテシステムの帳票として独自の同意書を作成しているが、説明者のサインの欄がないものが見受けられたので、作成の基準等が必要である。	インフォームドコンセントが困難な場合において、困難なケースはどのような場合があるか、また、その代理人の任命をどのようにするかも含め、明文化する。 現在使用の同意書について、説明者のサイン欄がないものに関して確認した。サイン欄を設けていなかったのは、指摘された産科の輸血同意書のみであったが、文章内に「〇〇医師から説明を受け同意した」と説明した医師名が分かるようになっているため使用している。 医療事故防止マニュアルでは、同意書(承諾書)を作成する際に含めなければならない4項目の義務付けはあるが、今後、院内各種の同意書について作成基準を検討し医療事故防止マニュアルを改訂する。	年度内完了
	6	ナースの労働環境において必要な安全保護について 看護職員の配置にあたっては、経営効率と患者の安全のバランスが保たれるようにデータに基づいた判断に心掛けること。 看護スタッフとその他の職種のリダーとの間の効果的なコミュニケーションが図れるための方策を検討すること。	看護師配置は、看護師配置基準に基づき実施している。その上で病床利用率や看護必要度、休暇取得状況、超過勤務状況等を加味し傾斜配置を行い、必要時はリリーフ体制で対応している。今後も、安全性を考えた看護師配置に努める。 また、看護スタッフとその他の職種のリダーとのコミュニケーションについては、各部署ごとに関係する医療チームを交えたカンファレンスや勉強会の講師依頼をし、連携を図っている。しかし、看護スタッフと他職種のリダーとのコミュニケーションの機会はあまりないことから、今後は、計画的に病棟会等に誘いスタッフと意見交換作りに努める。	完了
	7	医療安全上の改善策の策定～実施～実施状況の把握～見直しのサイクルが上手く回る仕組みづくりに努めること。	医療安全上の改善策の策定・実施後は課題管理表を用いて実施の状況を把握し見直すことでPDCAサイクルを進められるようにした。また、重要なインシデント報告の改善実施後は、3カ月後に評価の提出を実施している。	完了
II 病棟での医療機器安全管理体制				
	1	モニターの時間がズれていたため、正確な時刻が合わせられる工夫を検討すること。	平成24年11月にMEセンターから各病棟看護師へ、モニターの時刻合わせ方法の説明と指導を順次行なった。12月より、毎月1日の「安全確認の日」に病棟で時刻を合わせることにしたが、継続的な実施を促すために、平成25年5月からは各病棟で月1回の点検日を決め、チェックリストによる点検を行っている。また、実施の有無の確認は、師長が「管理ラウンドチェック表」により点検を行っている。	完了
	2	輸液ポンプやシリンジポンプなど医療機器の日常点検はPDAシステムを使用しているが、端末の台数が少なく活用されていないので改善を要する。	医療機器の日常点検を、当院のPDAシステムでは行うことは不可能であるため項目や実施時間等を決めチェックリストを作成した。平成25年5月から運用を開始し、医療機器管理マニュアルも改訂した。実施の有無の確認は、師長が「管理ラウンドチェック表」により点検を行っている。	完了

区分	番号	指摘・要望等の内容	考え方・対応等の状況	対応結果
II 病棟での医療機器安全管理体制				
	3	近年、人工呼吸器に関するインシデントが多い中、装置に日常点検表が添付されていない(看護記録と PDA 使用)。マニュアルにはチェック表があるが活用されていない。何を点検するかの取り決めがなく、各人に任されている。臨床工学技士による呼吸器点検のラウンドも週 1 回程度なので、さらなる関わりを望む。	日常点検項目や実施時間等を決定しチェックリストを作成した。平成 25 年 5 月から運用を開始し、医療機器管理マニュアルも改訂した。臨床工学技士による呼吸器点検は 1 回/週にラウンドを行っていたが、病棟訪室時にも点検し、点検時はチェックリストに臨床工学技士もサインをすることとした。実施の有無の確認は、師長が「管理ラウンドチェック表」により点検を行っている。	完了
	4	モニター類、人工呼吸器、ポータブルトイレ、メスキュードボックス等が同じ場所に保管されている。5S 及び感染予防の観点からも好ましくないため、改善が必要である。	器材庫にはポータブルトイレは置かず、廊下の収納スペースに、カバーをし、てわからない様に工夫して置くこととした。	完了
III 部署別				
A. 病棟	1. 5S の観点	1) 以下のような改善を要する実態が見られるため、5S 活動を活性化することが望ましい。(4東・西、5東病棟の検証報告書を5S活動の参考にするとよい。) <ul style="list-style-type: none"> ポータブルの針入れボックスが満タンで針が飛び出している。 配薬カートが傾き、引き出しが破損している。 ネブライザーが加湿器代わりに使用されている。 救急カートの上にはいろいろな物が置かれている。 救急カート内の物品配置が病棟によって異なる。 コードが床を這っている。 ベッド操作用ハンドルがもとに戻されず出たままの状態になっている。 不要になった物が病棟のスペースを占領している。 床に物が置かれている。 棚の上が物置になっている。 包交車や水回りの汚れが目立つ。 冷蔵庫内に退院患者の物と思われる座薬・常備薬が入っている。 滅菌物がオープン棚に収納されている。 ペーパータオル入れボックスの上にペーパータオルが置いてある。 	(医療安全) 指摘された 15 項目について各部署の状況を確認し、改善するとともに、5S 活動の参考となる部署の状況をも取り入れていった。また、「病棟管理ラウンドチェック表」を作成し、病室・ナースステーション・病棟全体をチェック表に基づいて定期的にラウンドを実施し、チェックしている。 なお、救急カート内の物品配置が病棟によって異なっているとの指摘については、「救急カート設置基準マニュアル」において、救急カート内の物品・薬品の配置は、内容と場所を統一(ただし、科の特殊性により一部異なる)としていることから、全部署の救急カートについて、マニュアル遵守状況を確認した。その結果、薬品・物品配置や数がまちまちであったため、薬品・物品の定数見直しを行い、現在、上段には何も置かない事と、全部署で統一するための配置決定、姿置き実施のための作業を行っている。	年度内完了
	2. 転倒転落防止対策の観点	1) 小児科では基準に則したアセスメントツールの活用が見られないので、改善すること。	当院の成人用転倒・転落アセスメントスコアシートを参考に、小児用のシートを作成した。危険度の高い患児には、転倒転落の看護計画を立案し試行中である。それに伴い転倒・転落の危険防止策を検討し、患者・家族の方へのパンフレットを具体的な内容に見直し中である。 今後、医療安全管理対策委員会の承認後、電子カルテの文書入力内の文書種別に追加し、活用していく予定である。	年度内完了
		2) 点滴台が 4 本足の物はバランスが悪く、点滴をしながらトイレ歩行をする場合など転倒の危険性がある。また、患者が保持するハンドルがないと歩行時の安定性が保てない。安全性の高い点滴台の導入を望む。	平成 21 年度に全病棟に対し 4 本足の点滴台を 5 本足へ更新するよう ME センターから周知し変更を行ったが、未だ 4 本足の点滴台が残っていたことから、残っている 4 本足の点滴台数を確認し、歩行者に使用する必要台数は 5 本足の安定した点滴台へ交換を行った。保持ハンドルについては、新規購入の際に設置していく。	完了

区分		番号	指摘・要望等の内容	考え方・対応等の状況	対応結果
Ⅲ 部署別					
A. 病棟	3. 薬剤 の観点	a. 注射	1) 注射の準備では、プリントアウトした注射処方箋を見ての確認作業が行われている。指示変更が繰り返される場合は、紙媒体に頼る方法だと新しい指示を見落とすことがないかと危惧される。電子カルテを活用した確認作業を検討する必要がある。	<p>指示が最新のものであるかが分かる仕組みは重要であるが、電子カルテを用いた準備・実施作業について、当院の電子カルテでは注射・点滴があることを、患者一人ひとりの画面を開かないと確認することができないため、作業手順の煩雑・所要時間延長が考えられる。また、パソコンを持ち込むスペースも狭隘であり困難な状況にある。</p> <p>準備時と実施には PDA を用いているため、指示が中止や削除された場合は最終実行できない。ただし、中止・削除の入力を忘れた場合は認証できずため、入力の徹底を図る。また、注射処方箋及び、ラベルに医師の指示コメント(流量、開始や終了時間など)が反映するよう入力の徹底も行う。</p> <p>ラベル発行後に流量の変更があった場合は、ラベルに反映されないため、紙ベースの注射処方箋と合わせた確認が必要となる。ヒヤリハット報告では、紙ベースの注射処方箋による指示変更見落としの報告はなく、注射処方箋を持参しないことによる流量変更忘れの報告が多い状況にある。</p> <p>指示変更後、新たな処方箋を出力した際、処方箋の放置や看護師に伝達されない場合も問題が発生する恐れがある。指示変更・中止時は必ず看護師に口頭伝達をすることになっているため「指示変更及び中止の伝達基準」のマニュアル遵守ができるよう徹底していく。現状では電子カルテを用いた確認は困難であることから、留意事項の徹底を図る中で、引き続き紙ベースの注射処方箋を用いることとした。</p>	対応困難等
			2) 注射薬のダブルチェックの方法が病棟によって異なっている。マニュアル通りの方法で統一する必要がある。	マニュアルのダブルチェックの定義を再認識させるとともに、部門リスクマネージャーによる現場確認や、職員への指摘・指導を行うことで周知徹底を図っていく。平成 25 年 6 月～7 月に全部署での注射・点滴実施場面の巡視を実施し指導を行った。今後も随時教育・指導を行っていく。	完了
			3) ミキシングに使用した注射針をリキャップせずに、プラスチックトレイに入れておき、最後にまとめてメスキュードボックスに入れている。針刺しの危険性があるので、ミキシングに使用した注射針用のメスキュードボックスをテーブルに置くと良いのではないか。	患者に使用しない針という認識でミキシング後はトレイにまとめ、最終的にメスキュードボックスに捨てている。注射器付きで廃棄するため、テーブルに乗せるメスキュードボックスではサイズが小さく逆に針等の飛び出しが危険であるため、ミキシング専用のメスキュードボックスの変更を行うこととし、平成 25 年 3 月からどのタイプのメスキュードボックスを採用するかを試行を行った。その結果を踏まえ、現在、全てのメスキュードボックス変更し使用している。	年度内完了
			4) ベッドサイドでの 6Right による確認のうち、日付・経路について呼称確認がされていない病棟がある。	部門リスクマネージャーによる現場確認や、職員への指摘・指導を行うことで周知徹底を図っていく。7 月に看護部リスクマネジメント委員による院内ラウンドを実施し、指摘事項をチェックリストに載せ確認した。11 月に再度ラウンドを行う予定である。また、全部署への注射・点滴実施場面の巡視を行なった際にも指導を行った。今後も随時教育を継続的に実施していく。	完了

