

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 報告書

平成 25 年 11 月

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 報告書

- 1 報告にあたって
- 2 指摘等事項に対する対応結果
 - 1) 医療事故防止マニュアル（総論）
 - 2) 放射線関係業務
 - 3) 薬剤関係業務
 - 4) 手術室業務
 - 5) 病棟業務等
 - 6) 感染対策
 - 7) 生理・検体等検査関係業務
- 3 医療安全体制等検証委員会 会議録
- 4 医療安全体制等検証委員会に係わる活動実績
- 5 委員名簿
- 6 市立甲府病院医療安全体制等検証委員会設置要綱

報告にあたって

武田委員長をはじめ委員の皆様並びに調査チームの皆様には、公私ともに大変お忙しい中を、市立甲府病院の医療安全体制の再構築に向けたご検証をいただき、心から御礼申し上げます。

当院の RI 検査において、日本核医学会の推奨投与量を超えて放射性医薬品を使用した問題につきましては、患者様とそのご家族をはじめ、関係各位に多大なご迷惑とご心配をおかけしているところでございます。

この RI 検査問題を契機として、改めて市立甲府病院の医療安全体制の再構築と、職員一人ひとりの危機管理意識の醸成をはかるとともに、失われた医療の信頼を回復するため、各般にわたる外部専門家により客観的な視点で、実効性のある厳しい評価・検証を受けることとして、医療安全体制等検証委員会を平成 24 年 7 月 17 日に発足したところであります。

第 1 回目の「医療事故防止マニュアルの総論」にはじまり、「放射線関係業務」「薬剤関係業務」「手術室業務」「病棟等業務」「感染対策」「生理・検体等検査関係業務」の 7 分野を通じ、医療安全の多岐にわたり詳細な検証をいただいております。

RI 検査問題を把握して以降、私どもも再発防止に向けて課題への対応や体制の再構築を図ってまいりましたが、検証委員会からのご指摘により改めて多くのことに気付かされました。

ご指摘・ご要望いただきました事項につきましては、迅速かつ的確な改善等に取り組んでまいり、全 308 項目に対して、既に対応を完了しているものが 195 項目(63.3%)となっております。人的・経費的な理由により対応が困難となるものを除く残り 108 項目につきましては、予算措置を要するなどの課題がありますが、できる限り早期に実現するよう努めてまいります。

ここに、改めて全ての指摘事項等に対する市立甲府病院としての対応状況を取りまとめましたので、委員の皆様方に報告させていただきます。

結びに、大変お忙しい中であって多大なるご協力を賜りました委員の皆様方に、重ねて感謝申し上げますとともに、安心・安全な医療の確立に努め患者様の信頼を確固たるものとするために、全ての病院職員が医療安全への意識を更に高め、日々の業務の中で実践していくことをお約束させていただきます。

平成 25 年 11 月

市立甲府病院

院長 小澤 克良

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

| 検証対象 | 計 | 完了 | 年度内完了 | 次年度以降 対応 | 対応困難等 |
|-------------------------|-----------------|----------------|---------------|---------------|-------------|
| 医療事故防止 マニュアル (総論) | 14 (100.0%) | 4 (28.6%) | 9 (64.3%) | 1 (7.1%) | 0 (0.0%) |
| 放射線関係業務 | 37 (100.0%) | 27 (73.0%) | 7 (18.9%) | 2 (5.4%) | 1 (2.7%) |
| 薬剤関係業務 | 12 (100.0%) | 4 (33.3%) | 4 (33.3%) | 3 (25.0%) | 1 (8.4%) |
| 手術室業務 | 99 (100.0%) | 84 (84.8%) | 7 (7.1%) | 8 (8.1%) | 0 (0.0%) |
| 病棟業務等 | 75 (100.0%) | 47 (62.7%) | 17 (22.7%) | 8 (10.6%) | 3 (4.0%) |
| 感染対策 | 57 (100.0%) | 22 (38.6%) | 28 (49.1%) | 7 (12.3%) | 0 (0.0%) |
| 生理・検体等検査 関係業務 | 14 (100.0%) | 7 (50.0%) | 3 (21.4%) | 4 (28.6%) | 0 (0.0%) |
| 合計 | 308 (100.0%) | 195 (63.3%) | 75 (24.4%) | 33 (10.7%) | 5 (1.6%) |

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
＜医療事故防止マニュアル（総論）＞

（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 |
|----|----|-------|---------|-------|
| 14 | 4 | 9 | 1 | 0 |

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<医療事故防止マニュアル（総論）>

〔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 |
|------------------|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| (委員) 医療安全管理体制 | 1 | 医療安全管理部門の中に統括リスクマネージャーがおり、その下に部門リスクマネージャーがいて、その全体の会議としてリスクマネージャー会議を定期的に行い、職員に周知していくという基本的な形である。 リスクマネージャー会議と看護部リスクマネジメント委員会をどのように有機的につなげていくかが重要であり、どのように考えているか。 | リスクマネージャー会議と看護部リスクマネジメント委員会は同日開催していることで、看護部リスクマネジメント委員会での取組み内容などの情報伝達や、部門間で協議が必要な事項の検討などリスクマネージャー会議へ繋げている。 | 完了 |
| | 2 | 医療事故防止マニュアル 26 ページに市立甲府病院医療安全管理体制図があるが、院長の下位にある統括医療安全管理者と医療安全管理部門との関係性、指示命令や連携などの関係性が、この組織図ではわかりづらく、また、14 ページにある医療安全管理室の構成の表記とも矛盾しているのではないかと思う。 医療安全管理体制図が現実に則しているのか、機能的なのかという点で疑問を持った。 医療安全管理部門との関係性も良くわからないところである。もう少しわかりやすい表記があるのではないか。 看護部のリスクマネジメント委員会と医療安全管理室を上手く実質的に機能させ、院長から直轄的に統括できるようなシステムの組織がやりやすいのではないかと思う。ただし、病院によって事情は違うので一概には言えない。 ただちに体制を変えるようにとのことではないが、体制図が非常にわかりづらいこともあるので、病院として一番機能しやすい形が良いと思う。(2と3を統合) | 医療安全管理室は、医療安全管理対策委員会で決定された方針に基づき組織横断的に院内の医療安全管理を担っている。また、医療安全管理対策委員会の委員長は統括医療安全管理者であり、院内の医療安全管理の統括責任者であることから、指示命令や報告の連携をとり機能している。現在進めているマニュアル改訂作業の中で、関係性が分かりやすい表記への修正を検討している。 | 年度内完了 |
| | 3 | 医療安全管理の組織的な取り組みという観点から考えると、医療安全管理対策委員会はどんな活動をしているのか、活動内容を見えるようにする必要があると思う。 医療安全管理室は、何を業務として行っているのか見えない状況である。 開催していることはわかるが、実際にどのような活動をしているのか、そこでの成果とかを市民にわかるような形にしていくと、職員も自分たちの行っていることが実感できるし、市民の方々も自分たちの病院が行っている安全活動を理解できることとなるので、外部への発信を行っていった方がよいと思う。(3と4を統合) | 院内に対しては、医療安全管理対策委員会における重要な取り決めや、ヒヤリハット報告の検討内容がわかるよう院内ホームページに議事内容録を掲載し、幅広く職員へ広報する。 また、院外への情報発信については、病院ホームページへの掲載を計画しているが、マニュアルの全面改訂を最優先に進めていることから、来年度内に掲載内容や掲載方法を決めていく。 | 次年度以降対応 |

| 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 |
|------------------|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| (委員) ヒヤリハット情報 | 4 | 医療スタッフの中では看護師が一番人数が多く、患者さんとの接点も一番多いことから、ヒヤリハットの報告も一番多い部門である。このため看護部では独立した活動がされている。 病院全体のリスクマネジメントの活動にどのように反映されてくるのかが重要な課題である。 | 院内の医療安全活動の中心的役割を担っているのは看護師であり、その活動も活発に行われていることから、引き続き看護部の活動を核としてリスクマネージャー会議等を通じて他部門職員への意識啓発に努めて広めていく。また、各部門で医療安全活動が円滑に行えるよう支援を行っていき、ヒヤリハット報告件数の少ない部門の活動を活発化していく中で、院内全体のヒヤリハット報告を増やしていく。 | 年度内完了 |
| | 5 | ヒヤリハット情報は、市立甲府病院ではレベル0ないしはレベル1としており、件数479件はますます多くなっていると思う。あらかじめたくさん報告しておくことが重大な事例を防ぐこととなるので、できればもっと増やして欲しい。 ヒヤリハット報告は、どこの病院でも同様に看護師が一番多く、ドクターが少ないが、ドクターの比率をできれば上げて欲しい。 また、複数の部門で同時に報告することも望ましいので件数を増やして欲しい。 | 平成24年度のヒヤリハット報告は684件で、前年度より205件増加した。月平均報告数も39件から50件に増加し、更に平成25年度5月以降は100～120件/月と増加している。医師の報告も全体の3%から5%となり前年より2ポイント増加した。 また、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」をオンライン化し平成25年10月1日より稼働している。導入を機会に職員の意識の向上を図り報告件数の増加に努めていく。 なお、平成23年度から1事例に対する複数の同時報告を1報告として集計してきたが、新システム稼働までにカウント方法等の運用見直しを行う。 | 年度内完了 |
| | 6 | ヒヤリハットが多数あがってきた場合は、統括リスクマネージャーが1人で全部処理をするのか。24時間関係なく報告が出てくるし、処理も紙ベースで行うということであれば、非常に大変な手間が掛かると思う。 大量の報告があがってきて、それを1人で把握するのは大変なことと思う。複数のリスクマネージャーがローテーションで仕事をするなどのシステムを構築した方が軽減されると思う。 | 平成25年4月から医療安全管理室に看護師1名を増員した。 また、10月1日稼働予定のインシデント等管理システムのオンライン化により、作業効率の改善を期待している。 | 年度内完了 |
| | 7 | 平成23年度医療安全に係わる課題の改善状況について、処理状況が完了ということで完結したことと思うが、医療安全というのは、転倒転落事故など同じようなことが繰り返し起こると思う。取り組んで終了ということではなく、取り組んだことが実行され続けるような継続的なPDCAサイクルが回る仕組みづくりをどのように考えているか。 職員が参加して、活動につながった方が良いと思うので、活動報告会なども講習会と同様に点数制により行った方が、職員もやる気が出て、効果につながっていくと思う。 ワークショップ形式を研修に取り入れることがマニュアルに記載され、取り組まれているので、職員の医療安全に対する姿勢は見えるが、研修会の振り返りや次の評価を行うなど循環する形になればよいと思う。 様々な取り組みを行っていると思うが、目標がどのように達成され次年度の目標につながっていくかなどの継続的な取り組みが必要と思う。 | 医療安全上の改善策の策定及び実施については、課題管理表を作成し、PDCAを確認できるようにした。 リスクマネージャー会議で毎月担当部門が行っている活動報告を、全体の職員研修会に取り入れ職員のモチベーションを上げていく。 職員研修の実施後にアンケート調査を行っており、研修内容を評価し次回や次年度に活かしている。 医療安全管理室の業務目標は、年度末の評価に基づき、新年度の目標を設定している。 | 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 |
|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| (委員) | ヒヤリハット情報 | 8 オカランス報告の手順を見ると、事故が起こった場合には出来るだけ早く報告書を作成することとなっているが、期限を区切らないと報告が出てこないのではないか。 | 10月1日からのインシデント等管理システム稼働から、即時報告後の内容入力には「48時間以内」とした。 | 完了 |
| | | 9 報告の方法については、電子カルテ上に搭載されたシステムで行った方が、フロッピーディスクで移動するよりは、労力も安全性も向上すると思う。 現在、厚生労働省関係から様々なソフトが出ているので、それらを活用した方が簡単ではないかと思う。 | 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新たな「インシデント等管理システム」を平成25年10月1日に稼働した。 | 完了 |
| | マニュアル | 10 医療事故防止マニュアルについても、各分野で精粗がある。 例えば小児科を見ると、総論として小児の医療事故の特徴が数点整理されており、その次に医療事故を防止するための基本原則が明記されていることから非常にわかりやすく、また、担当する職員も基本的な方向を認識しながら各論へ入っていける形となっている。 その他いくつかの部門も同じような形式をとっているが、残念ながらなっていないところもある。 放射線科は、いきなり造影はどうするのかなどが記載され、わかりづらい形となっている。 時間をかけてでも整理・統一化を図り、各部門で特徴・基本はどこにあるかなどを明記することが必要であると思う。この整理を行うことで、いかに詳細な項目が多数あったとしても、マニュアルを理解することが出来るのではないかと思うので、是非お願いしたい。 | 医療事故防止マニュアルについては、指摘された内容を見直すこととした。 | 年度内完了 |
| | 11 市立甲府病院医療安全管理対策委員会要綱の第2条の任務の中に、「ニアミス」「医療ミス」「医療事故」「医療紛争」などの用語が記載されている。また、医療事故レベルの判断基準には「アクシデント」と「インシデント」という言葉が使われているが、同じマニュアルの中で様々な用語が使われている箇所が多数あることから、基本的な用語の統一も行っていったほうが良いと思う。また、附表がいくつか掲載されているが、マニュアルのどこに基づく附表なのか記載がないことから、読み取っていくしかないこととなる。 マニュアル全体の整理が必要であると思う。インシデントなども定義があるので、最初に用語統一をし、マニュアルの中の用語を一致させていくということは、当然必要であると思う。用語統一など直すべき点は、継続的に蓄積させ修正し、わかりやすいマニュアルにして欲しいと思う。 | 現在進めている医療事故防止マニュアルの全面改訂の中で、統一していく。 | 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 | |
|------|-------|-----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| (委員) | マニュアル | 12 | マニュアル全体に誤字やわかりづらい部分があるので改めてチェックして欲しい。 | 現在進めている医療事故防止マニュアルの全面改訂の中で、統一していく。 | 年度内完了 |
| | | 13 | <p>頻繁に改正され、しかも膨大なマニュアルが、どのように職員に受け入れられ、受け入れられるよう促しているのかが問題である。</p> <p>改正し、担当部署へ周知した場合、職員一人ひとりが音読する必要があると思う。</p> <p>特に、修正した箇所は重要であり、数年前にマニュアルは勉強したから大丈夫という感覚であってはならない。</p> | <p>医療事故防止マニュアルの改訂や変更箇所は、医療安全管理対策委員会・管理会議での承認後、リスクマネージャー等を通じて周知を行っている。大幅な変更や追加のマニュアルに対しては、医療安全対策職員研修会で説明、周知を図るようにしている。</p> <p>また、職員一人ひとりが改訂内容等を十分理解し実践することが重要であることから、部門内ミーティング等で伝達研修を行うなど一人ひとりの理解度の向上につながる取り組みを促していく。</p> | 年度内完了 |
| | その他 | 14 | <p>医療安全に関する基本的な考え方の中に、患者参加、患者の協力を得て、一緒に患者を守っていくという考え方を基本に据えておいた方がよいと思う。</p> <p>マニュアルにも記載されているが、患者の意識も一緒に高めていったほうが良いのではないかと思う。</p> | 現在進めている医療事故防止マニュアルの全面改訂の中で、見直しを行う。 | 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<医療事故防止マニュアル（総論）>
 【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 |
| 追加 | 医療安全管理体制 1 | 医療安全管理部門の中に統括リスクマネージャーがおり、その下に部門リスクマネージャーがいて、その全体の会議としてリスクマネージャー会議を定期的に行い、職員に周知していくという基本的な形である。 リスクマネージャー会議と看護部リスクマネジメント委員会をどのように有機的につなげていくかが重要であり、どのように考えているか。 | — | <u>リスクマネージャー会議と看護部リスクマネジメント委員会は同日開催していることで、看護部リスクマネジメント委員会での取組み内容などの情報伝達や、部門間で協議が必要な事項の検討などリスクマネージャー会議へ繋げている。</u> |
| 追加 | 2 | 医療事故防止マニュアル 26 ページに市立甲府病院医療安全管理体制図があるが、院長の下位にある統括医療安全管理者と医療安全管理部門との関係性、指示命令や連携などの関係性が、この組織図ではわかりづらく、また、14 ページにある医療安全管理室の構成の表記とも矛盾しているのではないかと思う。 医療安全管理体制図が現実に則しているのか、機能的なのかという点で疑問を持った。 医療安全管理部門との関係性も良くわからないところである。もう少しわかりやすい表記があるのではないか。 | — | <u>医療安全管理室は、医療安全管理対策委員会で決定された方針に基づき組織横断的に院内の医療安全管理を担っている。また、医療安全管理対策委員会の委員長は統括医療安全管理者であり、院内の医療安全管理の統括責任者であることから、指示命令や報告の連携をとり機能している。現在進めているマニュアル改訂作業の中で、関係性が分かりやすい表記への修正を検討している。</u> |
| 追加 | 3 | 看護部のリスクマネジメント委員会と医療安全管理室を上手く実質的に機能させ、院長から直轄的に統括できるようなシステムの組織がやりやすいのではないかと思う。ただし、病院によって事情は違うので一概には言えない。 ただちに体制を変えるようにとのことではないが、体制図が非常に分かりづらいこともあるので、病院として一番機能しやすい形が良いと思う。 | — | <u>(上記 2 へ統合)</u> |
| 追加 | 4 | 医療安全管理の組織的な取り組みという観点から考えると、医療安全管理対策委員会はどんな活動をしているのか、活動内容を見えるようにする必要があると思う。 | — | <u>院内に対しては、医療安全管理対策委員会における重要な取り決めや、ヒヤリハット報告の検討内容がわかるよう院内ホームページに議事内容録を掲載し、幅広く職員へ広報する。</u> <u>また、院外への情報発信については、病院ホームページへの掲載を計画しているが、マニュアルの全面改訂定を最優先に進めていることから、来年度内に掲載内容や掲載方法をは決めていく。</u> |

| 区分 | 番号 | 指摘・要望等の内容 | 考え方・対応等の状況 | |
|----|---------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | | 旧 | 新 |
| 追加 | 5 | <p>医療安全管理室は、何を業務として行っているのか見えない状況である。</p> <p>開催していることはわかるが、実際にどのような活動をしているのか、そこでの成果とかを市民にわかるような形にしていくと、職員も自分たちの行っていることが実感できるし、市民の方々も自分たちの病院が行っている安全活動を理解できることとなるので、外部への発信を行っていった方がよいと思う。</p> | — | (上記4へ統合) |
| 追加 | ヒヤリハット情報 1 | <p>医療スタッフの中では看護師が一番人数が多く、患者さんとの接点も一番多いことから、ヒヤリハットの報告も一番多い部門である。このため看護部では独立した活動がされている。</p> <p>病院全体のリスクマネジメントの活動にどのように反映されてくるのが重要な課題である。</p> | — | <p>院内の医療安全活動の中心的役割を担っているのは看護師であり、その活動も活発に行われていることから、引き続き看護部の活動を核としてリスクマネージャー会議等を通じて他部門職員への意識啓発に努めて広めていく。また、各部門で医療安全活動が円滑に行えるよう支援を行っていき、ヒヤリハット報告件数の少ない部門の活動を活発化していく中で、院内全体のヒヤリハット報告を増やしていく。</p> |
| 追加 | 2 | <p>ヒヤリハット情報は、この病院ではレベル0ないしはレベル1としており、件数479件はますますな数であると思う。あらかじめたくさん報告しておくことが重大な事例を防ぐこととなるので、できればもっと増やして欲しい。</p> <p>ヒヤリハット報告は、どこの病院でも同様に看護師が一番多く、ドクターが少ないが、ドクターの比率をできれば上げて欲しい。</p> <p>また、複数の部門で同時に報告することも望ましいので件数を増やして欲しい。</p> | — | <p>平成24年度のヒヤリハット報告は684件で、前年度より205件増加した。月平均報告数も39件から50件に増加し、更に平成25年度5月以降は100~120件/月と増加している。医師の報告も全体の3%から5%となり前年より2ポイント増加した。</p> <p>また、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」をオンライン化し平成25年10月1日より稼働している。導入を機会に職員の意識の向上を図り報告件数の増加に努めていく。</p> <p>なお、平成23年度から1事例に対する複数の同時報告を1報告として集計してきたが、新システム稼働までにカウント方法等の運用見直しを行う。</p> |
| 追加 | 3 | <p>ヒヤリハットが多数あがってきた場合は、統括リスクマネージャーが1人で全部処理をするのか。24時間関係なく報告が出てくるし、処理も紙ベースで行うということであれば、非常に大変な手間が掛かると思う。</p> <p>大量の報告があがってきて、それを1人で把握するのは大変なことと思う。複数のリスクマネージャーがローテーションで仕事をするなどシステムを構築した方が軽減されると思う。</p> | — | <p>平成25年4月から医療安全管理室に看護師1名を増員した。</p> <p>また、10月1日稼働予定のインシデント等管理システムのオンライン化により、作業効率の改善を期待している。</p> |