区分		番号	指摘・要望等の内容	考え方・対応等の状況	対応結果	
Ⅲ 部署別						
A. 病棟	3. 薬剤 の観点	a. 注射	5)	混注した抗生剤のバイアルをミキシング直後に廃棄するため、ボトルの確認のみで実際の中身の確認はできていない。点滴終了までバイアルを残して置く必要がある。	現在の方法では、患者へ実施する際の点滴確認時に、ボトル内に指示された薬剤が入っているかの確認ができないため、ミキシング後はトレイの中に点滴ボトルと一緒に空バイアルを残して置き、患者のもとで実施直前の確認時に中身(空バイアル)も確認する。点滴終了まで患者のベッドサイドへ空バイアルを残しておくことは、別のリスクが発生することから、点滴直前にしっかり確認する手順を決め実施していくこととし、マニュアルの見直しと、GRM により実際の点滴ミキシング場面の巡視にて手順を確認し運用手順を決定した。平成25年9月の師長会で承認を受けたので、実施している。	完了
			6)	患者確認の方法(患者にフルネームで名乗ってもらう)が遵守されていない病棟がある。	部門リスクマネージャーによる現場確認や、職員への指摘・指導を行うことで周知徹底を図っていく。また、院内ラウンド時も指導を行う。今年度看護部リスクマネジメント委員会の患者誤認防止グループの活動として患者確認の徹底強化を図っている。	完了
			7)	点滴の目的・薬効に関する説明を行っていない。マニュアル遵守の徹底が必要である。	現在は、初回時と変更時に説明しているが、今年度、マニュアルの見直し作業中であり医師・薬剤師の協力を得ながら検討する。	年度内完了
			8)	点滴液のラベルの注射時間が手書きとなっており、転記ミスなどのエラーが発生する可能性がある。システムの改良について検討が望まれる。	医療機器システムより発行されるラベルでは、医師が投与時間を入力すると印字される。平日 16:00 以降や祝祭日時にオーダ発行される緊急時扱いについても、病棟に電子カルテシステムよりラベルが発行されるが、医師に対し入力の徹底を促している。	完了
	b. 内服・外用薬	1)	病棟常備薬は、病棟に払い出された時点から使用期限が不明になりやすいため、棚卸時期などで交換することが望ましい。	常備薬は半年から1年ごとに使用頻度や内容について見直し、頻度は低いながらも常備が必要な薬剤は半年を目安に交換する。	完了	
		2)	5階西病棟では、内服の廃棄薬ボックスがあるため、数週間不要薬剤が病棟に放置されている。このボックスでの回収頻度について検討が必要である。	中止薬については放置せずに速やかに返品または廃棄処理を行い、病棟には不要な薬剤を置かないようにするとの方針に基づき、5西病棟では、不要薬剤を何日も病棟内に放置させないため、毎週木曜日に病棟薬剤師が回収し整理することとした。	完了	
		3)	口頭指示書がクリアファイルにまとめて保管されている病棟がある。後日の確認が簡潔に行えるような対応が望ましい。	「口頭指示マニュアル」において、ファイルにまとめて保管する運用となっていないため、正しい運用ができていない病棟を確認し、指導と周知徹底を行った。	完了	
		4)	中止薬は分別されているが、5西病棟では5Sの観点から整理が必要である。	(b. 内服・外用薬 2)参照)	完了	
		5)	マニュアルでは、内服薬の配薬時に薬袋の氏名を見せて確認することになっているが、実施されていない病棟がある。	部門リスクマネージャーによる現場確認や、職員への指摘・指導を行うことで周知徹底を図っていく。また、院内ラウンド時も指導を行う。今年度看護部リスクマネジメント委員会の誤薬防止グループの活動として、患者向けのポスターを作成し、配薬時に薬袋の氏名を見てももらうことの協力と、職員は実施の徹底を図っている。	完了	

区分		番号	指摘・要望等の内容	考え方・対応等の状況	対応結果	
Ⅲ 部署別						
A. 病棟	3. 薬剤の観点	b. 内服・外用薬	6)	マニュアルでは、麻薬与薬時は1患者1施行ごとに1トレイで病室に持って行くこととなっているが、トレイの未使用、簡易バッグの使用などが行われており、マニュアルが徹底されていない。	マニュアル遵守のために GRM による院内巡視を行い、「その時間に配薬する麻薬を薬袋ごとにトレイで患者のもとへ持参する」ことを確認し、遵守できていない病棟には指摘、指導を行った。その後1月に2回、確認のための巡視を行い指摘事項は改善されていた。現在誤薬防止マニュアルについても見直し作業中であり、今後も徹底できるように努める。	年度内完了
			7)	麻薬の内服が確実に行われたかの確認方法の検討が必要である。	マニュアル上、麻薬の内服確認については、「配薬したその場で服用してもらい、飲めたかの確認を行う」となっている。また、残数確認表の記入により管理し、内服確認後はカルテ記録に残すことになっているため、周知徹底を行う。	完了
			8)	「医薬品安全使用のための業務手順書」では、マスキュラックスは救急カートで施錠保管することになっているが、実際には他の薬剤と一緒に施錠管理されている。マニュアルと実際の管理に乖離があるので、他の基準(医療評価機構など)との関係や実務上の安全性を考慮し、院内管理の統一およびマニュアルとの整合性をはかること。	毒薬は他の薬品と区別して専用の施錠できる保管庫に保管することが定められているため、施錠保管をしている。 「医薬品安全使用のための業務手順書」では、「マスキュラックスは救急カートへの配置薬とする。」こととなっていたが、マスキュラックスを救急カートに常備する必要がないため、マスキュラックスは救急配置薬とするようマニュアルを改訂した。 また、他の薬品と一緒に保管してある部署があるかを確認・指導し、基準通りの保管方法に改善した。	完了
			9)	マニュアル「与薬過誤時の対応フロー」では、事故が起きた時、それぞれのスタッフが何をすることが患者の救命に繋がるかを考えて、それぞれの役割を明確にする必要がある。	どのような状態(ショックや呼吸抑制等)、どのタイミングで医師へコールするか等の判断基準や、平日と時間外でどの医師にコールするのか等、具体的に数値や役割を示すよう、現在マニュアル見直し作業中であり今年度中に改訂する。	年度内完了
	4. その他の観点		1)	身体拘束同意書に拘束を必要とするアセスメント、拘束方法、期間等の記載がないので、同意書の役割を果たしていると考えにくい。	身体抑制に関する説明・同意書には、抑制を必要とする理由(アセスメント)、抑制の方法、行動制限の時間帯及び解除の予定をチェック、または記入するようになっているため、記入漏れがないよう適正な運用を周知徹底する。記録委員会、師長会においても日々の記録管理と職員周知を依頼した。	完了
			2)	輸血の受け取りを一人1患者とすること、同意書の確認をすることをマニュアルに加筆すること。	複数患者の輸血用血液の準備を同時に行わないことについては、マニュアル掲載してあったが、輸血の受け取りを一人1患者とすることについては実施しているもののマニュアルに未掲載であったことから、同意書の件と合わせてマニュアルを改訂中である。	完了
	B. 外来フロア	1. 連携		1)	紹介機関の診療機能について明確に表示されていない。地域に根ざした医療を推進するためにも患者目線で見ることの出来る紹介方法や体制の検討を望む。また、自院にない診療科の紹介も併せて提供できると医療連携に繋がると思われる。	今後、当院の登録医を中心に紹介医療機関の紹介方法や体制の検討を行う中で一層の医療連携を図って行く。登録医リーフレットを作成し、院内に配置して地域の医療機関情報を案内するとともに、まずは「かかりつけ医」の利用を促し医療機関の役割分担について啓発する。

区分	番号	指摘・要望等の内容	考え方・対応等の状況	対応結果	
Ⅲ 部署別					
B. 外来 フロア ー	2. 患者の権利と 安全確保	1)	院内掲示の方法として見やすい場所の選択、表示を大きくするなどの工夫をして、病院として明確に患者の権利を伝えること。	基本理念及び患者の権利に関する宣言等の掲示物については、当院正面玄関エントラスの左右の壁、北玄関(救急入口)の正面掲示版、各外来窓口の受付正面の壁に掲示してあるが、指摘事項のとおり掲示物が A3 サイズであるため、文字サイズが小さく読みづらい状況が一部にある。また、掲示位置も比較的高い場所となっているため、近づいて読むことも難しいものもある。 患者向けお知らせ等が多数であることから、掲示場所の変更・増設などハード面の対応は困難であるが、「ポスターサイズで掲示物を作成し、パネルに入れて掲示する。」「掲示物のサイズ(文字)を大きくする。」「掲示物と同じ内容のチラシを作成し、患者さんが気軽に手に取って確認できるようにチラシを配置する。」などの工夫と掲示スペースの拡張による改善を検討し、患者視点に立った掲示に努める。	次年度以降対応
		2)	組織的な検討課題として安全確保に関する「患者の義務」についても明文化して、職員や病院利用者・市民への周知を図ること。	現在、「情報を提供する責務」「医療に協力する責務」を明記しているが、安全・安心で良好な医療を提供するためには、患者と良好な信頼関係を築くことが重要であり、そのためには患者の基本的な権利を尊重するとともに、患者に守ってもらわなければならない事項の明確化も必要である。今年度内に「患者の義務」の内容を検証し作成していく。	年度内完了
		3)	セカンド・オピニオンの保証に関しては、ホームページへの掲載だけでなく、積極的かつ具体的な方法により明示して利用者に周知すること。	セカンドオピニオンの申し出方法や、相談受付方法等について、ホームページへの掲載とともに案内文書を院内に掲示し、広く周知を図っていく。	年度内完了
		4)	同意書をとることを医師が看護師に委譲することがあり、実施手順を遵守していない医師が見られる。マニュアルの周知徹底を図ること。	内容の説明責任は医師にあるため、マニュアルの遵守を徹底する。今後は時代の流れから同意書の作成等、他職種への委譲可能な部分をガイドライン等で確認し、当院で許可するかの検討を行い、仕組みを作っていく。	次年度以降対応
	3. 患者サービス	1)	患者・家族の意見を聞く手段として投書箱が設置されて、定期的に回収され検討されているようであるが、意見がどのように質改善に活かされていくのかは表示されていない。また、投書箱が目立ちにくい場所に設置されているため、来院者が見やすく、書きやすい場所に設置すること。	患者からの意見等に対する改善に向けての対応手順等については文書化し、掲示していく。投票箱の設置位置は、平成 23 年度末、患者の目に付く位置であると考え現所在地へ変更したところであるが、利用状況を検証する中で再度検討する。	次年度以降対応
		2)	患者・家族の意見の尊重に関しては、モニター制度の導入などを検討されたい。	モニター制度の導入については、他院の状況なども調査する中で検討する。	次年度以降対応
		3)	一部外来で診療担当医師の表示が不明瞭〔大学名のみ〕などところが見受けられた。この点については医療サービスの責任の所在を明確にする意味において表示の必要がある。	一部の診療科において、外来を担当する非常勤医師が曜日異なることから「大学医師」との表示をしていたが、それぞれの氏名を表記するよう改善した。	完了
		4)	外来の待ち時間については、ランダムな数字が表示されており、患者が待ち時間を把握しにくい。患者サービスのための更なる努力が望まれる。	案内表示板の番号表示はあくまで受付されているのか、検査結果待ちなのかの表示であって呼ばれる順番ではない。検査結果や内容により呼び出しの順番は前後するので、次に呼ばれる患者の表示にとどめておかないと混雑が生じかねないので、現状の運用とする。	対応困難等