| 区分 | 番号 | 指摘・要望等の内容 | 考え方・対応等の状況 | |
|----|------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | | 旧 | 新 |
| 追加 | 4 | <p>平成 23 年度医療安全に係わる課題の改善状況について、処理状況が完了ということで完結したと思うが、医療安全というのは、例転倒転落事故など同じようなことが繰り返し起こると思う。取り組んで終了ということではなく、取り組んだことが実行され続けるような継続的な PDCA サイクルが回る仕組みづくりをどのように考えているか。</p> <p>職員が参加して、活動につながった方が良いと思うので、活動報告会なども講習会と同様に点数制により行った方が、職員もやる気が出て、効果につながっていくと思う。</p> <p>ワークショップ形式を研修に取り入れることがマニュアルに記載され、取り組まれているので、職員の医療安全に対する姿勢は見えるが、研修会の振り返りや次の評価を行うなど循環する形になればよいと思う。</p> <p>様々な取り組みを行っていると思うが、目標がどのように達成され次年度の目標につながっていくかなどの継続的な取り組みが必要と思う。</p> | — | <p><u>医療安全上の改善策の策定及び実施については、課題管理表を作成し、PDCA を確認できるようにした。</u></p> <p><u>リスクマネージャー会議で毎月担当部門が行っている活動報告を、全体の職員研修会に取り入れ職員のモチベーションを上げていく。</u></p> <p><u>職員研修の実施後にアンケート調査を行っており、研修内容を評価し次回や次年度に活かしている。</u></p> <p><u>医療安全管理室の業務目標は、年度末の評価に基づき、新年度の目標を設定している。</u></p> |
| 追加 | 5 | <p>オカランス報告の手順を見ると、事故が起こった場合には出来るだけ早く報告書を作成することとなっているが、期限を区切らないと報告が出てこないのではないか。</p> | — | <p><u>10月1日からのインシデント等管理システム稼働から、即時報告後の内容入力「48時間以内」とした。</u></p> |
| 追加 | 6 | <p>報告の方法については、電子カルテ上に搭載されたシステムで行った方が、フロッピーディスクで移動するよりは、労力も安全性も向上すると思う。</p> <p>現在、厚生労働省関係から様々なソフトが出ているので、それらを活用した方が簡単ではないかと思う。</p> | — | <p><u>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新たな「インシデント等管理システム」を平成 25 年 10 月 1 日に稼働した。</u></p> |
| 追加 | マニュアル 1 | <p>医療事故防止マニュアルについても、各分野で精粗がある。</p> <p>例えば小児科を見ると、総論として小児の医療事故の特徴が数点整理されており、その次に医療事故を防止するための基本原則が明記されていることから非常にわかりやすく、また、担当する職員も基本的な方向を認識しながら各論へ入っていける形となっている。</p> <p>その他いくつかの部門も同じような形式をとっているが、残念ながらないところもある。</p> <p>放射線科は、いきなり造影はどうするのかなどが記載され、わかりづらい形となっている。</p> <p>時間をかけてでも整理・統一化を図り、各部門で特徴・基本はどこにあるかなどを明記することが必要であると思う。この整理を行うことで、いかに詳細な項目が多数あったとしても、マニュアルを理解することが出来るのではないかと思うので、是非お願いしたい。</p> | — | <p><u>医療事故防止マニュアルについては、指摘された内容を見直すこととした。</u></p> |

| 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 | <p>市立甲府病院医療安全管理対策委員会要綱の第2条の任務の中に、「ニアミス」「医療ミス」「医療事故」「医療紛争」などの用語が記載されている。また、医療事故レベルの判断基準には「アクシデント」と「インシデント」という言葉が使われているが、同じマニュアルの中で様々な用語が使われている箇所が多数あることから、基本的な用語の統一も行っていったほうが良いと思う。また、附表がいくつか掲載されているが、マニュアルのどこに基づく附表なのか記載がないことから、読み取っていくしかないこととなる。</p> <p>マニュアル全体の整理が必要であると思う。インシデントなども定義があるので、最初に用語統一をし、マニュアルの中の用語を一致させていくということは、当然必要であると思う。用語統一など直すべき点は、継続的に蓄積させ修正し、わかりやすいマニュアルにして欲しいと思う。</p> | — | <p>現在進めている医療事故防止マニュアルの全面改訂の中で、統一していく。</p> |
| 追加 | 3 | <p>マニュアル全体に誤字やわかりづらい部分があるので改めてチェックして欲しい。</p> | — | <p>現在進めている医療事故防止マニュアルの全面改訂の中で、統一していく。</p> |
| 追加 | 4 | <p>頻りに改正され、しかも膨大なマニュアルが、どのように職員に受け入れられ、受け入れられるよう促しているのかが問題である。</p> <p>改正し、担当部署へ周知した場合、職員一人ひとりが音読する必要があると思う。</p> <p>特に、修正した箇所は重要であり、数年前にマニュアルは勉強したから大丈夫という感覚であってはならない。</p> | — | <p>医療事故防止マニュアルの改訂や変更箇所は、医療安全管理対策委員会・管理会議での承認後、リスクマネージャー等を通じて周知を行っている。大幅な変更や追加のマニュアルに対しては、医療安全対策職員研修会で説明、周知を図るようにしている。</p> <p>また、職員一人ひとりが改訂内容等を十分理解し実践することが重要であることから、部門内ミーティング等で伝達研修を行うなど一人ひとりの理解度の向上につながる取り組みを促していく。</p> |
| 追加 | その他 1 | <p>医療安全に関する基本的な考え方の中に、患者参加、患者の協力を得て、一緒に患者を守っていくという考え方を基本に据えておいた方がよいと思う。</p> <p>マニュアルにも記載されているが、患者の意識も一緒に高めていったほうが良いのではないかと思う。</p> | — | <p>現在進めている医療事故防止マニュアルの全面改訂の中で、見直しを行う。</p> |

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
＜放射線関係業務＞

(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 |
|----|----|-------|---------|-------|
| 37 | 27 | 7 | 2 | 1 |

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<放射線関係業務>

[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 |
|---------|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| 総括 | 1 | マニュアル内容については、部門毎で作成されたためか、文章の体裁や使用される語句に一貫性が見られなかった。これらを統一することが望ましいと考える。 | 各マニュアルをチェックし統一した。 | 完了 |
| | 2 | 専門用語、略語に関する説明が不十分である記載が散見された。部内で用いられるのみでは問題が無いとは思われるが、病院として承認するには十分な記載が望ましい。 | 説明が不十分な用語・略語をわかりやすい表記に改訂した。 | 完了 |
| 核医学部門 | 3 | RI マニュアル P11 の「成人投与量」の表に、I-123-IMP の投与量が記載されていない。 | マニュアル作成後に検査が可能となったので、111MBq（負荷検査では111MBq×2）と記載した。 | 完了 |
| | 4 | 「成人投与量」の表で、Tc-99m-ECD 投与量が 600MBq×2 となっていたが、負荷検査の際の倍量投与はやや多いと思われる。最近 400MBq の規格が発売されたので、400MBq×2 にしてはどうかと思われる。 | 400 MBq が出たのは 7 月頃で、当院では 9 月の薬事委員会で承認され、平成 24 年 10 月 1 日より使用している。 | 完了 |
| 核医学部門 | 5 | RI 投与がすべて看護師の仕事に分担されているということで、看護師の負担が大きいのではないかとと思われる。 | 平成 25 年 4 月から看護師 1 名を増員した。 | 完了 |
| | 6 | 今後、ジェネレーターを使う予定がないのであれば、薬剤師は調剤のどこに関わるのか、疑問に思われる。 | シリンジ製剤の発注・納入が正確に行われているか、投与記録簿の通りに適正に放射性医薬品が使用されたかの確認、月々のシリンジの使用本数、使用薬剤等の把握(年間も)などの業務を行っており、今後もこの業務は必要である。 | 完了 |
| | 7 | 文書や帳簿類が多すぎて、かえってミスが起きないのか、やや疑問に思われる。 | 安全・安心な核医学検査を遂行するためには必要な書類と考えている。 | 完了 |
| 放射線診断部門 | 8 | 中央放射線室運営マニュアルに従い用語の統一が望まれる。 例1；患者、被験者、患者さま、被検者。 例2；医療情報システム、RIS 画面、RIS、オーダーリングシステム、放射線部門システム(RIS)、コンソール。 | 統一した用語に改訂した。 例1；「患者」 例2；「放射線部門システム(RIS)」 | 完了 |
| | 9 | 放射線部事故防止マニュアルの一般撮影事故防止マニュアル中、以下用語に間違いがある。 ×IP プレート → ○IP、imaging plate、もしくはイメージングプレート(P.2) | 統一した用語に改訂した。 「イメージングプレート(IP)」 | 完了 |
| | 10 | 2-1 乳腺撮影事故防止マニュアル中のアンケートの綴じ込みは有用であるが、運用理由・方法をマニュアルに記載すると明確になると思われる。 | 「撮影前に、撮影時と読影時に患者の状況把握を認識するために患者にアンケートにご協力頂くようお願いする」を追加した。 | 完了 |
| | 11 | CT検査事故防止マニュアル“2-4 患者の確認”“撮影患者の取り違いは事故・事例の大きな原因の一つ”の記載については、“取り違い”は“すでに事故”と認識されるので、誤解されない記述が望まれる。 | 2-4、2 行目、「撮影患者の取り違いは、事故・事例の大きな原因の一つ」を「撮影患者の確認は念入りに行い」に修正した。 | 完了 |
| | 12 | CT 検査事故防止マニュアル 4-3-1 4) 造影前に>検査開始時に、等へ変更が望まれる。 | 4-3-1、10 行目「造影前に」を「検査開始前に」にした。 | 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 | |
|---------|-------|-----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| 放射線診断部門 | マニュアル | 13 | 造影剤使用承諾書、同意書の用語統一あるいは2部あれば併記が望まれる。 | 造影剤使用同意書の用語の統一を行った。 | 完了 |
| | | 14 | MRI 検査事故防止マニュアル P33 4 患者撮影⑧、⑨には造影剤投与は医師、看護師が行う記載があるが、次章の5 自動注入器を用いた撮像タイミングと造影剤注入タイミングと分けた記述は、技師が行う介助として理解するには記述順序が曖昧と受け取れるので再考が望まれる。 | 放射線検査業務看護師マニュアルに移行し、MRI 検査事故防止マニュアルから削除した。 | 完了 |
| | | 15 | MRI 検査事故防止マニュアル P35 7 各種水準管理モードへの対応の b.RF (ア) の記述は dB/dt についてなのか？必要なければ削除でも良いと思われる。 | (ア)の記述は、指摘の通りであり削除した。 | 完了 |
| | | 16 | 造影剤マニュアル(MRI)P38については、製剤名、製剤容量は表形式に整理した記載が望まれる。 | 放射線検査業務マニュアルに移行し削除した。 | 完了 |
| | | 17 | 造影剤マニュアル(MRI)P38の12行目 0.2の後に“(ml/kg)を投与”等の記述が望まれる。 | 放射線検査業務マニュアルに移行し削除した。 | 完了 |
| | | 18 | 造影剤マニュアル(MRI)P38の17行目 (50kg未満は5ml、50kg以上10ml)の記述はエビデンスが不明である。削除あるいは”部内取決め”等の記載が必要と思われる。 ※投与については、”添付文書に基づき投与量を決める”等の記載があれば良いと思われる。 | 放射線検査業務マニュアルに移行し削除した。 | 完了 |
| | | 19 | 誤植等 放射線部事故防止マニュアル(総論)P1の5行目 入院患>入院患者、数か所、句点なし。 | 修正した。 | 完了 |
| | | 20 | 誤植等 放射線部事故防止マニュアル(総論)P15、10行目、16行目 看護師>看護師。 | 修正した。 | 完了 |
| | | 21 | 誤植等 放射線部事故防止マニュアル(総論)P32、13行目等 ディバイス>デバイス。 p37、句点が数か所不足。 | 修正した。 | 完了 |
| | | 22 | 誤植等 放射線部事故防止マニュアル(総論)P37、句点が数か所不足。 | 修正した。 | 完了 |
| 放射線診断部門 | 訪問調査 | 23 | 過去の記録で時系列順が曖昧な綴じ方の記録も一部に見られる。 | 各モダリティの記録(始業・終業点検記録等)を整理した。 | 完了 |
| | | 24 | 3-4 乳児胸部X線撮影、撮影条件について 画質を考慮し、散乱X線除去用グリッドを使用し、皮膚入射線量を低減出来る高圧条件を使用とのことであった。 従来からはグリッドなしでの低圧撮影も線量軽減として行われている。最近のデジタル画像処理条件も含み、診療科とも画質のコンセンサスが必要ではあるが、時期を見て検討してはどうか。 | 当院としては、グリッドを使用した撮影方法を行ってきており、被ばく線量はガイドラインを超えるものではないが、デジタル画像処理条件やモニター診断を考慮し、診療科と画像についてコンセンサスを検討していく。 | 次年度以降対応 |