区分	番号	指摘・要望等の内容	考え方・対応等の状況	対応結果	
Ⅲ 部署別					
B. 外来フロア	3. 患者サービス	5)	患者・家族の相談では、相談室は相談専用室としてスペースが確保されることが望ましい。また、その相談対応者はコンフリクト・マネジメント等の研修を受けていないことから、人材養成に取り組む必要がある。	病院施設内の限りあるスペースを有効かつ効率的に活用する方途を検討しており、相談スペースについても、相談しやすい隔離された空間を確保できるよう努める。 相談対応者の人材養成として、平成 24 年度には「クレーム対応研修」「説明力向上研修」を各 1 名、平成 25 年度は「交渉力向上研修」を 1 名受講しているところであり、今後も各種の研修の受講を通して人材養成に取り組んでいく。	次年度以降対応
		6)	患者が使用中の薬について自己管理を促す方法として「お薬手帳」の活用が広がっているが、お薬手帳に関する掲示は見られない。	お薬手帳の活用について啓発するパンフレットを外来掲示板に表示した。	完了
		7)	外来全体に、医療機関として必要な患者向けの情報は、適切な大きさで見えやすい場所に表示すること。	院内掲示物については、患者視点に立った掲示に努める。(2. 患者の権利と安全確保 1)参照)	次年度以降対応
	4. その他	1)	外来化学療法室においては、医師のオーダー入力(16 時入力)が守られない実態がある。医師の指示が時間内に出せるための仕組みの構築とマニュアルの遵守が、業務の安全に繋がるので改善が望まれる。	時間内オーダーを原則としており、現在は 16 時入力を守られている。緊急なオーダー等で時間外となる場合については、医師が入力するとともに、連絡によって対応している。	完了
C. 血液浄化療法室	1. 5S(整理・整頓・清掃・清潔・躰あるいは習慣化)の観点	1)	倉庫内に物が重ねて置いてあり奥の物が取り出せない。翌日のダイライザー等の準備が雑然とされている。装置周辺の液だれ、複雑な配線が施されている状況が見られたので 5S の推進を望む。	倉庫内の整理整頓 5S に取り組む、期日の古いものから使用できるよう、また、取り出しやすい配置とする。透析室内についても 5S を徹底するとともに、透析後は透析装置周辺の整理と清掃を行っている。	完了
	2. 看護業務の観点	1)	血液浄化中の看護記録が記載されておらず、透析患者の看護計画の見直しがされていない。日々のアセスメントの充実に期待したい。	現在カンファレンスは行っているが、看護記録へ記載することが少ない状況である。今後は週 2 回(火・木)のカンファレンス時に、リーダーが中心となってプライマリー患者の看護計画の評価(追加・修正)を行い、カンファレンス内で意見交換した事も含め看護記録に残すこととし、カンファレンスの時間を有効に活用していく。	完了
		2)	看護スタッフのローテーションでは、業務の特殊性から配属期間が短くならないよう工夫されているが、経験年数が長くなることで改革や教育が遅れる事もあるので、今後の検討課題とすること。	透析室は専門性が求められるため、配属期間が長くなる傾向にあるが、配属年数を考慮し、ローテーションを実施している。 また、教育等については院内・外の研修に参加し、院内の動きや新情報を得る機会を作るとともに、業務改善等にも取り組んでいく。	完了
3. マニュアルについて	1) 薬剤の準備	①	1・3・6 に記載されている確認の方法が院内統一のダブルチェック法「二人の医療従事者が同じものをみて復唱し確認する」を指しているならば、それをこのマニュアルにも明記して、より具体的な(例：臨床工学技士と看護師の役割分担、また、6R 等)記載をしておくことよ。2 があることにより解釈しにくい。	確認方法を統一・明確化するため、「ダブルチェックの定義」を冒頭に追加改訂した。	完了

区分		番号	指摘・要望等の内容	考え方・対応等の状況	対応結果	
Ⅲ 部署別						
C. 血液 浄化療 法室	3. マニ ュアル につい て	2) 体外 循環	①	患者間違い、体重測定間違いが生じやすい場面(例:車椅子使用患者、認知症患者の場合等)及びその対策を明記すること。	マニュアルに、「体重測定時、体重計で測定可能な場合は、患者本人に氏名を名乗って頂き看護師が体重測定をする。臨床工学技士が患者氏名と測定値を透析システムに入力された事を確認する。又、患者本人が名乗れない場合や認知症の場合は、氏名をスタッフ同士でダブルチェックし体重測定する。 体重計で測定できない場合は、スケールベッドを用い患者氏名と体重をダブルチェックし回収セットに測定値を記載する。臨床工学技士が測定値を透析システムに入力し、体重測定したスタッフが透析装置の指示画面で確認する。」との具体的な対応方法を明記した。	完了
			②	5の回路の接続部分の確認については、透析中の抜針や回路接続はずれによる血液漏れが最も危険であることから、回路接続部の観察法や箇所、回路の固定方法などをより詳細にマニュアルに明記すること。	接続部分の確認について、「透析開始時、穿刺・接続・操作・確認・記録を2人(穿刺者・介助者)でダブルチェックする。」と明記した。 また、抜針予防として「①患者の皮膚に合ったテープを選択する。②体動が激しい患者には、十字固定、ループ固定等患者に合った固定を選択する。」と明記した。	完了
			③	11のダブルルーメンカテーテルの管理においては、通過不良、血栓の有無、抜け、押し込みがないかのチェックも必要である。	「脱血不良、血栓の有無、カテーテルの抜け、押し込みの有無の確認」を追加した。	完了
		3) 感染 防止	①	急な発熱時の患者からの連絡とその後の伝達ルートと対策を明記するとよい。	「急な発熱・下痢時には、来院前に血液浄化療法室に電話連絡してもらい、必要に応じ内科受診してもらい来室する。」と明記した。	完了
			②	隔離室が設置されているので対象となる疾患を整理して明記しておくこと。	「個室を隔離室として使用する疾患：インフルエンザ、ノロウイルス、MRSA等感染対策が必要な疾患」と明記した。	完了
			③	5にグローブの明記がない。	ゴーグル、マスク、エプロンに「グローブ」を追加した。	完了
			④	11にベッドおよびベッド周辺の清拭も明記すること。	透析終了後の清拭箇所を、透析装置外装と「ベッド周辺」に改訂した。	完了
	4)	装置故障時の対応ルートについて明記すること。	透析装置について、「装置故障時は、臨床工学技士が予備部品で修理する。臨床工学技師で対応出来ない場合は、メーカーに連絡し修理を依頼する。」と明記した。	完了		
	5)	回路組立、プライミングはどのタイミングで施行しているかの記載が望まれる。	体外循環について、「回路の組み立ては、キャップ等を確認し、前患者使用後に行う。プライミングは、透析開始前に行う。」と明記した。	完了		
	6)	輸血以外の薬剤(例：昇圧剤の持続投与、輸液等)投与に関する注意事項も記載しておく必要がある。	「昇圧剤等の輸液投与時は、①薬剤名と希釈方法をダブルチェックする。②シリンジポンプ・輸液ポンプの電源をダブルチェックする。③シリンジがシリンジポンプに確実にセットされているか、また、輸液セットが輸液ポンプに確実にセットされているか確認する。④回路と延長チューブの接続部が確実に接続されていることを確認する。⑤注入量、注入速度をダブルチェックする。⑥鉗子または、クレンメが外れていることを確認し、投与を開始する。⑦定期的に流量、残量、患者様の状態を確認する。」と明記した。	完了		

区分		番号	指摘・要望等の内容	考え方・対応等の状況	対応結果
Ⅲ 部署別					
C. 血液浄化療法室	3. マニュアルについて	7) マニュアルの記載内容についてのまとめ	透析室は常に看護師と臨床工学技士が協働するため、各々の役割分担がマニュアルから読み取れるよう明記しておく必要がある。さらに、透析室で発生しやすいインシデントをもとに、より詳細なマニュアルにされたい。抜針によるインシデントは、死亡事故に繋がる危険性を孕むので、その点に留意した事故防止対策が追記される必要がある。	血液浄化療法室の役割分担については、「看護師は使用薬剤の準備、患者観察を中心に行い、臨床工学技士は、使用機械の準備、使用機械監視を中心に行う。基本的には、各フロアの担当看護師、臨床工学技士がペアで処置やケアを行う。」と明記した。 抜針予防は「体外循環」に追加した。	完了
	4. その他	1)	看護師が主に使用している電子カルテシステムと臨床工学技士が主に使用している透析管理システムにデータの連携がない。したがって、患者情報が共有されにくくなっている。	透析管理システムが電子カルテと連動している部分が少ないため、データ等を把握するのに二度手間となり共有しにくい状況にある。現時点では、スタッフ全員が両方から情報を確認し、インシデントが発生しないよう注意している。透析システムの次回更新時には連動できるよう検討する。	次年度以降対応
D. 産科病棟	1. 安全対策の観点	1)	妊産婦には産科病棟独自の安全対策について、その都度説明しているということであるが、その内容は明文化されていない。リスク状況を分析し、妊産婦の特徴に合わせた事故対策について明文化し、日常のケアに生かすこと。	産科病棟独自の安全対策は、産科急変時の対応のフローチャートを2月に作成し、看護師室と分娩ホールに掲示した。出血時の対応マニュアルはスタッフ全員が携帯して活用している。また、異常児が出生した場合の小児科医師への報告内容を分娩ホールに掲示し活用している。 母児同室時の安全対策は、同室説明用紙に児の異常時の対応、児の連れ去り防止について明文化されており、母親に説明している。	完了
		2)	分娩時、医師はコール体制となっているが、緊急時の対応、安全な分娩を保障するためには院内待機が望ましい。	現在の医師勤務人数、体制では実現困難である。	対応困難等
		3)	緊急対策・災害対策は検討され周知もされているが、今後は災害発生を想定した訓練の実施が望まれる。	平成24年度は災害を想定した訓練を産科とNICU合同で年2回、5月と2月に実施した。今後も病棟内で年2回、計画的・継続的に訓練を実施する。	完了
	2. 組織・仕組みの観点	1)	正常・異常の判断に対応した相談体制のフロー図を作成し、そこに医師を加えるとよい。	医師を加えた相談体制のフロー図を2月に作成したので、看護室と分娩ホールに掲示し活用している。	完了
		2)	助産ケアの質の保証と質の向上については、助産ケアの質を評価する自己点検は行われていない。助産ケアの質保証のための取り組みは、新人対象には行われているが、経験者には行われていない。経験者に対してもクリニカル・ラダー制度を取り入れて、自己点検を促すことで質を保証していくことが望ましい。	助産師の助産ラダーを平成25年度中に作成し、平成26年度より導入する。導入までは、今までどおり病棟内の勉強会（事例検討含む）や山梨大学で開催される助産師外来研修(2~3年目対象)、院内助産研修(5年目以上対象)等で学習する。助産ケアの質の評価は、患者様アンケートや患者の分娩のふりかえり等を参考にして業務改善に努める。日本看護協会の助産実践能力習熟段階を参考にし、全国統一ラダーに沿った当院ラダーの構築に取り組んでいる。	次年度以降対応
E. NICU	1)	NICUにおける施設基準の中では、常時医師が治療室内に勤務していること、当直医は他病棟との兼任でないことが求められている。当院ではコール体制となっている時があることから、急変時や緊急時の対応として院内待機が望ましい。	現在当院では、新生児特定集中治療室管理料2を取得しており、「専任の医師が常時、当該保険医療機関内に勤務していて、なお当該医師のみで対応できない緊急時には別の医師が速やかに診療に参加できる体制を整えている。」という施設基準はクリアしている。 また、夜間もNICU専任として当直体制をとり、急変時や緊急時の対応として院内待機をしている。しかし、NICUの安全管理は、児の将来への影響も含め託されていることから、常に注意深く対応していきたい。	完了	

区分	番号	指摘・要望等の内容	考え方・対応等の状況	対応結果
Ⅲ 部署別				
E. NICU	2)	NICU は極めて感染のリスクの高い部署であるため、さらに CDC ガイドラインに添って、特に感染性体液には徹底した感染防止施策をとること。	NICU は極めて感染リスクの高い部署であるため、CDC ガイドラインに沿って標準予防策をはじめ感染経路別予防策を徹底実施する。 また、常に感染防止対策を再認識するためにも、感染管理認定看護師を活用し、定期的なチェック・指導を実施する。	年度内完了
	3)	注射部位をカルテに記載する際に皮膚の観察はより重要であることから、チェックリストなどを活用すること。	1 時間毎に点滴チェックしているが、点滴チェックリストを見直し、皮膚の観察項目を具体的に加えて活用している。	完了
	4)	TPN の薬剤管理は看護師が実施しているということだが、薬剤師との協働を勧めることが安全管理の観点からは望ましい。	TPN は、薬剤部でミキシングされ SPD により病棟に搬送されており、TPN の薬剤管理は看護師ではなく、薬剤師が実施している。また、小児・NICU カンファレンスには薬剤師も参加している。	完了
(委員)	1)	指摘において 5S 活動を活発化することが望ましいとあるが、具体的に 5S 活動を活発化するために組織的にどんな取り組みをするのかなどをもう少し入れた方が良くと思う。	平成 23 年から医療安全対策職員研修会 5S 活動の導入編を実施、全職員に向けて 5S 活動を推進し、平成 24 年度には実践編の研修と発表大会を行った。今年度も全部門で取り組めるよう 7 月に職員研修を実施し、11 月に発表大会を行う。病棟については、指摘事項を踏まえ 5S の視点を入れた「管理ラウンドチェック表」を作成し、7 月から毎日師長がラウンド時にチェックを行っている。	完了
	2)	「再検討する」など文言が非常に多く、具体的な内容は分からない。もう少し具体的に記載すること。	対応については期間を設定し計画的に進め、最終結果が分かるようにする。	年度内完了
	3)	患者の権利と安全の確保の中で組織的な検討課題として安全確保に関する「患者の義務」について、対応策としては、今後、「患者の義務」についての再検討を行うと記載してあるが、患者の義務を明示しないと、暴力的な患者などいろいろな人がいるので要求がかなり強くなってしまふ。これは早目に作らないといけないと思う。	(2. 患者の権利と安全確保 2)参照)	年度内完了
	4)	ダブルチェックの定義を冒頭に追加したとなっているが、ダブルチェックの定義が明確であれば良いが、ダブルチェックの方法も加える必要があると思う。 マニュアルの中に「参照する」「準用する」などあるが、準用するとの説明だけであると実際に使うときにあちこち見ないとならないこととなる。大事なことは定義を前文に載せるようにしないと使い勝手が悪く、マニュアルに忠実に従っていかうという人にとってはすぐに対応できないこととなる。 「準用」や「参照」というものはできるだけ少なくして、準用で終わらせないでむしろその内容を明記するようにしないとマニュアルを実行する人が難しいのではないかと思うので、留意していただきたい。	現在マニュアル見直し作業中のため、ダブルチェックの方法を追加する。 また、大事なことは定義を前文に載せることや、「準用」や「参照」というものはできるだけ少なくし、見やすく実行されやすいマニュアルに改訂する。マニュアルは形式の統一をするとともに、全ての章において同様に使用しやすいものへ改訂をするために見直しの方針、手順、作業日程を立て実施している。	年度内完了

市立甲府病院 医療安全体制等検証委員会
指摘等事項に対する対応状況一覧<病棟業務等>

【新旧対照表】

〔平成 25 年 10 月 1 日現在〕

区分	番号	指摘・要望等の内容	考え方・対応等の状況	
			旧	新
修正	医療安全管理体制 1	医療事故等の報告制度について 報告数が少なく問題点の把握に至っていない部署があるため、当該部署の医療安全対策委員を中心に報告書提出の必要性について職員の意識啓蒙を行うことが望ましい。	インシデント、アクシデントの報告がほとんどなかった部署からも、平成 24 年度は報告が出てくるようになった。 医療安全管理対策委員会委員による所属部署職員の意識啓蒙を行うとともに、医療安全対策職員研修(H25:10 回開催予定)や部門リスクマネージャーとの連携を通して職員への意識啓蒙も行っていく。 また、現在のインシデント管理システムは電子カルテとの連携がなく、データの報告はフロッピーディスクの持ち運びで行うなど利用しにくいことから、平成 25 年 10 月に「インシデント等管理システム」を更新することとし、職員が報告しやすい環境を整える。	インシデント、アクシデントの報告がほとんどなかった部署からも、平成 24 年度は報告が出てくるようになった。 <u>平成 25 年度 5 月以降は 100 ~120 件/月と前年度の倍に増加している。</u> 医療安全管理対策委員会委員による所属部署職員の意識啓蒙を行うとともに、医療安全対策職員研修(H25:10 回開催予定)や部門リスクマネージャーとの連携を通して職員への意識啓蒙も行っていく。 また、現在のインシデント管理システムは電子カルテとの連携がなく、データの報告はフロッピーディスクの持ち運びで行うなど利用しにくいことから、 <u>職員が報告しやすい環境を整えるため「インシデント等管理システム」の更新を検討し、平成 25 年 10 月 1 日に稼働する。</u>
修正	2	安全管理のための職員研修について 職員研修への参加者の少ない部門があるので、少なくとも法令に定められた研修は必ず受ける仕組みの構築が必要である。「医療安全推進週間」を職員及び市民の意識啓発に活用すること、リスクマネージャー養成研修(40 時間)への医師等の参加が望まれる。	今年度については、各部署における研修参加状況を厳しくチェックし、その都度規定に満たない職員名簿を所属長へ配布し、計画的に参加するよう促したが、若干未受講者がいたことから 3 月に補習を実施する。来年度は更に全職員が 2 回以上受講しやすくするため、研修回数を年 9 回から 10 回へ増やし、研修時間についても 90 分では集中力に欠けるとの意見から、60 分へ変更する等運営方法を見直した。「医療安全推進週間」を設けることや、職員及び市民の意識啓発に活用するために、院外向けホームページの開設を予定している。リスクマネージャー養成研修への医師等の参加については機会があれば予算を組み受講を検討する。	平成 24 年度については、各部署における研修参加状況を厳しくチェックし、その都度規定に満たない職員名簿を所属長へ配布し、計画的に参加するよう促したことで未受講者は若干名であった。 <u>未受講者は 3 月に補習を実施した。平成 25 年度は、更に全職員が 2 回以上受講しやすくするため、研修回数を年 9 回から 10 回へ増やし、研修時間についても 90 分では集中力に欠けるとの意見から、60 分へ変更する等運営方法を見直した。</u> 「医療安全推進週間」を設けることや、職員及び市民の意識啓発に活用するために、院外向けホームページの開設を予定している。 リスクマネージャー養成研修への医師等の参加については機会があれば予算を組み受講を検討する。

区分	番号	指摘・要望等の内容	考え方・対応等の状況	
			旧	新
修正	3	医療安全管理者(担当者)について 医療安全管理者の業務内容が多岐にわたりオーバーワークになっているため、より安全な体制作りのために人員増を図ることが望ましい。	医療安全管理室の業務内容は多岐に渡るため、1名では限界がある。より安全な体制作りのため、また後任のGRMを育成するためにも、人員増は必要なことから看護師1名の増員配置を予定している。	医療安全管理室の業務内容は多岐に渡るため、1名では限界がある。より安全な体制作りのため、人員増は必要なことから平成25年4月より看護師1名の増員配置を行った。今後は後任のGRMを育成するための配置や、看護職以外の職員配置も検討する。
修正	4	患者・医療者のパートナーシップについて 患者・医療者のパートナーシップについて安全管理指針には盛り込まれていない。そのための組織的な検討もなされていない。したがって、医療安全のために患者参画を実行するための資料もほとんど見られない。これらの点は、今後当院が医療安全の質向上を図るために取り組むべき課題である。	医療技術の高度化により更に患者・医療者間での信頼が重要であり、医療の安全性の確保や質向上のためにも、他施設の取組みを参考に検討する。風疹	医療技術の高度化により更に患者・医療者間での信頼が重要であり、医療の安全性の確保や質向上のためにも、他施設の取組みを参考に検討する。また、実際に実施している内容が明文化されていない点があるため、現在改訂中の医療事故防止マニュアルに記載する。
修正	5	説明と同意について 判断能力やコミュニケーション能力に障害のある人及びその代理人への説明手順等が見あたらない。高齢化の進展に備えて早急に対応を整備すること。 電子カルテシステムの帳票として独自の同意書を作成しているが、説明者のサインの欄がないものが見受けられたので、作成の基準等が必要である。	インフォームドコンセントが困難な場合において、困難なケースはどのような場合があるか、また、その代理人の任命をどのようにするかも含め、明文化する。 現在使用の同意書について、説明者のサイン欄がないものに関して確認した。サイン欄を設けていなかったのは、指摘された産科の輸血同意書のみであったが、文章内に「○○医師から説明を受け同意した」と説明した医師名が分かるようになっているため使用している。医療事故防止マニュアルでは、同意書(承諾書)を作成する際に含めなければならない4項目の義務付けはあるが、今後、院内各種の同意書について作成基準を検討していく。	インフォームドコンセントが困難な場合において、困難なケースはどのような場合があるか、また、その代理人の任命をどのようにするかも含め、明文化する。 現在使用の同意書について、説明者のサイン欄がないものに関して確認した。サイン欄を設けていなかったのは、指摘された産科の輸血同意書のみであったが、文章内に「○○医師から説明を受け同意した」と説明した医師名が分かるようになっているため使用している。 医療事故防止マニュアルでは、同意書(承諾書)を作成する際に含めなければならない4項目の義務付けはあるが、今後、院内各種の同意書について作成基準を検討し医療事故防止マニュアルを改訂する。