| 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 |
|---------|-------|-----------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| 放射線診断部門 | 訪問調査 | 25 | 血管造影室の操作室はほぼ適切なレイアウトと思われるが、バイタルモニターの情報が入射室内からわかりづらいように思われる。 | 撮影時には、バイタルモニターを操作室側に向けて、常に患者のバイタルが把握できるようにした。 | 完了 |
| | | 26 | CT、MRIの造影剤注射について、主治医により作成された問診票を、患者に再度確認する過程が無いように思われる。 検査施行前に問診内容に間違いが無いが、看護師や医師による、患者への再確認する機会を設けることが望ましいと思われる。また、造影剤副作用時のマニュアルやフローチャート等作成されることが望ましい。 | 再確認するよう改善した。 副作用時のマニュアルやフローについては、簡易なものは既に掲示してある。詳細なマニュアルを作成中である。 | 年度内完了 |
| 放射線治療部門 | マニュアル | 27 | 追加項目として事故・災害発生時の連絡体制を明記しておく必要がある。これは事故・災害の発見者から施設責任者（院長）までの連絡網として表記する。 | 事故・災害発生時の連絡網を整備・明記する。 | 年度内完了 |
| | | 28 | リニアック取扱い上の広義の注意事項」における⑤ {事故発生の恐れのある場合には、速やかに放射線取扱主任者に連絡、指示を受けること} となっているが、放射線取扱主任者だけに限定する必要はないと思われる。放射線取扱主任者については「被ばく管理」が主な担当となる。 | 放射線取扱主任者に加えて使用責任者(技師長)などへ連絡するようマニュアルを改訂する。 | 年度内完了 |
| | | 29 | 山梨県は近々発生予想される東海地震における災害対象地域となっている。大地震発生時の対応マニュアル(手順)があると良いと思われる。 | 大地震発生時の対応マニュアルについては整備する。 | 年度内完了 |
| 放射線治療部門 | 訪問調査 | 30 | 放射線障害防止法に規定されている放射線業務従事者等の教育訓練が規定通り行われていないことが挙げられる。これは大至急改められるべきである。 | 医師、専従・専任の技師など放射線業務従事者については、5年以上の経験を有することから免除可能と判断される。しかし院内での再教育訓練は不十分であったことから、今年度は個人被曝線量計が配布されている職員はもとより、広く全職員に向けに4回の院内研修会を開催し、放射線に関する基礎知識や被曝・防護等に関する研修を実施している。 また、教育訓練をより有用なものとするため、看護師・ローテート技師については、できるだけ半年以上（できれば1年）の長期的な固定配置となるよう関係部署に働きかける。 | 年度内完了 |
| | | 31 | 年間の新患者数(再照射患者数)が150～300人の中規模医療施設におけるスタッフ数は、放射線治療専門医が2名以上、放射線治療専門技師数については4名以上が必要であると報告されている(放射線治療マニュアル；熊谷孝三編著 日本放射線技師会出版会)。 現状でも放射線治療運営は可能と思われるが、できるならばスタッフの増員が望まれる。 | 現在治療医は常勤医1名（非常勤医金曜日午後半日1名）、技師2名（定位放射線治療時3名）体制となっており、医師、技師の増員が望まれるが、本年度の新患者数などの動向を注視する中で精査しなければならない。放射線部内での調整などにより支障のない体制をとっていく。 | 対応困難等 |
| | | 32 | 事故対応時の連絡体制の構築が必要と思われる。 | 事故対応時の連絡体制等については、構築した。 | 完了 |
| | | 33 | 被ばく管理用のサーベイメータも定期的に行うことが望ましい。 | 被ばく管理用サーベイメータの校正については、定期的に校正を行うこととした。 | 完了 |
| | | 34 | スタッフ同での定期的なカンファレンスが望ましい。 | カンファレンスを行えるよう運営方法等を関係部局と協議している。 | 次年度以降対応 |
| | 35 | スタッフが学会活動や研修に参加することへの病院の支援が必要である。 | 病院による職員の研修等参加に係る助成予算額は、年々増加されており、人材育成面では良い環境が整っていると考える。なお、研修参加による人員減については、ローテーション調整等により支障のない運営体制をとっている。 | 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 |
|------|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|-------|
| (追加) | マニュアル | 36 <p>マニュアルの統一は、語句だけではなくて体裁を整える必要がある。 例えば、放射線部のマニュアルは、冒頭に作成の目的が明記されており、放射線治療室のマニュアルも、はじめが記載され、その後に7つにわたる原則が明記されている。他のマニュアルでは、そうした記述がなく、いきなり手順に入るなど精粗がある。 目的や原則、基本を明示すれば、マニュアルの事項が多数になっても整理され理解されやすいのではないか。 目次が明記されていないのでわかりづらいと思う。 全体の目次を作成しページ数を入れ、総論各論などの項目や目的を記載した方がわかりやすいと思う。 すべて修正するとなると時間がかかるが、各論は除いて、冒頭部分は統一した方がよい。</p> | ほぼ修正済みであるが、今後さらに詳細な部分についてチェックを行い統一したマニュアルを作成する。 | 年度内完了 |
| | | 37 <p>インターベンションラディオロジーは、非常に重要な傾向になっており、マニュアルはあった方がよいのではないか。</p> | 新たに、IVRに関するマニュアルを作成する。 | 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<放射線関係業務>
 【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 | 4 | 「成人投与量」の表で、Tc-99m-ECD 投与量が 600MBq×2 となっていたが、負荷検査の際の倍量投与はやや多いと思われる。最近 400MBq の規格が発売されたので、400MBq×2 にしてはどうかと思われる。 | 400 MBq が出たのは 7 月頃で、当院では 9 月の薬事委員会で承認されたので 10 月 1 日より使用予定。今後は 400 MBq も使用していく。 | 400 MBq が出たのは 7 月頃で、当院では 9 月の薬事委員会で承認され、平成 24 年 10 月 1 日より使用している。 |
| 修正 | 5 | RI 投与がすべて看護師の仕事に分担されているということで、看護師の負担が大きいのではないかと思われる。 | 看護師はかなり大変であることから、今後看護師の増員を要望していく。 | 平成 25 年 4 月から看護師 1 名を増員した。 |
| 修正 | 14 | MRI 検査事故防止マニュアル P33 4 患者撮影⑧、⑨には造影剤投与は医師、看護師が行う記載があるが、次章の 5 自動注入器を用いた撮像タイミングと造影剤注入タイミングと分けた記述は、技師が行う介助として理解するには記述順序が曖昧と受け取れるので再考が望まれる。 | 現在作成中の放射線検査業務看護師マニュアルに移行し削除する。 | 放射線検査業務看護師マニュアルに移行し、MRI 検査事故防止マニュアルから削除した。 |
| 修正 | 16 | 造影剤マニュアル(MRI)P38については、製剤名、製剤容量は表形式に整理した記載が望まれる。 | 現在作成中の放射線検査業務看護師マニュアルに移行し削除する。 | 放射線検査業務マニュアルに移行し削除した。 |
| 修正 | 17 | 造影剤マニュアル(MRI)P38の12行目 0.2の後に“(ml/kg)を投与”等の記述が望まれる。 | 現在作成中の放射線検査業務看護師マニュアルに移行し削除する。 | 放射線検査業務マニュアルに移行し削除した。 |
| 修正 | 18 | 造影剤マニュアル(MRI)P38の17行目 (50kg未満は5ml、50kg以上10ml)の記述はエビデンスが不明である。削除あるいは”部内取決め”等の記載が必要と思われる。 ※投与については、”添付文書に基づき投与量を決める”等の記載があれば良いと思われる。 | 現在作成中の放射線検査業務看護師マニュアルに移行し削除する。 | 放射線検査業務マニュアルに移行し削除した。 |

| 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 | 26 | CT、MRIの造影剤注射について、主治医により作成された問診票を、患者に再度確認する過程が無いように思われる。検査施行前に問診内容に間違いが無いか、看護師や医師による、患者への再確認する機会を設けることが望ましいと思われる。また、造影剤副作用時のマニュアルやフローチャート等作成されることが望ましい。 | 再確認するよう改善した。 副作用時のマニュアルやフローについては、簡易なものは既に掲示してある。詳細なマニュアルは、今後作成する。 | 再確認するよう改善した。 副作用時のマニュアルやフローについては、簡易なものは既に掲示してある。詳細なマニュアルを作成中である。 |
| 修正 | 30 | 放射線障害防止法に規定されている放射線業務従事者等の教育訓練が規定通り行われていないことが挙げられる。これは大至急改められるべきである。 | 医師、専従・専任の技師については院外の講習会などで免除可能と判断される。しかし院内で自前の教育訓練は行っておらず、看護師、ローテートの技師に対しては不十分な状態であった。今後、看護師・ローテート技師など放射線業務従事者の登録をされるものに対しては放射線取扱主任者の責任のもとに教育訓練を行うようにする。 本年度は各自に個別の時間をとって行う方法を考え、すでに一部で行っている。来年度以降は対象者を集めて一度に行う方法を考える。放射線業務従事者登録、教育訓練をより規定通りにしっかり行うため、看護師・ローテート技師については半年以上(できれば1年)の固定が望まれる。今後院内関係部署と協議を進めたい。 | 医師、専従・専任の技師など放射線業務従事者については、 <u>5年以上の経験を有することから免除可能と判断される。しかし院内での再教育訓練は不十分であったことから、今年度は個人被曝線量計が配布されている職員はもとより、広く全職員に向けに4回の院内研修会を開催し、放射線に関する基礎知識や被曝・防護等に関する研修を実施している。</u> <u>また、教育訓練をより有用なものとするため、看護師・ローテート技師については、できるだけ半年以上(できれば1年)の長期的な固定配置となるよう関係部署に働きかける。</u> |
| 修正 | 31 | 年間の新患者数(再照射患者数)が150～300人の中規模医療施設におけるスタッフ数は、放射線治療専門医が2名以上、放射線治療専門技師数については4名以上が必要であると報告されている(放射線治療マニュアル；熊谷孝三編著 日本放射線技師会出版会)。 現状でも放射線治療運営は可能と思われるが、できるならばスタッフの増員が望まれる。 | 「治療」現在常勤医1名(非常勤医なし)、技師定数2名で行っている。非常勤医師1名の招聘と技師定数の増員(3名)が望まれる。以前に事務局との交渉で治療部門の定数3名への増員を前提とした技師全体の定員増がなされたが、放射線部内の事情等により現在は2名になっている。放射線部内での調整、もしくは技師全体の定数増により治療部門技師定数3名を確保したい。非常勤については山梨大学へ派遣の再開を求めている。 | 現在、治療医は常勤医1名(非常勤医金曜日午後半日1名)、技師2名(定位放射線治療時3名)体制となっており、医師、技師の増員が望まれるが、本年度の新患者数などの動向を注視する中で <u>精査しなければならない。放射線部内での調整などにより支障のない体制をとっていく。</u> |
| 修正 | 32 | 事故対応時の連絡体制の構築が必要と思われる。 | 事故対応時の連絡体制等については、早急に構築する。 | 事故対応時の連絡体制等については、構築した。 |