区分	番号	指摘・要望等の内容	考え方・対応等の状況	
			旧	新
修正	6	<p>ナースの労働環境において必要な安全保護について</p> <p>看護職員の配置にあたっては、経営効率と患者の安全のバランスが保たれるようにデータに基づいた判断に心掛けること。</p> <p>看護スタッフとその他の職種のリリーダーとの間の効果的なコミュニケーションが図れるための方策を検討すること。</p>	<p>看護師配置は、看護師配置基準に基づき実施している。その上で病床利用率や看護必要度を加味し傾斜配置を行い、必要時はリリーフ体制で対応している。今後も、安全性を考えた看護師配置に努める。</p> <p>また、看護スタッフとその他の職種のリーダーとのコミュニケーションについては、各部署ごとに関係する医療チームを交えたカンファレンスや勉強会の講師依頼をし、連携を図っている。しかし、看護スタッフと他職種のリーダーとのコミュニケーションの機会はあまりないことから、今後は、計画的に病棟会等に誘いスタッフと意見交換作りに努める。</p>	<p>看護師配置は、看護師配置基準に基づき実施している。その上で病床利用率や看護必要度、休暇取得状況、超過勤務状況等を加味し傾斜配置を行い、必要時はリリーフ体制で対応している。今後も、安全性を考えた看護師配置に努める。</p> <p>また、看護スタッフとその他の職種のリーダーとのコミュニケーションについては、各部署ごとに関係する医療チームを交えたカンファレンスや勉強会の講師依頼をし、連携を図っている。しかし、看護スタッフと他職種のリーダーとのコミュニケーションの機会はあまりないことから、今後は、計画的に病棟会等に誘いスタッフと意見交換作りに努める。</p>
修正	7	<p>医療安全上の改善策の策定～実施～実施状況の把握～見直しのサイクルが上手く回る仕組みづくりに努めること。</p>	<p>(医療安全管理室)</p> <p>医療安全上の改善策の策定・実施後は課題管理表を用いて実施の状況を把握し見直すことでPDCAサイクルを進められるようにする。</p>	<p>医療安全上の改善策の策定・実施後は課題管理表を用いて実施の状況を把握し見直すことでPDCAサイクルを進められるようにした。また、<u>重要なインシデント報告の改善実施後は、3カ月後に評価の提出を実施している。</u></p>
修正	病棟での医療機器安全管理体制 1	<p>モニターの時間がズれていたため、正確な時刻が合わせられる工夫を検討すること。</p>	<p>11月にMEセンターから各病棟看護師へ、モニターの時刻合わせ方法の説明と指導を順次行なった。12月より、毎月1日の「安全確認の日」に病棟で時刻を合わせることとした。今後は継続的な実施を促すために、各病棟で月1回の点検日を決め、チェックリストによる点検を行うこととする。また、GRMの院内巡視時や臨床工学技士の来棟時に点検状況の確認を行う。</p>	<p>平成24年11月にMEセンターから各病棟看護師へ、モニターの時刻合わせ方法の説明と指導を順次行なった。12月より、毎月1日の「安全確認の日」に病棟で時刻を合わせることとしたが、<u>継続的な実施を促すために、平成25年5月から各病棟で月1回の点検日を決め、チェックリストによる点検を行っている。また、実施の有無の確認は、師長が「管理ラウンドチェック表」により点検を行っている。</u></p>
修正	2	<p>輸液ポンプやシリンジポンプなど医療機器の日常点検はPDAシステムを使用しているが、端末の台数が少なく活用されていないので改善を要する。</p>	<p>当院では医療機器の日常点検はPDAシステムを活用していないが、日常点検について項目や実施時間等を決め、マニュアル化する。</p>	<p>医療機器の日常点検を、当院のPDAシステムで行うことは不可能であるため項目や実施時間等を決めチェックリストを作成した。平成25年5月から運用を開始し、医療機器管理マニュアルも改訂した。実施の有無の確認は、師長が「管理ラウンドチェック表」により点検を行っている。</p>

区分	番号	指摘・要望等の内容	考え方・対応等の状況	
			旧	新
修正	3	近年、人工呼吸器に関するインシデントが多い中、装置に日常点検表が添付されていない(看護記録と PDA 使用)。マニュアルにはチェック表があるが活用されていない。何を点検するか取り決めがなく、各人に任されている。臨床工学技士による呼吸器点検のラウンドも週 1 回程度なので、さらなる関わりを望む。	日常点検項目や実施時間等を決め、マニュアル化するとともに、臨床工学技士による呼吸器点検のラウンド回数を検討する。	日常点検項目や実施時間等を決定しチェックリストを作成した。平成 25 年 5 月から運用を開始し、医療機器管理マニュアルも改訂した。臨床工学技士による呼吸器点検は 1 回/週にラウンドを行っていたが、病棟訪室時にも点検し、点検時はチェックリストに臨床工学技士もサインをすることとした。実施の有無の確認は、師長が「管理ラウンドチェック表」により点検を行っている。
修正	部署別 5S の観点 1	<p>以下のような改善を要する実態が見られるため、5S活動を活発化することが望ましい。(4東・西、5東病棟の検証報告書を5S活動の参考にするとよい。)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ポータブルの針入れボックスが満タンで針が飛び出している。 ・配薬カートが傾き、引き出しが破損している。 ・ネプライザーが加湿器代わりに使用されている。 ・救急カートの上になんらかの物が置かれている。 ・救急カート内の物品配置が病棟によって異なる。 ・コードが床を這っている。 ・ベッド操作ハンドルがもとに戻されず出たままの状態になっている。 ・不要になった物が病棟のスペースを占領している。 ・床に物が置かれている。 ・棚の上が物置になっている。 ・包交車や水回りの汚れが目立つ。 ・冷蔵庫内に退院患者の物と思われる座薬・常備薬が入っている。 ・滅菌物がオープン棚に収納されている。 ・ペーパータオル入れボックスの上にペーパータオルが置いてある。 ・古い掲示物が貼られている。 	<p>指摘された 15 項目について各部署の状況を確認し、改善するとともに、5S 活動の参考となる部署の状況をも取り入れていった。</p> <p>なお、救急カート内の物品配置が病棟によって異なっているとの指摘については、「救急カート設置基準マニュアル」において、救急カート内の物品・薬品の配置は、内容と場所を統一(ただし、科の特殊性により一部異なる)することから、GRM の巡視によりマニュアル遵守状況の確認をするとともに、今回を機会にマニュアルを含め、物品配置等を全部署で統一できるように検討する。</p>	<p>指摘された 15 項目について各部署の状況を確認し、改善するとともに、5S 活動の参考となる部署の状況をも取り入れていった。また、「病棟管理ラウンドチェック表」を作成し、病室・ナースステーション・病棟全体をチェック表に基づいて定期的にラウンドを実施し、チェックしている。</p> <p>なお、救急カート内の物品配置が病棟によって異なっているとの指摘については、「救急カート設置基準マニュアル」において、救急カート内の物品・薬品の配置は、内容と場所を統一(ただし、科の特殊性により一部異なる)することから、全部署の救急カートについて、マニュアル遵守状況を確認した。その結果、薬品・物品配置や数がまちまちであったため、薬品・物品の定数見直しを行い、現在、上段には何も置かない事と、全部署で統一するための配置決定、姿置き実施のための作業を行っている。</p>

区分	番号	指摘・要望等の内容	考え方・対応等の状況	
			旧	新
修正	転倒・転落防止対策の観点 1	小児科では基準に則したアセスメントツールの活用が見られないので、改善すること。	転倒・転落事故防止マニュアル内にある「乳幼児の発達と起きやすい転倒・転落事故」を加味した小児用のアセスメントスコアシートを現在作成中である。作成後はアセスメントスコアシートを活用し、転倒転落の改善を図っていく。	当院の成人用転倒・転落アセスメントスコアシートを参考に、小児用のシートを作成した。危険度の高い患児には、転倒転落の看護計画を立案し試行中である。それに伴い転倒・転落の危険防止策を検討し、患者・家族の方へのパンフレットを具体的な内容に見直し中である。 今後、医療安全管理対策委員会の承認後、電子カルテの文書入力内の文書種別に追加し、活用していく予定である。
修正	病棟薬剤の観点 注射 1	注射の準備では、プリントアウトした注射処方箋を見ての確認作業が行われている。指示変更が繰り返される場合は、紙媒体に頼る方法だと新しい指示を見落とすことがないかと危惧される。電子カルテを活用した確認作業を検討する必要がある。	指示が最新のものが分かる仕組みは重要であるが、電子カルテを用いた準備・実施作業について、当院の電子カルテでは注射・点滴があることを、患者一人ひとりの画面を開かないと確認することができないため、作業手順の煩雑・所要時間延長が考えられる。また、パソコンを持ち込むスペースも狭隘であり困難な状況にある。 準備時と実施には PDA を用いているため、指示が中止や削除された場合は最終実行できない。ただし、中止・削除の入力を忘れた場合は認証できてしまうため、入力の徹底を図る。また、注射処方箋及び、ラベルに医師の指示コメント(流量、開始や終了時間など)が反映するよう入力の徹底も行う。 ラベル発行後に流量の変更があった場合は、ラベルに反映されないため、紙ベースの注射処方箋と合わせた確認が必要となる。ヒヤリハット報告では、紙ベースの注射処方箋による指示変更見落としの報告はなく、注射処方箋を持参しないことによる流量変更忘れの報告が多い状況にある。 指示変更後、新たな処方箋を出力した際、処方箋の放置や看護師に伝達されない場合も問題が発生する恐れがある。指示変更・中止時は必ず看護師に口頭伝達をすることになっているため「指示変更及び中止の伝達基準」のマニュアル遵守ができるよう徹底していく。以上に注意する中で、現状紙ベースの注射処方箋を用いている。	指示が最新のものが分かる仕組みは重要であるが、電子カルテを用いた準備・実施作業について、当院の電子カルテでは注射・点滴があることを、患者一人ひとりの画面を開かないと確認することができないため、作業手順の煩雑・所要時間延長が考えられる。また、パソコンを持ち込むスペースも狭隘であり困難な状況にある。 準備時と実施には PDA を用いているため、指示が中止や削除された場合は最終実行できない。ただし、中止・削除の入力を忘れた場合は認証できてしまうため、入力の徹底を図る。また、注射処方箋及び、ラベルに医師の指示コメント(流量、開始や終了時間など)が反映するよう入力の徹底も行う。 ラベル発行後に流量の変更があった場合は、ラベルに反映されないため、紙ベースの注射処方箋と合わせた確認が必要となる。ヒヤリハット報告では、紙ベースの注射処方箋による指示変更見落としの報告はなく、注射処方箋を持参しないことによる流量変更忘れの報告が多い状況にある。 指示変更後、新たな処方箋を出力した際、処方箋の放置や看護師に伝達されない場合も問題が発生する恐れがある。指示変更・中止時は必ず看護師に口頭伝達をすることになっているため「指示変更及び中止の伝達基準」のマニュアル遵守ができるよう徹底していく。現状では電子カルテを用いた確認は困難であることから、留意事項の徹底を図る中で、引き続き紙ベースの注射処方箋を用いることとした。