| 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 | 33 | 被ばく管理用のサーバイメータも定期的に行うことが望ましい。 | 被ばく管理用サーバイメータの校正の予算を申請し、定期的に校正を行う。 | 被ばく管理用サーバイメータの校正については、定期的に校正を行うこととした。 |
| 修正 | 34 | スタッフ一同での定期的なカンファレンスが望ましい。 | カンファレンスを行えるよう検討する。 | カンファレンスを行えるよう運営方法等を関係部局と協議している。 |
| 修正 | 35 | スタッフが学会活動や研修に参加することへの病院の支援が必要である。 | 現在も多くの費用負担をいただいている。今後も引き続きお願いしていく。 | 病院による職員の研修等参加に係る助成予算額は、年々増加されており、人材育成面では良い環境が整っていると考え。なお、研修参加による人員減については、ローテーション調整等により支障のない運営体制をとっている。 |
| 追加 | 36 | <p>マニュアルの統一は、語句だけではなくて体裁を整える必要がある。</p> <p>例えば、放射線部のマニュアルは、冒頭に作成の目的が明記されており、放射線治療室のマニュアルも、はじめが記載され、その後に7つにわたる原則が明記されている。他のマニュアルでは、そうした記述がなく、いきなり手順に入るなど精粗がある。</p> <p>目的や原則、基本を明示すれば、マニュアルの事項が多数になっても整理され理解されやすいのではないかと。</p> <p>目次が明記されていないのでわかりづらいと思う。</p> <p>全体の目次を作成しページ数を入れ、総論各論などの項目や目的を記載した方がわかりやすいと思う。</p> <p>すべて修正するとなると時間がかかるが、各論は除いて、冒頭部分は統一した方が良い。</p> | — | <p>ほぼ修正済みであるが、今後さらに詳細な部分についてチェックを行い統一したマニュアルを作成する。</p> |
| 追加 | 37 | インターベンションラディオロジーは、非常に重要な傾向になっており、マニュアルはあった方が良いのではないかと。 | — | 新たに、IVRに関するマニュアルを作成する。 |

医療安全体制の検証：放射線関係業務の安全体制調査報告のまとめ

平成 24 年 8 月 31 日

調査責任者：山梨大学放射線科 大西洋

調査の手法

R I 部門、その他画像診断部門、放射線治療部門の 3 つに作業グループを分け、市立甲府病院から提示されたそれぞれの部門の医療事故防止マニュアルを検証し、また実際に訪問調査してマニュアル内容の履行状況を評価した。

訪問日

R I 部門：平成 24 年 8 月 23,24 日

その他画像診断部門：平成 24 年 8 月 20 日

放射線治療部門：平成 24 年 8 月 29 日

問題点のまとめ（それぞれの部門の詳細なレポートは別紙）

マニュアル内容については、部門毎で作成されたためか、文章の体裁や使用される語句に一貫性が見られなかった。これらを統一することが望ましいと考える。

また専門用語、略語に関する説明が不十分である記載が散見された。部内で用いられるのみでは問題が無いとは思われるが、病院として承認するには十分な記載が望ましい。

・ R I 部門

①マニュアル

- ✓ RI マニュアル P11 の「成人投与量」の表に、I-123-IMP の投与量が記載されていない。
- ✓ 同じく「成人投与量」の表で、Tc-99m-ECD 投与量が 600MBq×2 となっていたが、負荷検査の際の倍量投与はやや多いと思われる。最近 400MBq の規格が発売されたので、400MBq×2 にしてはどうかと思われる。

②訪問調査

- ✓ RI 投与がすべて看護師の仕事に分担されているということで、看護師の負担が大きいのではないかとと思われる。
- ✓ 今後、ジェネレーターを使う予定がないのであれば、薬剤師は調剤のどこに関わるのか、疑問に思われる。
- ✓ 文書や帳簿類が多すぎて、かえってミスが起きないのか、やや疑問に思われる。

・その他画像診断部門

①マニュアル

- ✓ 中央放射線室運営マニュアルに従い用語の統一が望まれます。
例1；患者、被験者、患者さま、被検者。
例2；医療情報システム、RIS画面、RIS、オーダーリングシステム、放射線部門システム（RIS）、コンソール。
- ✓ 以下用語に間違いがある
×IPプレート → ○IP、imaging plate、もしくはイメージングプレート（p.2）
- ✓ 2-1 乳腺撮影事故防止マニュアル中のアンケートの綴じ込みは有用ですが、運用理由・方法をマニュアルに記載されると明確になると思われます。
- ✓ CT検査事故防止マニュアル“2-4 患者の確認”“撮影患者の取り違いは事故・事例の大きな原因の一つ”の記載について、
“取り違い”は”すでに事故”と認識されますので、誤解されない記述が望まれます。
- ✓ 4-3-1 4) 造影前に>検査開始時に、等へ変更が望まれます。
- ✓ 2-3 MRI検査事故防止マニュアル
- ✓ 造影剤使用承諾書、同意書の用語統一あるいは2部あれば併記が望まれます。
- ✓ p 33、4、患者撮影、⑧、⑨には造影剤投与は医師、看護師が行う記載がありますが、次章の5、自動注入器を用いた撮像タイミングと造影剤注入タイミングと分けた記述は、技師が行う介助として理解するには記述順序がアイマイと受け取れますので再考が望まれます。
- ✓ p 35、7, b. (ア) の記述はdB/dtについて？必要なければ削除でもよろしいかと。
- ✓ p 38、造影剤マニュアル（MRI）について
製剤名、製剤容量は表形式に整理して記載が望まれます。
12行目 0.2の後に“(ml/kg)を投与”等の記述が望まれます。
17行目 (50kg未満は5ml、50kg以上10ml)の記述はエビデンスが不明です。削除あるいは”部内取決め”等の記載が必要と思われます。※投与については、”添付文書に基づき投与量を決める”等の記載があればよろしいのではと思われます。
- ✓ 誤植等
p 1、5行目 入院患>入院患者、数か所、句点なし。
p 15、10, 16 看護師>看護師。
p 32、13行等 ディバイス>デバイス。
p 37、句点が数か所不足。

②訪問調査

- ✓ 過去の記録で時系列順が曖昧な綴じ方の記録も一部に見られる。
- ✓ 3-4 乳児胸部X線撮影、撮影条件について
画質を考慮し、散乱X線除去用グリッドを使用し、皮膚入射線量を低減出来る高圧条件を使用とのことでした。従来からはグリッドなしでの低圧撮影も線量軽減として行われています。最近のデジタル画像処理条件も含み、診療科とも画質のコンセンサスが必要ではありますが、時期を見て検討されてはいかがでしょうか。
- ✓ 血管造影室の操作室はほぼ適切なレイアウトと思われるが、バイタルモニターの情報が操作室内からわかりづらいように思われる。
- ✓ CT, MRIの造影剤注射について：主治医により作成された問診票を、患者に再度確認する過程が無いように思われる。検査施行前に問診内容に間違いが無いか、看護師や医師による、患者への再確認する機会を設けることが望ましいと思われる。また、造影剤副作用時のマニュアルやフローチャート等作成されることが望ましい。

・放射線治療部門

①マニュアル

- ✓ 追加項目として事故・災害発生時の連絡体制を明記しておく必要があります、これは事故・災害の発見者から施設責任者（院長）までの連絡網として表記して下さい。
- ✓ リニアック取扱い上の広義の注意事項」における⑤「事故発生の恐れのある場合には、速やかに放射線取扱主任者に連絡、指示を受けること」となっていますが放射線取扱主任者だけに限定する必要はないと思われれます。放射線取扱主任者については「被ばく管理」が主な担当となります。
- ✓ 山梨県は近々発生予想される東海地震における災害対象地域となっています、大地震発生時の対応マニュアル（手順）があると良いと思います。

✓

②訪問調査

- ✓ 放射線障害防止法に規定されている放射線業務従事者等の教育訓練が規定通り行われていないことが挙げられる。これは大至急改められるべきである。
- ✓ 年間の新患者数（再照射患者数）が150～300人の中規模医療施設におけるスタッフ数は、放射線治療専門医が2名以上、放射線治療専門技師数については4名以上が必要であると報告されています（放射線治療マニュアル；熊谷孝三編著 日本放射線技師会出版会）。現状でも放射線治療運営は可能と思われれますができるならばスタッフの増員が望まれます
- ✓ 事故対応時の連絡体制の構築をお願い致します。
- ✓ 被ばく管理用のサーベイメータも定期的に行うことを勧めます。
- ✓ スタッフ一同での定期的なカンファレンスが望まれます。
- ✓ スタッフが学会活動や研修に参加することへの病院の支援が必要

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
＜薬剤関係業務＞

(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 |
|----|----|-------|---------|-------|
| 12 | 4 | 4 | 3 | 1 |