区分	番号	指摘・要望等の内容	考え方・対応等の状況	
			旧	新
修正	2	注射薬のダブルチェックの方法が病棟によって異なっている。マニュアル通りの方法で統一する必要がある。	マニュアルのダブルチェックの定義を再認識させるとともに、部門リスクマネージャーによる現場確認や、職員への指摘・指導を行うことで周知徹底を図っていく。また、院内ラウンド時も指導を行う。	マニュアルのダブルチェックの定義を再認識させるとともに、部門リスクマネージャーによる現場確認や、職員への指摘・指導を行うことで周知徹底を図っていく。平成25年6月～7月に全部署での注射・点滴実施場面の巡視を実施し指導を行った。今後も随時教育・指導を行っていく。
修正	3	ミキシングに使用した注射針をリキャップせずに、プラスチックトレイに入れておき、最後にまとめてメスキュードボックスに入れている。針刺しの危険性があるので、ミキシングに使用した注射針用のメスキュードボックスをテーブルに置くのと良いのではないか。	患者に使用しない針という認識でミキシング後はトレイにまとめ、最終的にメスキュードボックスに捨てている。注射器付きで廃棄するため、テーブルに乗せるメスキュードボックスではサイズが小さく逆に針等の飛び出しが危険であるため、ミキシング専用のメスキュードボックスの変更を行うこととし、現在、どのタイプのメスキュードボックスを採用するかを試行を行っている。	患者に使用しない針という認識でミキシング後はトレイにまとめ、最終的にメスキュードボックスに捨てている。注射器付きで廃棄するため、テーブルに乗せるメスキュードボックスではサイズが小さく逆に針等の飛び出しが危険であるため、ミキシング専用のメスキュードボックスの変更を行うこととし、平成25年3月からどのタイプのメスキュードボックスを採用するかを試行を行った。その結果を踏まえ、現在、全てのメスキュードボックス変更し使用している。
修正	4	ベッドサイドでの6Rightによる確認のうち、日付・経路について呼称確認がされていない病棟がある。	部門リスクマネージャーによる現場確認や、職員への指摘・指導を行うことで周知徹底を図っていく。また、院内ラウンド時も指導を行う。	部門リスクマネージャーによる現場確認や、職員への指摘・指導を行うことで周知徹底を図っていく。7月に看護部リスクマネジメント委員による院内ラウンドを実施し、指摘事項をチェックリストに載せ確認した。11月に再度ラウンドを行う予定である。また、全部署への注射・点滴実施場面の巡視を行なった際にも指導を行った。今後も随時教育を継続的に実施していく。
修正	5	混注した抗生剤のバイアルをミキシング直後に廃棄するため、ボトルの確認のみで実際の中身の確認はできていない。点滴終了までバイアルを残して置く必要がある。	現在の方法では、患者へ実施する際の点滴確認時に、ボトル内に指示された薬剤が入っているかの確認ができないため、ミキシング後はトレイの中に点滴ボトルと一緒に空バイアルを残して置き、患者のもとで実施直前の確認時に中身(空バイアル)も確認する。点滴終了まで患者のベッドサイドへ空バイアルを残しておくことは、別のリスクが発生することから、点滴直前にしっかり確認する手順を決め実施していく。	現在の方法では、患者へ実施する際の点滴確認時に、ボトル内に指示された薬剤が入っているかの確認ができないため、ミキシング後はトレイの中に点滴ボトルと一緒に空バイアルを残して置き、患者のもとで実施直前の確認時に中身(空バイアル)も確認する。点滴終了まで患者のベッドサイドへ空バイアルを残しておくことは、別のリスクが発生することから、点滴直前にしっかり確認する手順を決め実施していくこととし、マニュアルの見直しと、GRMにより実際の点滴ミキシング場面の巡視にて手順を確認し運用手順を決定した。平成25年9月の師長会で承認を受けたので、実施している。

区分	番号	指摘・要望等の内容	考え方・対応等の状況	
			旧	新
修正	6	患者確認の方法(患者にフルネームで名乗ってもらう)が遵守されていない病棟がある。	部門リスクマネージャーによる現場確認や、職員への指摘・指導を行うことで周知徹底を図っていく。また、院内ラウンド時も指導を行う。	部門リスクマネージャーによる現場確認や、職員への指摘・指導を行うことで周知徹底を図っていく。また、院内ラウンド時も指導を行う。 <u>今年度看護部リスクマネジメント委員会の患者誤認防止グループの活動として患者確認の徹底強化を図っている。</u>
修正	7	点滴の目的・薬効に関する説明を行っていない。マニュアル遵守の徹底が必要である。	現在は、初回時と変更時に説明しているが、今後は医師・薬剤師の協力を得ながら検討する。	現在は、初回時と変更時に説明しているが、 <u>今年度、マニュアルの見直し作業中であり</u> 医師・薬剤師の協力を得ながら検討する。
修正	内服・外用薬 4	中止薬は分別されているが、5 西病棟では5Sの観点から整理が必要である。	(番号 23 参照)	<u>(b. 内服・外用薬 2)参照</u>
修正	5	マニュアルでは、内服薬の配薬時に薬袋の氏名を見せて確認することになっているが、実施されていない病棟がある。	部門リスクマネージャーによる現場確認や、職員への指摘・指導を行うことで周知徹底を図っていく。また、院内ラウンド時も指導を行う。	部門リスクマネージャーによる現場確認や、職員への指摘・指導を行うことで周知徹底を図っていく。また、院内ラウンド時も指導を行う。 <u>今年度看護部リスクマネジメント委員会の誤薬防止グループの活動として、患者向けのポスターを作成し、配薬時に薬袋の氏名を見てもらうことの協力と、職員は実施の徹底を図っている。</u>
修正	6	マニュアルでは、麻薬と薬時は1患者1施行ごとに1トレイで病室に持って行くこととなっているが、トレイの未使用、簡易バッグの使用などが行われており、マニュアルが徹底されていない。	マニュアル遵守のために GRM による院内巡視を行い、「その時間に配薬する麻薬を薬袋ごとにトレイで患者のもとへ持参する」ことを確認し、遵守できていない病棟には指摘、指導を行った。その後1月に2回、確認のための巡視を行い指摘事項は改善されていた。今後も維持できるよう巡視等で指導を行う。	マニュアル遵守のために GRM による院内巡視を行い、「その時間に配薬する麻薬を薬袋ごとにトレイで患者のもとへ持参する」ことを確認し、遵守できていない病棟には指摘、指導を行った。その後1月に2回、確認のための巡視を行い指摘事項は改善されていた。 <u>現在誤薬防止マニュアルについても見直し作業中であり、今後も徹底できるように努める。</u>
修正	9	マニュアル「与薬過誤時の対応フロー」では、事故が起きた時、それぞれのスタッフは何をすることが患者の救命に繋がるかを考えて、それぞれの役割を明確にする必要がある。	どのような状態(ショックや呼吸抑制等)、どのタイミングで医師へコールするかの判断基準や、平日と時間外でどの医師にコールするのか等、具体的に数値や役割を示すようマニュアルを改訂する。	どのような状態(ショックや呼吸抑制等)、どのタイミングで医師へコールするかの判断基準や、平日と時間外でどの医師にコールするのか等、具体的に数値や役割を示すよう、 <u>現在マニュアル見直し作業中であり今年度中に改訂する。</u>
修正	その他の観点 1	身体拘束同意書に拘束を必要とするアセスメント、拘束方法、期間等の記載がないので、同意書の役割を果たしていると考えにくい。	身体抑制に関する説明・同意書には、抑制を必要とする理由(アセスメント)、抑制の方法、行動制限の時間帯及び解除の予定をチェック、または記入するようになっているため、記入漏れがないよう適正な運用を周知徹底する。	身体抑制に関する説明・同意書には、抑制を必要とする理由(アセスメント)、抑制の方法、行動制限の時間帯及び解除の予定をチェック、または記入するようになっているため、記入漏れがないよう適正な運用を周知徹底する。 <u>記録委員会、師長会においても日々の記録管理と職員周知を依頼した。</u>

区分	番号	指摘・要望等の内容	考え方・対応等の状況	
			旧	新
修正	2	輸血の受け取りを一人1患者とすること、同意書の確認をすることをマニュアルに加筆すること。	複数患者の輸血用血液の準備を同時に行わないことについては、マニュアル掲載してあったが、輸血の受け取りを一人1患者とすることについては実施しているもののマニュアルに未掲載であったことから、同意書の件と合わせてマニュアルを改訂する。	複数患者の輸血用血液の準備を同時に行わないことについては、マニュアル掲載してあったが、輸血の受け取りを一人1患者とすることについては実施しているもののマニュアルに未掲載であったことから、同意書の件と合わせてマニュアルを改訂中である。
修正	外来フロア 連携 1	紹介機関の診療機能について明確に表示されていない。地域に根ざした医療を推進するためにも患者目線で見ることの出来る紹介方法や体制の検討を望む。また、自院にない診療科の紹介も併せて提供できると医療連携に繋がると思われる。	今後、当院の登録医を中心に紹介医療機関の紹介方法や体制の検討を行う中で一層の医療連携を図って行く。	今後、当院の登録医を中心に紹介医療機関の紹介方法や体制の検討を行う中で一層の医療連携を図って行く。 <u>登録医リーフレットを作成し、院内に配置して地域の医療機関情報を案内するとともに、まずは「かかりつけ医」の利用を促し医療機関の役割分担について啓発する。</u>
修正	患者の権利と安全確保 1	院内掲示の方法として見やすい場所の選択、表示を大きくするなどの工夫をして、病院として明確に患者の権利を伝えること。	基本理念及び患者の権利に関する宣言等の掲示物については、当院正面玄関エントラスの左右の壁、北玄関(救急入口)の正面掲示板、各外来窓口の受付正面の壁に掲示してあるが、指摘事項のとおり掲示物がA3サイズであるため、文字サイズが小さく読みづらい状況が一部にある。また、掲示位置も比較的高い場所となっているため、近づいて読むことも難しいものもある。 患者向けお知らせ等が多数であることから、掲示場所の変更・増設などハード面の対応は困難であるが、「ポスターサイズで掲示物を作成し、パネルに入れて掲示する。」「掲示物のサイズ(文字)を大きくする。」「掲示物と同じ内容のチラシを作成し、患者さんが気軽に手に取って確認できるようにチラシを配置する。」など、工夫による改善を検討し、患者視点に立った掲示に努める。	基本理念及び患者の権利に関する宣言等の掲示物については、当院正面玄関エントラスの左右の壁、北玄関(救急入口)の正面掲示板、各外来窓口の受付正面の壁に掲示してあるが、指摘事項のとおり掲示物がA3サイズであるため、文字サイズが小さく読みづらい状況が一部にある。また、掲示位置も比較的高い場所となっているため、近づいて読むことも難しいものもある。 患者向けお知らせ等が多数であることから、掲示場所の変更・増設などハード面の対応は困難であるが、「ポスターサイズで掲示物を作成し、パネルに入れて掲示する。」「掲示物のサイズ(文字)を大きくする。」「掲示物と同じ内容のチラシを作成し、患者さんが気軽に手に取って確認できるようにチラシを配置する。」などの工夫と掲示スペースの拡張による改善を検討し、患者視点に立った掲示に努める。
修正	2	組織的な検討課題として安全確保に関する「患者の義務」についても明文化して、職員や病院利用者・市民への周知を図ること。	現在、「情報を提供する責務」「医療に協力する責務」を明記しているが、安全・安心で良好な医療を提供するためには、患者と良好な信頼関係を築くことが重要であり、そのためには患者の基本的な権利を尊重するとともに、患者に守ってもらうべき事項の明確化も必要である。今後、「患者の義務」の再検討を行う。	現在、「情報を提供する責務」「医療に協力する責務」を明記しているが、安全・安心で良好な医療を提供するためには、患者と良好な信頼関係を築くことが重要であり、そのためには患者の基本的な権利を尊重するとともに、患者に守ってもらうべき事項の明確化も必要である。 <u>今年度内に「患者の義務」の内容を検証し作成していく。</u>

区分	番号	指摘・要望等の内容	考え方・対応等の状況	
			旧	新
修正	3	セカンド・オピニオンの保証に関しては、ホームページへの掲載だけでなく、積極的かつ具体的な方法により明示して利用者に周知すること。	当院受診患者に対するセカンドオピニオンの申し出方法や、他院で受診している市民への当院でのセカンドオピニオンの相談受入方法等を再度確認するとともに、広く周知するための方法等を検討する。	セカンドオピニオンの申し出方法や、相談受入方法等について、ホームページへの掲載とともに案内文書を院内に掲示し、広く周知を図っていく。
修正	患者サービス 1	患者・家族の意見を聞く手段として投書箱が設置されて、定期的に回収され検討されているようであるが、意見がどのように質改善に活かされていくのかは表示されていない。また、投書箱が目立ちにくい場所に設置されているため、来院者が見やすく、書きやすい場所に設置すること。	患者からの意見等に対する改善に向けての対応手順等については文書化し、掲示していく。病棟の投票箱の設置位置は、昨年度の見直しで現在地へ変更したが、記載場所も含め、再検討する。また、投票箱の大きさや存在を知らせる掲示などについても検討する。	患者からの意見等に対する改善に向けての対応手順等については文書化し、掲示していく。投票箱の設置位置は、平成23年度末、患者の目に付く位置であると考え現在地へ変更したところであるが、利用状況を検証する中で再度検討する。
修正	4	外来の待ち時間については、ランダムな数字が表示されており、患者が待ち時間を把握しにくい。患者サービスのための更なる努力が望まれる。	現在は、各患者の受付番号が予約時間順に表示されており、予約外の患者についても、受付順に表示を行っている。受付番号は、当該診察日の予約を行った順に付されるため、現行システムでは受付番号と診察順番を合わせることは不可能であるが、待ち時間に関しては、患者サービスの向上を図るため、番号の表示方法などを引き続き検討する。	案内表示板の番号表示はあくまで受付されているのか、検査結果待ちなのかの表示であって呼ばれる順番ではない。検査結果や内容により呼び出しの順番は前後するので、次に呼ばれる患者の表示にとどめておかないとかえって混乱が生じかねないので、現状の運用とする。
修正	5	患者・家族の相談では、相談室は相談専用室としてスペースが確保されることが望ましい。また、その相談対応者はコンフリクト・マネジメント等の研修を受けていないことから、人材養成に取り組む必要がある。	病院施設内の限りあるスペースを有効かつ効果的に活用する方途を検討しており、相談スペースについても、相談しやすい隔離された空間を確保できるよう努める。 また、コンフリクト・マネジメント研修の受講済者の活用を検討するとともに、相談室職員の研修受講も検討していく。	病院施設内の限りあるスペースを有効かつ効果的に活用する方途を検討しており、相談スペースについても、相談しやすい隔離された空間を確保できるよう努める。 相談対応者の人材養成として、平成24年度には「クレーム対応研修」「説明力向上研修」を各1名、平成25年度は「交渉力向上研修」を1名受講しているところであり、今後も各種の研修の受講を通して人材養成に取り組んでいく。
修正	7	外来全体に、医療機関として必要な患者向けの情報は、適切な大きさで見えやすい場所に表示すること。	院内掲示物については、患者視点に立った掲示に努める。(番号34参照)	院内掲示物については、患者視点に立った掲示に努める。(2. 患者の権利と安全確保 1)参照)

区分	番号	指摘・要望等の内容	考え方・対応等の状況	
			旧	新
修正	その他 1	外来化学療法室においては、医師のオーダー入力(16時入力)が守られない実態がある。医師の指示が時間内に出せるための仕組みの構築とマニュアルの遵守が、業務の安全に繋がるので改善が望まれる。	時間内オーダーを原則としているが、緊急なオーダー等で時間外となる場合については、医師からの連絡によって対応している。	時間内オーダーを原則としており、現在は 16 時入力が守られている。緊急なオーダー等で時間外となる場合については、医師が入力するとともに、連絡によって対応している。
修正	産科病棟 安全対策の観点 2	分娩時、医師はコール体制となっているが、緊急時の対応、安全な分娩を保障するためには院内待機が望ましい。	今後医師を含め病院として検討する。	現在の医師勤務人数、体制では実現困難である。
修正	3	緊急対策・災害対策は検討され周知もされているが、今後は災害発生を想定した訓練の実施が望まれる。	今年度は災害を想定した訓練を産科と NICU 合同で年 2 回、5 月と 2 月に実施した。今後も病棟内で年 2 回、計画的に訓練をしていきたい。	平成 24 年度は災害を想定した訓練を産科と NICU 合同で年 2 回、5 月と 2 月に実施した。今後も病棟内で年 2 回、計画的・継続的に訓練を実施する。
修正	組織・仕組みの観点 2	助産ケアの質の保証と質の向上については、助産ケアの質を評価する自己点検は行われていない。助産ケアの質保証のための取り組みは、新人対象には行われているが、経験者には行われていない。経験者に対してもクリニカル・ラダー制度を取り入れて、自己点検を促すことで質を保証していくことが望ましい。	助産師の助産ラダーを平成 25 年度中に作成し、平成 26 年度より導入する。導入までは、今までどおり病棟内の勉強会（事例検討含む）や山梨大学で開催される助産師外来研修(2～3 年目対象)、院内助産研修（5 年目以上対象）等で学習する。助産ケアの質の評価は、患者様アンケートや患者の分娩のふりかえり等を参考にして業務改善に努める。	助産師の助産ラダーを平成 25 年度中に作成し、平成 26 年度より導入する。導入までは、今までどおり病棟内の勉強会（事例検討含む）や山梨大学で開催される助産師外来研修(2～3 年目対象)、院内助産研修（5 年目以上対象）等で学習する。助産ケアの質の評価は、患者様アンケートや患者の分娩のふりかえり等を参考にして業務改善に努める。日本看護協会の助産実践能力習熟段階を参考にし、全国統一ラダーに沿った当院ラダーの構築に取り組んでいる。
追加	1	指摘において 5S 活動を活発化することが望ましいとあるが、具体的に 5S 活動を活発化するために組織的にどんな取り組みをするのかなどをもう少し入れた方がよいと思う。	—	平成 23 年から医療安全対策職員研修会 5S 活動の導入編を実施、全職員に向けて 5S 活動を推進し、平成 24 年度には実践編の研修と発表大会を行った。今年度も全部門で取り組めるよう 7 月に職員研修を実施し、11 月に発表大会を行う。病棟については、指摘事項を踏まえ 5S の視点を入れた「管理ラウンドチェック表」を作成し、7 月から毎日師長がラウンド時にチェックを行っている。

区分	番号	指摘・要望等の内容	考え方・対応等の状況	
			旧	新
追加	2	「再検討する」など文言が非常に多く、具体的な内容は分からない。もう少し具体的に記載すること。	—	<u>対応については期間を設定し計画的に進め、最終結果が分かるようにする。</u>
追加	3	患者の権利と安全の確保の中で組織的な検討課題として安全確保に関する「患者の義務」について、対応策としては、今後、「患者の義務」についての再検討を行うと記載してあるが、患者の義務を明示しないと、暴力的な患者などいろいろな人がいるので要求がかなり強くなってしまふ。これは早目に作らないといけないと思う。	—	<u>(2. 患者の権利と安全確保 2)参照)</u>
追加	4	ダブルチェックの定義を冒頭に追加したとなっているが、ダブルチェックの定義が明確であれば良いが、ダブルチェックの方法も加える必要があると思う。 マニュアルの中に「参照する」「準用する」などあるが、準用するとの説明だけであると実際に使うときにあちこち見ないとならないこととなる。大事なことは定義を前文に載せるようにしないと使い勝手が悪く、マニュアルに忠実に従っていかうという人にとってはすぐに対応できないこととなる。 「準用」や「参照」というものはできるだけ少なくして、準用で終わらせないでむしろその内容を明記するようにしないとマニュアルを実行する人が難しいのではないかと思うので、留意していただきたい。	—	<u>現在マニュアル見直し作業中のため、ダブルチェックの方法を追加する。 また、大事なことは定義を前文に載せることや、「準用」や「参照」というものはできるだけ少なくし、見やすく実行されやすいマニュアルに改訂する。マニュアルは形式の統一をするとともに、全ての章において同様に使用しやすいものへ改訂をするために見直しの方針、手順、作業日程を立て実施している。</u>

市立甲府病院
医療安全体制等検証委員会
委員長殿

平成 24 年 11 月 28 日
山梨県立大学看護学部・看護学研究科教授
山梨医療安全研究会会長
松下由美子

市立甲府病院看護部門関係業務に関する安全体制の検証結果報告書

検証方法

看護部および看護部が所管する部署について、チェックシートおよびヒアリングによる現場視察（当該のマニュアル検討を含む）を行った。なお、看護部へのヒアリング内容には、医療安全管理体制に関する検証を含めた。

視察評価者

松下由美子・笠井英美・藤森玲子・小林美雪・杉本君代・望月富士穂・石井仁士
一瀬明信・帯金秀行（山梨医療安全研究会）

調査日： 平成 24 年 10 月 23 日

調査結果

ジェネラル・リスクマネジャーを専従で配置し、医療安全体制確立ための努力を日々積んでいることを確認した。その一方、今後取り組むべき課題も見られたので、以下の項目別に調査結果を報告する。なお、指摘事項には医療安全から若干離れた内容も含まれるが、指摘内容の質改善に努めることが医療安全の推進に繋がると考えられるため、あえて掲載した。

- I. 医療安全管理体制
- II. 病棟での医療機器安全管理体制
- III. 部署別医療安全管理体制
 - A. 病棟
 - B. 外来フロアー
 - C. 血液浄化療法室
 - D. 産科病棟
 - E. N I C U

I. 医療安全管理体制

1. 医療事故等の報告制度について

報告数が少なく問題点の把握に至っていない部署があるため、当該部署の医療安全対策委員会を中心に報告書提出の必要性について職員の意識啓蒙を行うことが望ましい。

2. 安全管理のための職員研修について

職員研修への参加者の少ない部門があるので、少なくとも法令に定められた研修は必ず受ける仕組みの構築が必要である。「医療安全推進週間」を職員及び市民の意識啓発に活用すること、リスクマネジャー養成研修（40時間）への医師等の参加が望まれる。

3. 医療安全管理者（担当者）について

医療安全管理者の業務内容が多岐にわたりオーバーワークになっているため、より安全な体制作りのために人員増を図ることが望ましい。

4. 患者・医療者のパートナーシップについて

患者・医療者のパートナーシップについて安全管理指針には盛り込まれていない。そのため組織的な検討もなされていない。したがって、医療安全のために患者参画を実行するための資料もほとんど見られない。これらの点は、今後当院が医療安全の質向上を図るために取り組むべき課題である。

5. 説明と同意について

判断能力やコミュニケーション能力に障害のある人及びその代理人への説明手順等が見あたらない。高齢化の進展に備えて早急に対応を整備すること。

電子カルテシステムの帳票として独自の同意書を作成しているが、説明者のサインの欄がないものが見受けられたので、作成の基準等が必要である。

6. ナースの労働環境において必要な安全保護について

看護職員の配置にあたっては、経営効率と患者の安全のバランスが保たれるようにデータに基づいた判断に心掛けること。

看護スタッフとその他の職種のリダーとの間の効果的なコミュニケーションが図れるための方策を検討すること。

7. 医療安全上の改善策の策定～実施～実施状況の把握～見直しのサイクルが上手く廻る仕組みづくりに努めること。

II. 病棟での医療機器安全管理体制

1. モニターの時間がズレていたため、正確な時刻が合わせられる工夫を検討すること。
2. 輸液ポンプやシリンジポンプなど医療機器の日常点検は PDA システムを使用しているが、端末の台数が少なく活用されていないので改善を要する。
3. 近年、人工呼吸器に関するインシデントが多い中、装置に日常点検表が添付されていない（看護記録と PDA 使用）。マニュアルにはチェック表があるが活用されていない。何を点検するかの取り決めがなく、各人に任されている。臨床工学技士による呼吸器点検のラウンドも週 1 回程度なので、さらなる関わりを望む。
4. モニター類、人工呼吸器、ポータブルトイレ、メスキュードボックス等が同じ場所に保管されている。5 S 及び感染予防の観点からも好ましくないため、改善が必要である。