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<薬剤関係業務>

〔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 |
|-----------------------|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| 総評 | 1 | 手術室の医薬品倉庫の空調については、室温を逸脱しており早期に改善が必要と評価します。 | 温度計を新しいものに替えたところ、室温の範囲内を示している。空調温度の設定を低くすることにより室温も下がったので、気温に応じて温度設定を調整することで対応していく。引き続き温湿度の確認を毎日朝夕 2 回手術室職員に行ってもらい、担当薬剤師も入室時に確認を行っている。 | 完了 |
| 医薬品の安全使用のための業務手順書について | 2 | 従業員の業務が「医薬品業務手順書」に基づき行われているか定期的に確認し、記録することが求められておりますが、関係職員全体に対して業務点検が行われていない状況であり、改善が必要と評価します。 | 「医薬品の安全使用のための手順書チェックリスト」を作成し、医薬品の安全管理と医療の質の向上に向け業務点検を行っていく。 | 年度内完了 |
| 医薬品オーダリングについて | 3 | オーダリングシステムには、医薬品の過剰投与を防止する機能として薬剤最大投与マスタを有していますが、マスタメンテナンスを行う人員が確保されておらず、利用不可能な状況でした。オーダ入力に関し、誤った過剰投与を防止する観点から、体系的なサポートの必要性について、人員配置やデータ購入などの方策も含め、今後検討が必要と評価します。 | 電子カルテシステム上に薬剤投与マスタがあるが、指摘の通り人員確保を含めた問題等により整備が困難な状況にある。 市販データ(DIR：年 4 回更新)を用いたデータ作成とシステムカスタマイズを進めている。 薬剤マスタツールキットを用いて、市販データ (DIR：年 4 回更新) によるデータ更新を行うことが可能であるが、初期設定時にはデータの手直しが必要であることから、平成 26 年度の実施を予定している。 | 次年度以降対応 |
| 処方せん、注射指示せんについて | 4 | 処方せん、注射指示せんに、体重・アレルギー薬等の情報を表示する等により、薬剤師の処方鑑査もより正確で医療安全に寄与できると考えられ、システムの改善が望ましいと評価します。 | 医療機器システムより出力される計数、散剤指示せん(処方オーダ)及び注射指示せん(注射オーダ)に、処方を監査するうえで必要な医薬品情報、患者基本情報(体重、アレルギー薬等)を印字することがシステムをカスタマイズすることで可能である。 しかし、電子カルテシステムから医療機器システムに処方監査に必要な患者情報を出力するためには、多額の費用がかかり、現状として予算化は困難である。 | 対応困難等 |
| | 5 | 注射薬ラベル、病棟の注射指示簿には、可能な限り点滴開始時刻、終了時刻、投与速度等の記載が望まれます。 | 医師が入力することにより、現在においても注射薬ラベル、病棟の注射指示簿に点滴開始時刻、投与速度等の印字をすることは可能であり、指示コメントを入力しやすい設定に変更する等検討し、診療部に依頼する。 | 年度内完了 |
| 薬剤部投薬窓口について | 6 | 複数診療科から薬剤が処方された場合の投薬漏れチェックは、窓口業務担当者の記憶を頼りに行っている状況でした。他の薬剤師が対応する場合など、投薬手順の整備が必要と考えます。 | 投薬時に受診科を確認し受診科より処方されていない場合は、電子カルテを参照して、処方されているか確認後に投薬する。窓口業務マニュアルを改訂した。 | 完了 |
| 夜間の薬の払出状況について | 7 | 夜間の薬の払出状況については、病棟常備薬を使用し、薬剤師の鑑査を得ていない状況でした。救急輪番日以外の夜勤・当直、日直などの体制については、対応可能な人員の確保を含め、今後の検討が必要と評価します | 基本的には輪番日以外はオンコール体制で薬剤の出庫、調剤にあたっている。それ以外に病棟では必要時オーダを薬剤師も含めて検討した内容が登録してあり、これに基づき、看護師が取り揃え、実施を行っている。救急科では処方オーダに基づき、医師と当直看護師が確認の上、投与している。 処方内容は翌朝薬剤師が確認し、処方箋に基づき使用薬剤の補充をしている。救急輪番日以外の夜勤・当直、日直などの体制については、平成 27 年度に実施できるよう人員の確保に努めていく。 | 次年度以降対応 |
| 病棟常備薬の払出状況について | 8 | 病棟常備注射薬から医薬品を使用した場合の補充方法について、オーダが行われているにもかかわらず、実在庫数のチェックのみで在庫数を補充しており、オーダ(注射指示)との照合が行われていない状況でした。オーダデータと常備薬請求数の照合を行う等、今後の検討が必要と評価します。 | 締め切り時間以降のオーダ指示内容(緊急注射)をトーションのシステムを用いて、病棟毎に集計し出力することが概ね可能である(整備が必要)ことから、定数配置薬請求との照合を図り、補充方法を定めていく。 | 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 |
|------------|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| 抗がん剤調製について | 9 | 抗がん剤調製に関し、循環型の安全キャビネット(クラスIIA)を設置し、抗がん剤調製を行っていますが、抗がん剤無菌調製ガイドラインでは、抗がん剤のダスト・ミストによる被爆を防御する観点から、外排気型(クラスIIB)が推奨されています。調製に従事するスタッフに対する抗がん剤被爆を防ぐために外排気型の安全キャビネットの設置が望まれます。 | 使用している安全キャビネットは、30%外排気、70%循環型であり、これを外排気型にするには、キャビネット自体をクラスII Bのものに替える必要があり、排気工事も必要である。耐用年数も近づいているため、クラスII B型の購入費を平成26年度予算に要求していく。 | 次年度以降対応 |
| 院内製剤について | 10 | 院内製剤を使用した患者のフォローアップが全くなされていない状況でした。特殊製剤については、使用結果報告書等を用い、特殊製剤の使用に関する安全性、有効性データを蓄積していくことが望ましいと考えます。 | 「特殊製剤結果報告書」を作成する。特殊製剤を使用した患者の副作用・有効性を病棟薬剤師は医師とともに検討し、使用終了時に医師または薬剤師は「特殊製剤使用結果報告書」に記載し薬剤部長へ提出することとする。製剤処方箋は、別綴りとして保管する。 | 年度内完了 |
| 医薬品の保管について | 11 | 手術室の医薬品保管庫は、温度・湿度管理は1日2回行われていたが、温度はほとんど32℃程度を記録しており、日本薬局方が定める室温保存の条件から逸脱していました。現在の空調を稼働させても改善されないとの事ですので、早急に独立空調の設置等、対応が必要と考えます。 | 温度計を新しいものに替えたところ、室温の範囲内を示している。空調温度の設定を低くすることにより室温も下がったので、気温に応じて温度設定を調整することで対応していく。引き続き温湿度の確認を毎日朝夕2回手術室職員に行ってもらい、担当薬剤師も入室時に確認を行っている。 | 完了 |
| (委員) | 12 | 6番と7番、8番の問題を見ると、横の連携の不備が見られる。抽象化してはいけないが、医療事故防止マニュアル4版の薬剤部のところでは、それぞれの業務の管理について記載がされており、伝達や相互の確認など連携に関することが提示されているが、もう少し確実に実践していくことが必要であり、記憶に頼る仕組みを変えていくとか、次の担当者への連携をルール化する必要がある。 また、前回の放射線関係業務の際にもあったが、薬剤師の役割が非常に高まってきていることから、薬剤師と医師、看護師その他の部門との連携を統一し、ルール化していく必要があると思う。 薬剤部だけの問題ではなく、病院運営全体に係わる総論的な問題としての意見である。 | 医師・看護師等の医療従事者とのカンファレンス等を通じて信頼関係を構築する中で、相互の連携強化を図り、医療の担い手の一員として、薬物療法の質の向上と安全確保に資する患者本位の業務を行っていく。 | 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<薬剤関係業務>

【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 | 1 | 手術室の医薬品倉庫の空調については、室温を逸脱しており早期に改善が必要と評価します。 | 温度計を新しいものに替えたところ、室温の範囲を示している。空調温度の設定を低くすることにより室温も下がったので、気温に応じて温度設定を調整することで対応していく。引き続き温湿度の確認を毎日朝夕 2 回手術室職員に行ってもらい、担当薬剤師も入室時に確認を行っていくこととする。 | 温度計を新しいものに替えたところ、室温の範囲を示している。空調温度の設定を低くすることにより室温も下がったので、気温に応じて温度設定を調整することで対応していく。引き続き温湿度の確認を毎日朝夕 2 回手術室職員に行ってもらい、担当薬剤師も入室時に確認を行っている。 |
| 修正 | 3 | オーダーリングシステムには、医薬品の過剰投与を防止する機能として薬剤最大投与マスタを有していますが、マスタメンテナンスを行う人員が確保されておらず、利用不可能な状況でした。オーダー入力に関し、誤った過剰投与を防止する観点から、システム的なサポートの必要性について、人員配置やデータ購入などの方策も含め、今後検討が必要と評価します。 | 電子カルテシステム上に薬剤投与マスタがあるが、指摘の通り人員確保を含めた問題等により整備が困難な状況にある。 市販データ(DIR：年 4 回更新)を用いたデータ作成とシステムカスタマイズを検討している。 | 電子カルテシステム上に薬剤投与マスタがあるが、指摘の通り人員確保を含めた問題等により整備が困難な状況にある。 市販データ(DIR：年 4 回更新)を用いたデータ作成とシステムカスタマイズを進めている。 <u>薬剤マスタツールキットを用いて、市販データ(DIR：年 4 回更新)によるデータ更新を行うことが可能であるが、初期設定時にはデータの手直しが必要であることから、平成 26 年度の実施を予定している。</u> |
| 修正 | 4 | 処方せん、注射指示せんに、体重・アレルギー薬等の情報を表示する等により、薬剤師の処方鑑査もより正確で医療安全に寄与できると考えられ、システムの改善が望ましいと評価します。 | 医療機器システムより出力される計数、散剤指示せん(処方オーダー)及び注射指示せん(注射オーダー)に、処方を監査するうえで必要な医薬品情報、患者基本情報(体重、アレルギー薬等)を印字することがシステムをカスタマイズすることで可能である。 情報のメンテナンスに関わる人員確保とカスタマイズ費用が問題となる。 | 医療機器システムより出力される計数、散剤指示せん(処方オーダー)及び注射指示せん(注射オーダー)に、処方を監査するうえで必要な医薬品情報、患者基本情報(体重、アレルギー薬等)を印字することがシステムをカスタマイズすることで可能である。 <u>しかし、電子カルテシステムから医療機器システムに処方監査に必要な患者情報を出力するためには、多額の費用がかかり、現状として予算化は困難である。</u> |
| 修正 | 5 | 注射薬ラベル、病棟の注射指示簿には、可能な限り点滴開始時刻、終了時刻、投与速度等の記載が望まれます。 | 医師が入力することにより、現在においても注射薬ラベル、病棟の注射指示簿に点滴開始時刻、投与速度等の印字をすることは可能である。 診療部に入力への協力を依頼していく。 | 医師が入力することにより、現在においても注射薬ラベル、病棟の注射指示簿に点滴開始時刻、投与速度等の印字をすることは可能であり、 <u>指示コメントを入力しやすい設定に変更する等検討し、診療部に依頼する。</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 | 7 | 夜間の薬の払出状況については、病棟常備薬を使用し、薬剤師の鑑査を得ていない状況でした。救急輪番日以外の夜勤・当直、日直などの体制については、対応可能な人員の確保を含め、今後の検討が必要と評価します | 基本的には輪番日以外はオンコール体制で薬剤の出庫、調剤にあたっている。それ以外に病棟では必要時オーダーを薬剤師も含めて検討した内容が登録してあり、これに基づき、看護師が取り揃え、実施を行っている。救急科では処方オーダーに基づき、医師と当直看護師が確認の上、投与している。処方内容は翌朝薬剤師が確認し、使用薬剤の補充をしている。救急輪番日以外の夜勤・当直、日直などの体制については人員の確保に努め、検討していく。 | 基本的には輪番日以外はオンコール体制で薬剤の出庫、調剤にあたっている。それ以外に病棟では必要時オーダーを薬剤師も含めて検討した内容が登録してあり、これに基づき、看護師が取り揃え、実施を行っている。救急科では処方オーダーに基づき、医師と当直看護師が確認の上、投与している。 処方内容は翌朝薬剤師が確認し、 <u>処方箋に基づき</u> 使用薬剤の補充をしている。救急輪番日以外の夜勤・当直、日直などの体制については、 <u>平成27年度に実施できるように人員の確保に努めていく。</u> |
| 修正 | 8 | 病棟常備注射薬から医薬品を使用した場合の補充方法について、オーダーが行われているにもかかわらず、実在庫数のチェックのみで在庫数を補充しており、オーダー(注射指示)との照合が行われていない状況でした。オーダーデータと常備薬請求数の照合を行う等、今後の検討が必要と評価します。 | 締め切り時間以降のオーダー指示内容(緊急注射)をトーショーのシステムを用いて、病棟毎に集計し出力することが概ね可能である(整備が必要)ことから、定数配置薬請求との照合を図り、補充方法について検討していく。 | 締め切り時間以降のオーダー指示内容(緊急注射)をトーショーのシステムを用いて、病棟毎に集計し出力することが概ね可能である(整備が必要)ことから、定数配置薬請求との照合を図り、 <u>補充方法を定めていく。</u> |
| 修正 | 11 | 手術室の医薬品保管庫は、温度・湿度管理は1日2回行われていましたが、温度はほとんど32℃程度を記録しており、日本薬局方が定める室温保存の条件から逸脱していました。現在の空調を稼働させても改善されないとの事ですので、早急に独立空調の設置等、対応が必要と考えます。 | 温度計を新しいものに替えたところ、室温の範囲を示している。空調温度の設定を低くすることにより室温も下がったので、気温に応じて温度設定を調整することで対応していく。引き続き温湿度の確認を毎日朝夕2回手術室職員に行ってもらい、担当薬剤師も入室時に確認を行っていくこととする。 | 温度計を新しいものに替えたところ、室温の範囲を示している。空調温度の設定を低くすることにより室温も下がったので、気温に応じて温度設定を調整することで対応していく。引き続き温湿度の確認を毎日朝夕2回手術室職員に行ってもらい、 <u>担当薬剤師も入室時に確認を行っている。</u> |

| 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 | 12 | <p>6番と7番、8番の問題を見ると、横の連携の不備が見られる。抽象化してはいけませんが、医療事故防止マニュアル4版の薬剤部のところでは、それぞれの業務の管理について記載がされており、伝達や相互の確認など連携に関することが提示されているが、もう少し確実に実践していくことが必要であり、記憶に頼る仕組みを変えていくとか、次の担当者への連携をルール化する必要がある。</p> <p>また、前回の放射線関係業務の際にもあったが、薬剤師の役割が非常に高まってきたことから、薬剤師と医師、看護師その他の部門との連携を統一し、ルール化していく必要があると思う。</p> <p>薬剤部だけの問題ではなく、病院運営全体に係わる総論的な問題としての意見である。</p> | — | <p><u>医師・看護師等の医療従事者とのカンファレンス等を通じて信頼関係を構築する中で、相互の連携強化を図り、医療の担い手の一員として、薬物療法の質の向上と安全確保に資する患者本位の業務を行っていく。</u></p> |