III. 部署別

A. 病棟（全体的な傾向が似ているため、まとめて記述する）

1. 5 S の観点

以下のような改善を要する実態が見られるため、5 S 活動を活発化することが望ましい。（4 東・西、5 東病棟の検証報告書を 5 S 活動の参考にするとよい。）

ポータブルの針入れボックスが満タんで針が飛び出している。配薬カートが傾き、引き出しが破損している。ネブライザーが加湿器代わりに使用されている。救急カートの上にもろい物が置かれている。救急カート内の物品配置が病棟によって異なる。コードが床を這っている。ベッド操作用ハンドルがもとに戻されず出たままの状態になっている。不要になった物が病棟のスペースを占領している。床に物が置かれている。棚の上が物置になっている。包交車や水回りの汚れが目立つ。冷蔵庫内に退院患者の物と思われる座薬・常備薬が入っている。滅菌物がオープン棚に収納されている。ペーパータオル入れボックスの上にペーパータオルが置いてある。古い掲示物が貼られている。

2. 転倒転落防止対策の観点

- 1) 小児科では基準に則したアセスメントツールの活用が見られないので、改善すること。
- 2) 点滴台が 4 本足の物はバランスが悪く、点滴をしながらトイレ歩行をする場合など転倒の危険性がある。また、患者が保持するハンドルがないと歩行時の安定性が保てない。安全性の高い点滴台の導入を望む。

3. 薬剤の観点

a. 注射

- 1) 注射の準備では、プリントアウトした注射処方箋を見ての確認作業が行われている。指示変更が繰り返される場合は、紙媒体に頼る方法だと新しい指示を見落とすことがないかと危惧される。電子カルテを活用した確認作業を検討する必要がある。
- 2) 注射薬のダブルチェックの方法が病棟によって異なっている。マニュアル通りの方法で統一する必要がある。
- 3) ミキシングに使用した注射針をリキャップせずに、プラスチックトレイに入れておき、最後にまとめてメスキュードボックスに入れている。針刺しの危険性があるので、ミキシングに使用した注射針用のメスキュードボックスをテーブルに置くと良いのではないか。
- 4) ベッドサイドでの6 Rightによる確認のうち、日付・経路について呼称確認がされていない病棟がある。
- 5) 混注した抗生剤のバイアルをミキシング直後に廃棄するため、ボトルの確認のみで実際の中身の確認はできていない。点滴終了までバイアルを残して置く必要がある。
- 6) 患者確認の方法(患者にフルネームで名乗ってもらう)が遵守されていない病棟がある。
- 7) 点滴の目的・薬効に関する説明を行っていない。マニュアル遵守の徹底が必要である。
- 8) 点滴液のラベルの注射時間が手書きとなっており、転記ミスなどのエラーが発生する可能性がある。システムの改良について検討が望まれる。

b. 内服・外用薬

- 1) 病棟常備薬は、病棟に払い出された時点から使用期限が不明になりやすいため、棚卸時期などで交換することが望ましい。
- 2) 5階西病棟では、内服の廃棄薬ボックスがあるため、数週間不要薬剤が病棟に放置されている。このボックスでの回収頻度について検討が必要である。
- 3) 口頭指示書がクリアファイルにまとめて保管されている病棟がある。後日の確認が簡潔に行えるような対応が望ましい。
- 4) 中止薬は分別されているが、5西病棟では5Sの観点から整理が必要である。
- 5) マニュアルでは、内服薬の配薬時に薬袋の氏名を見せて確認することになっているが、実施されていない病棟がある。
- 6) マニュアルでは、麻薬と薬時は1患者1施行ごとに1トレイで病室に持って行くこととなっているが、トレイの未使用、簡易バッグの使用などが行われており、マニュアルが徹底されていない。
- 7) 麻薬の内服が確実に行われたかの確認方法の検討が必要である。
- 8) 「医薬品安全使用のための業務手順書」では、マスキュラックスは救急カートで施錠保管することになっているが、実際には他の薬剤と一緒に施錠管理されている。マニユア

ルと実際の管理に乖離があるので、他の基準（医療評価機構など）との関係や実務上の安全性を考慮し、院内管理の統一およびマニュアルとの整合性をはかること。

- 9) マニュアル「与薬過誤時の対応フロー」では、事故が起きた時、それぞれのスタッフが何をするのが患者の救命に繋がるかを考えて、それぞれの役割を明確にする必要がある。

4. その他の観点

- 1) 身体拘束同意書に拘束を必要とするアセスメント、拘束方法、期間等の記載がないので、同意書の役割を果たしていると考えにくい。
- 2) 輸血の受け取りを一人1患者とすること、同意書の確認をすることをマニュアルに加筆すること。

B. 外来フロー

1. 連携

紹介機関の診療機能について明確に表示されていない。地域に根ざした医療を推進するためにも患者目線で見ることの出来る紹介方法や体制の検討を望む。また、自院にない診療科の紹介も併せて提供できると医療連携に繋がると思われる。

2. 患者の権利と安全確保

- 1) 院内掲示の方法として見やすい場所の選択、表示を大きくするなどの工夫をして、病院として明確に患者の権利を伝えること。
- 2) 組織的な検討課題として安全確保に関する「患者の義務」についても明文化して、職員や病院利用者・市民への周知を図ること。
- 3) セカンド・オピニオンの保証に関しては、ホームページへの掲載だけでなく、積極的かつ具体的な方法により明示して利用者に周知すること。
- 4) 同意書をとることを医師が看護師に委譲することがあり、実施手順を遵守していない医師が見られる。マニュアルの周知徹底を図ること。

3. 患者サービス

- 1) 患者・家族の意見を聞く手段として投書箱が設置されて、定期的に回収され検討されているようであるが、意見がどのように質改善に活かされていくのかは表示されていない。また、投書箱が目立ちにくい場所に設置されているため、来院者が見やすく、書きやすい場所に設置すること。
- 2) 患者・家族の意見の尊重に関しては、モニター制度の導入などを検討されたい。
- 3) 一部外来で診療担当医師の表示が不明瞭〔大学名のみ〕などところが見受けられた。この

点については医療サービスの責任の所在を明確にする意味において表示の必要がある。

- 4) 外来の待ち時間については、ランダムな数字が表示されており、患者が待ち時間を把握しにくい。患者サービスのための更なる努力が望まれる。
- 5) 患者・家族の相談では、相談室は相談専用室としてスペースが確保されることが望ましい。また、その相談対応者はコンフリクト・マネジメント等の研修を受けていないことから、人材養成に取り組む必要がある。
- 6) 患者が使用中の薬について自己管理を促す方法として「お薬手帳」の活用が広がっているが、お薬手帳に関する掲示は見られない。
- 7) 外来全体に、医療機関として必要な患者向けの情報は、適切な大きさで見やすい場所に表示すること。

4. その他

外来化学療法室においては、医師のオーダー入力（16時入力）が守られない実態がある。医師の指示が時間内に出せるための仕組みの構築とマニュアルの遵守が、業務の安全に繋がるので改善が望まれる。

C. 血液浄化療法室

1. 5S（整理・整頓・清掃・清潔・躰あるいは習慣化）の観点

- 1) 倉庫内に物が重ねて置いてあり奥の物が取り出せない。翌日のダイアライザー等の準備が雑然とされている。装置周辺の液だれ、複雑な配線が施されている状況が見られたので5Sの推進を望む。

2. 看護業務の観点

- 1) 血液浄化中の看護記録が記載されておらず、透析患者の看護計画の見直しがされていない。日々のアセスメントの充実に期待したい。
- 2) 看護スタッフのローテーションでは、業務の特殊性から配属期間が短くならないよう工夫されているが、経験年数が長くなることで改革や教育が遅れる事もあるので、今後の検討課題とすること。

3. マニュアルについて

1) 薬剤の準備

- ① 1・3・6に記載されている確認の方法が院内統一のダブルチェック法「二人の医療従事者が同じものをみて復唱し確認する」を指しているならば、それをこのマニュアルにも明記して、より具体的な（例：臨床工学技士と看護師の役割分担、また、6R等）記載をしておくことよ。2があることにより解釈しにくい。

2) 体外循環

- ① 患者間違い、体重測定間違いが生じやすい場面（例：車椅子使用患者、認知症患者の場合等）及びその対策を明記すること。
- ② 5の回路の接続部分の確認については、透析中の抜針や回路接続はずれによる血液漏れが最も危険であることから、回路接続部の観察法や箇所、回路の固定方法などをより詳細にマニュアルに明記すること。
- ③ 11のダブルルーメンカテーテルの管理においては、通過不良、血栓の有無、抜け、押し込みがないかのチェックも必要である。

3) 感染防止

- ① 急な発熱時の患者からの連絡とその後の伝達ルートと対策を明記するとよい。
 - ② 隔離室が設置されているので対象となる疾患を整理して明記しておくこと。
 - ③ 5にグローブの明記がない。
 - ④ 11にベッドおよびベッド周辺の清拭も明記すること。
- 4) 装置故障時の対応ルートについて明記すること。
 - 5) 回路組立、プライミングはどのタイミングで施行しているかの記載が望まれる。
 - 6) 輸血以外の薬剤（例：昇圧剤の持続投与、輸液等）投与に関する注意事項も記載しておく必要がある。

7) マニュアルの記載内容についてのまとめ

透析室は常に看護師と臨床工学技士が協働するため、各々の役割分担がマニュアルから読み取れるよう明記しておく必要がある。さらに、透析室で発生しやすいインシデントをもとに、より詳細なマニュアルにされたい。抜針によるインシデントは、死亡事故に繋がる危険性を孕むので、その点に留意した事故防止対策が追記される必要がある。

4. その他

- 1) 看護師が主に使用している電子カルテシステムと臨床工学技士が主に使用している透析管理システムにデータの連携がない。したがって、患者情報が共有されにくくなっている。

D. 産科病棟

1. 安全対策の観点

- 1) 妊産婦には産科病棟独自の安全対策について、その都度説明しているということであるが、その内容は明文化されていない。リスク状況を分析し、妊産婦の特徴に合わせた事故対策について明文化し、日常のケアに生かすこと。
- 2) 分娩時、医師はコール体制となっているが、緊急時の対応、安全な分娩を保障するためには院内待機が望ましい。

- 3) 緊急対策・災害対策は検討され周知もされているが、今後は災害発生を想定した訓練の実施が望まれる。

2. 組織・仕組みの観点

- 1) 正常・異常の判断に対応した相談体制のフロー図を作成し、そこに医師を加えるとよい。
- 2) 助産ケアの質の保証と質の向上については、助産ケアの質を評価する自己点検は行われていない。助産ケアの質保証のための取り組みは、新人対象には行われているが、経験者には行われていない。経験者に対してもクリニカル・ラダー制度を取り入れて、自己点検を促すことで質を保証していくことが望ましい。

E. NICU

- 1) NICU における施設基準の中では、常時医師が治療室内に勤務していること、当直医は他病棟との兼任でないことが求められている。当院ではコール体制となっていることから、急変時や緊急時の対応として院内待機が望ましい。
- 2) NICU は極めて感染のリスクの高い部署であるため、さらに CDC ガイドラインに添って、特に感染性体液には徹底した感染防止施策をとること。
- 3) 注射部位をカルテに記載する際に皮膚の観察はより重要であることから、チェックリストなどを活用すること。
- 4) TPN の薬剤管理は看護師が実施しているということだが、薬剤師との協働を勧めることが安全管理の観点からは望ましい。