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 10 月 24 日
山梨大学医学部附属病院 薬剤部
寺松 剛
手塚 春樹

市立甲府病院薬剤関係業務に関する安全体制の検証結果報告書

検証方法

チェックシートによる事前調査、訪問によるヒアリング、現場視察

視察・評価者

寺松剛、手塚春樹（山梨大学医学部附属病院 薬剤部）

調査日

事前調査：平成 24 年 9 月 14 日

訪問調査：平成 24 年 10 月 4 日

調査結果

総評

薬剤関連業務に関する安全体制については、概ね良好と評価します。
手術室の医薬品倉庫の空調については、室温を逸脱しており早期に改善が必要と評価します。

事前評価シート及び、ヒアリング・視察による個別の評価

医薬品の安全使用のための業務手順書について

医薬品安全使用のための業務手順書は概ね妥当と評価します。しかし、従業者の業務が「医薬品業務手順書」に基づき行われているか定期的に確認し、記録することが求められておりますが、関係職員全体に対して業務点検が行われていない状況であり、改善が必要と評価します。

インシデント・ヒヤリハットへの対応について

薬剤関連のインシデント・ヒヤリハット事例等については、薬剤部と安全管理室が連携し、情報の共有が行われていました。また、薬剤師全員に対して事例の周知が図られており適切な体制であると評価します。

医薬品オーダーリングについて

オーダーリングシステムには、医薬品の過剰投与を防止する機能として薬剤最大投与マスタを有していますが、マスタメンテナンスを行う人員が確保されておらず、利用不可能な状況でした。オーダー入力に関し、誤った過剰投与を防止する観点から、システム的なサポートの必要性について、人員配置やデータ購入などの方策も含め、今後検討が必要と評価します。

処方せん、注射指示せんについて

処方せん、注射指示せんに、体重・アレルギー薬等の情報を表示する等により、薬剤師の処方鑑査もより正確で医療安全に寄与できると考えられ、システムの改善が望ましいと評価します。

注射薬ラベル、病棟の注射指示簿には、可能な限り点滴開始時刻、終了時刻、投与速度等の記載が望まれます。

薬剤部投薬窓口について

複数診療科から薬剤が処方された場合の投薬漏れチェックは、窓口業務担当者の記憶を頼りに行っている状況でした。他の薬剤師が対応する場合など、投薬手順の整備が必要と考えます。

夜間の薬の払出状況について

夜間の薬の払出状況については、病棟常備薬を使用し、薬剤師の鑑査を得ていない状況でした。救急輪番日以外の夜勤・当直、日直などの体制については、対応可能な人員の確保を含め、今後の検討が必要と評価します

病棟常備薬の払出状況について

病棟常備注射薬から医薬品を使用した場合の補充方法について、オーダが行われているにもかかわらず、実在庫数のチェックのみで在庫数を補充しており、オーダ（注射指示）との照合が行われていない状況でした。オーダデータと常備薬請求数の照合を行う等、今後の検討が必要と評価します。

抗がん剤調製について

抗がん剤調製に関し、循環型の安全キャビネット（クラスIIA）を設置し、抗がん剤調製を行っていますが、抗がん剤無菌調製ガイドラインでは、抗がん剤のダスト・ミストによる被爆を防御する観点から、外排気型（クラスIIB）が推奨されています。調製に従事するスタッフに対する抗がん剤被爆を防ぐために外排気型の安全キャビネットの設置が望まれます。

院内製剤について

院内製剤を使用した患者のフォローアップが全くなされていない状況でした。特殊製剤については、使用結果報告書等を用い、特殊製剤の使用に関する安全性、有効性データを蓄積していくことが望ましいと考えます。

医薬品の保管について

病棟、薬剤部における医薬品の保管状況（温度・湿度）は適切に行われており、有効期限の確認も適切に行われていると評価します。

手術室の医薬品保管庫は、温度・湿度管理は1日2回行われていましたが、温度はほとんど32℃程度を記録しており、日本薬局方が定める室温保存の条件から逸脱していました。現在の空調を稼働させても改善されないとの事ですので、早急に独立空調の設置等、対応が必要と考えます。

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
＜手術室業務＞

(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 |
|----|----|-------|---------|-------|
| 99 | 84 | 7 | 8 | 0 |

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<手術室業務>

[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 |
|-------------|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| <総論> | | | | |
| | 1 | 患者誤認・手術部位間違いを防止するためのマニュアルの改訂が望まれる。 | (番号 7~13 参照) | — |
| | 2 | 手術室における輸血に関するマニュアルの改訂が望まれる。 | (番号 14~20 参照) | — |
| | 3 | 手術室における防災体制のために備品整備が必要と思われる。 | (番号 47~57 参照) | — |
| | 4 | 手術室担当の臨床工学技士の増員が必要と思われる。 | (番号 78,79 参照) | — |
| | 5 | 手術室での薬剤師の関与が少ない。 | (番号 68,69 参照) | — |
| | 6 | 看護師長がリーダーを兼任している。師長業務に専念できるように看護師増員などの対策が必要と思われる。 | (番号 80 参照) | — |
| <手術室医療事故対策> | | | | |
| 患者誤認マニュアル | 7 | マニュアルでは、ベッド乗り換えホールでの患者確認において、患者に名乗ってもらった氏名と何を確認するのかが明らかになっていない。先に行われた山梨大学看護部による訪問時にも指摘されたため、今回は実施表との照合が行われており改善はされていた。ただし、照合する用紙が正しい(転記したものではないこと、手術予定日・術式・執刀医などから当該患者のものである)ことを予め確認しておき、患者に名乗ってもらうだけでなく、術式や手術部位も確認することが重要である。これらの点に留意してマニュアルを改訂する必要がある。 | 入室時の患者確認を照合する用紙は、手術予定表を使用している。照合する手術予定表に記載してある項目は、手術日・科名・患者 ID 患者氏名・年齢・性別・病名・術式・麻酔法・執刀医・助手医等、依頼医師が電子カルテ上のオーダー入力による手術申し送りサマリー内容を反映している。その内容を入室前に担当看護師(器械出し、外回り看護師)でダブルチェックにて確認するようにマニュアルを改訂した。入室時に担当麻酔医も看護師と共に申し送りを受けている。 | 完了 |
| | 8 | 各手術室に入室した際にリストバンドのバーコードでチェックしているが、各手術室で予定されている患者の氏名と照合しているわけではなく、単に入室したことが記録されるだけである。このリストバンドのチェックでは、間違えた部屋に入室しても判らないことを認識しておく必要がある。よって、各手術室に入った際に再度、患者誤認をしていないことを確認する必要がある。これに関して、各手術室入室時に、誰(主治医、麻酔科医、看護師?)が何(患者に名乗ってもらった氏名・術式・手術部位?)と何(実施表?)を照合すべきなのかを含めて、確認手順をマニュアルに明記して実行する必要がある。 | 患者誤認防止のため各部屋への入室後に再度、患者確認を行うようにしている。そのため、担当看護師が患者リストバンドとホワイトボードに転記した患者氏名・術式(手術予定表をもとに転記を行うが、転記した患者氏名・術式を看護師が入室前にダブルチェックする)及び手術予定表を照合して確認を行う。また、麻酔科医も各部屋入室後、麻酔チャートを基に患者氏名・手術部位を確認するなど確認手順をマニュアルに明記した。 | 完了 |
| | 9 | 手術当日に手術室が変更になった場合には、変更は中央廊下と各部屋のホワイトボードへの記載を変更することで対処している。上記のリストバンドによる各手術室への入室確認を有効にするためにも、次回の電子カルテの更新時には、手術室の割り振りの電子化(電子掲示板など)を検討すべき。その際には、手術室の割り振りの電子入力を担当する職員の増員が必要と思われる。 | 手術室の変更になった場合は、中央廊下と各部屋のホワイトボードへの記載を変更することで対処している。次回、電子カルテ更新時に検討をしていく。それまでは、上記の方法で各手術室への入室確認を継続していく。 | 次年度以降対応 |

| 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 |
|-------------|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| ＜手術室医療事故対策＞ | | | | |
| 患者誤認マニュアル | 10 | 「患者本人に名乗ってもらった氏名」と「患者と共に運ばれてきた同意書の名前」を照合しただけでは、患者誤認防止にはならないと思う。 | 患者誤認防止のためには、手術予定表と患者本人との照合に加え、同意書の氏名、患者リストバンド、各手術室へ入室後の確認などで照合を行なっている。 | 完了 |
| | 11 | タイムアウトに関して タイムアウトを行っていない診療科がある。全診療科で行うことになっているのではないのか？また、タイムアウトの手順を具体的に記載すべきだと思う。山梨大学では全身麻酔においては、術者(助手)、麻酔科医、看護師の立会いの下に、手術麻酔申込書と手術同意書を元にして手術部位、左右、術式について、“声に出して”確認してきた。更に、現在は WHO のチェックリストを参考に、各スタッフの自己紹介、手術予定時間・予想出血量・準備血・問題点などについても確認している。 | タイムアウト方法については、世界保健機関(WHO)のチェックリストを基に、各チームが統一的に確認作業を実施できるよう新たに基準を定め、マニュアルに記載し実施している。 | 完了 |
| | 12 | 手術部位(特に左右間違い)の確認に関するマニュアルがない。手術部位のマーキングをする必要があるのではないのか？マーキングも行わず、手術予定表(手術申込)における左右間違いのダブルチェックもしていないと、将来手術部位間違いを起こす危険がある。もし他の方法を用いているのであれば、マニュアルに明記すべきだと思う。 | 現在、患者の感情を考慮するなどの理由から術前のマーキングについては実施せず、患者入室後に医師が患者本人に左右を確認する機会が多いが、誤認防止の観点から、術前のマーキングの実施について、手順やマーキングを必要とする術式の整理などを行い、手術部位の確認方法を定めマニュアルに記載した。 なお、マーキング方法は、シール貼付など患者に負担のかからない方法を検討中である。 | 年度中対応 |
| | 13 | リストバンドが残ってしまうと患者誤認の原因になるので、退室時のバーコードチェックに使用したリストバンドの扱い(切り刻んで破棄?)をしっかりと決めて、マニュアルに記載する必要がある。 | 切断した患者リストバンドの破棄方法を決め、患者誤認防止マニュアルに記載した。 | 完了 |
| 輸血事故防止 | 14 | 手術室における輸血に実施に関する手順が記載されていない。「病院の輸血施行時のマニュアル」の記載があるが、これにも手術室での輸血に関しては記載されていない。 | 手術室における輸血実施手順を作成した。 | 完了 |
| | 15 | 手術室での輸血製剤の保管を中央の冷蔵庫で行っているため、各手術室へ持ち込む際に別の患者の輸血製剤を持ち込まないように、注意を喚起して、確認手順を決める必要がある。 | 上記 14 の手順のなかに手術室の保冷庫から各手術室への持ち出す場合の確認手順を明記した。 | 完了 |
| | 16 | 手術室への輸血製剤(RCC, FFP, 血小板)の搬入と保管、各手術室への搬送、各手術室へ持ってきた際の確認手順、実施前確認(PDA?)などについて、具体的手順を明記して周知する必要がある。また、FFPの解凍は輸血部で行うようなので、解凍時間のチェックも必要である。 | 手術室への輸血製剤(RCC, FFP, 血小板)の搬入と保管、各手術室への搬送、各手術室へ持ってきた際の確認手順、実施前確認などについて、具体的手順を明記した。 | 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 |
|--------------|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| ＜手術室医療事故対策＞ | | | | |
| 輸血事故防止 | 17 | 血液型は2回以上異なる検体により確認されている必要があるのに、「病院の輸血施行時のマニュアル」に記載がない。また、2回以上異なる検体で確認する必要があるが周知されていない。クロスマッチをやっていれば良いと思っても、血液型判定のための検体とクロスマッチのための検体が同じでは、2回以上異なる検体で確認していることにはならない。採血時の患者誤認の危険があるので、注意が必要である。 | 輸血療法の手引の輸血療法の実施のP2～3において、異なる検体で血液型検査を実施している。文言については、輸血療法委員会で分かりやすいものに修正した。 院内への周知は、「輸血療法委員会ニュース」を利用して毎年伝えていく。 | 完了 |
| | 18 | 「病院の輸血施行時のマニュアル」の手順に、RCC輸血時の放射線照射の確認が抜けている。 | 当院においては、放射線照射済の製剤のみの使用としている。 オーダーも照射済の製剤のみの選択しかできないシステムになっている。払い出しの読み合わせの時点で(血液製剤名)で照射血であることの確認はしている。 | 完了 |
| | 19 | 「電子カルテ内の検査結果で血液型を確認する」とあるが、その電子カルテが患者本人のものであることを確認することが重要である。 | 輸血搬入時には、電子カルテ内の検査結果での血液型記載画面をコピーした用紙を持参してくることになっている。しかし、手術室で患者を照合する場合、電子カルテが手術予定患者本人であることを確認する必要があることから、手術予定表と電子カルテで患者本人であることを確認している。 | 完了 |
| | 20 | T&Sに関して、不規則抗体がないこと、Rh陽性であることも確認すべき。不規則抗体の有効期限が明記されていない。 | 輸血システムでは、指摘事項については確認可能な状態になっている。 しかし、手術室の中では、輸血システムが閲覧できないので、T&Sにおいても輸血に関するデータを印刷し手術室に持参することとした。 | 完了 |
| 体内異物残存防止 | 21 | 開腹・開胸手術の患者については全例でレントゲン撮影を行うのか？それとも、何らかの基準(ガーゼカウントが合わない、超大量出血、超緊急手術で術前のガーゼカウントができないとき)はあるのか？をマニュアルに記載すべき。 | 基本的には、開腹・開胸手術時には全例でレントゲン撮影を行うことになっている。しかし、開腹・開胸手術時以外(鏡視下手術など)でガーゼカウントが合わない場合はレントゲン撮影を行うことになっているのでマニュアルに記載した。 | 完了 |
| | 22 | 整形外科のガーゼカウントで、ガーゼが合わないときには「イメージでの確認」とあるが、イメージではガーゼ遺残を見落とす事例があるので、注意深く確認する必要がある。 | ガーゼ確認は、整形外科も全例レントゲン撮影を行うこととした。 | 完了 |
| 転落・転倒 | 23 | IV転倒・転落の2)の歩行入室患者が手術台に寝る時の注意点として、手術台の両サイドにスタッフが付くことを追記したほうが良い。 | 追記した。 | 完了 |
| ルートトラブル | 24 | ルートの接続や三活のゆるみの確認をするタイミング(入室後、挿入時)を明記したほうが良い。 | 追記した。 | 完了 |
| 低体温 | 25 | 「早めの保温に心がける」⇒「最初から保温に心がける」 | 修正した。 | 完了 |
| 褥瘡・皮膚損傷・神経損傷 | 26 | フットポンプは麻酔導入前に装着されており、術後の神経麻痺を予防する上で有効と思われる。ただし、このことをマニュアルにも記載した方が良い。 | マニュアルに記載した。 | 完了 |
| | 27 | 手術台の頭台・手台・足台が外れると危険なので、頭台・手台・足台の固定が確実であることも確認すべき。 | 手術中に頭台・手台・足台が外れると神経損傷の原因ともなり得るので、頭台・手台・足台の固定が確実であることを確認することとした。 | 完了 |
| 熱傷予防／IX. 消毒薬 | 28 | 引火性の消毒薬(ハイポアルコールなど)を使用して直ぐに執刀すると、電気メスで発火する可能性を認識しておく。 | 電気メスで発火する可能性を認識しておく。 | 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 |
|--------------|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| ＜手術室医療事故対策＞ | | | | |
| 熱傷予防／IX. 消毒薬 | 29 | 温風式の体温維持装置を使用する際には、温風の吹き出し口が直接患者の体に当たらないように注意するなどして、熱傷を防止する必要がある。また、阻血部位に温風式体温維持装置を用いると熱傷の危険があることを周知すべき。 | 温風式の体温維持装置を使用する際には熱傷を防止することや阻血部位に温風式体温維持装置を用いると熱傷の危険があることを周知した。 | 完了 |
| ME 機器の誤動作 | 30 | ME 機器は年 2 回定期点検を行っているとのことであるが、点検の責任者(臨床工学技士?)について明記されていない。手術室における ME 機器管理を行うために、手術室担当の臨床工学技士の増員が必要と思われる。 | <p>現在、臨床工学技士は、手術室の電気メス、輸液ポンプ、シリンジポンプの年 2 回の点検に係るとともに、脳外科の一部手術では、医療機器の操作を行っている。</p> <p>手術室で取り扱う医療機器は、年々高度かつ複雑化しており、手術室看護師の機器エラー対応では患者に危険が生じるおそれもあることから、手術室内の医療機器の保守、管理への臨床工学技士の関与の必要性は認識しているが、人員不足等もあり実現していない。</p> <p>点検記録は、ME センターで 5 年間保存している。</p> <p>現在の医療機器は、始業時に機器の作動状態を点検するためにセルフチェックを実施することが標準であり、セルフチェックを活用しエラー時に対応できるよう、本年 6 月より手術室担当の臨床工学技士が毎週月・木曜日に麻酔器始業点検等の手術室機器の点検を実施している。</p> <p>今後、人員確保を働きかけ、手術室機器の点検等を毎日実施し、手術室の安全が確保出来るような体制整備に努めていく。</p> | 完了 |
| 針刺し事故 | 31 | 針のリキャップはしないことになっているが、どうしても必要な場合には片手リキャップも知っておく必要がある。 | 手術中に局所麻酔薬を使用する場合など針のリキャップがどうしても必要な場合には片手リキャップを行なうことを周知した。 | 完了 |
| その他 | 32 | 手術室における麻薬管理に関する手順がマニュアルに記載されていない。麻酔科科長が全て行っているとのことであるが、手術室専任の薬剤師を配属して、麻薬・筋弛緩薬・吸入麻酔薬の管理を行うのが望ましい。 | <p>麻薬、筋弛緩薬、向精神薬(ソセゴン、レパタン)の管理に関して薬剤師が手術室に出向き、使用簿と残薬数、空アンプル等を確認して補充する方法で行うこととし、麻薬管理に関するマニュアルに明記した。</p> <p>さらに薬剤師の人員が確保された段階で、手術記録あるいはコスト請求(使用薬剤シート)の記載薬剤と使用した薬剤との照合を行なうような薬剤管理方法を定めていく。</p> <p>手術室では、麻薬、筋弛緩薬、劇薬の薬剤の使用頻度が多いことから、今後、薬剤師が手術室での払い出し業務を行なうこととし、他の薬品についても 1 回/2 週と回数を増やした。</p> | 次年度以降対応 |
| | 33 | 薬剤師による手術室内の薬品の点検が 1 ヶ月に 1 回では少なすぎるので、手術室専任の薬剤師が配属されるまでは、せめて毎日薬剤師による薬剤管理が必要と思われる。 | 薬剤師の人員確保が図られるまでは、薬品点検は、月 1 回から 2 週間で 1 回に回数を増やした。 | 完了 |
| 急変時の対応 | 34 | カウンターショックは体外ペーシング対応とあるが、手術部スタッフはペーシングパッドの接続方法を予め習得しておく必要がある。 | 勉強会を行ないカウンターショックの使用方法などを周知した。 | 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 |
|-------------------------------------|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| ＜「DVT 予防対策マニュアル」及び「周術期肺塞栓症対策マニュアル」＞ | | | | |
| | 35 | 間欠的下肢圧迫装置の使用対象は全身麻酔症例と長時間手術とのことであるが、装着の判断基準を決めておいた方が良い。 | 装着の判断基準を決めた。 | 完了 |
| | 36 | 術後は、手術室での間欠的下肢圧迫装置は一度外して、病棟のものを再装着するようであるが、一元的に管理した方が良い。 | 間欠的下肢圧迫装置の装着の一元化については、予算が措置された段階で院内で検討する。 | 次年度以降対応 |
| | 37 | 低用量未分画ヘパリン・低分子ヘパリンなどの薬物的予防法、深部静脈血栓が疑われる場合の対応(術前の超音波エコー、薬剤的治療、下大静脈フィルターなど)などについてもマニュアルに記載した方が良い。 | (番号 38 参照) | 完了 |
| | 38 | 「DVT予防対策マニュアル」と「周術期肺塞栓症対策マニュアル」が別々にあるが、一元化したマニュアルの方が実際には活用しやすいのではないかと。また、おのおの表裏1枚のみで情報量が少ないように感じられる。 | 現在、「DVT 予防対策マニュアル」と「周術期肺塞栓症マニュアル」を一元化したマニュアルを作成中であり、次項目以降の指摘等を掲載していく。 ①予防やリスク分類表 ②発症を疑った時の診断・治療手順のフローチャート 1)主治医(又は当直医)への報告経路、専門医(循環器)への相談経路 2)主治医(又は当直医)、専門医(循環器)検査手順。緊急時の対策 ③肺塞栓症予防目的の下大静脈フィルター留置の適応 ④肺血栓塞栓症/深部静脈血栓症(静脈血栓塞栓症)予防ガイドライン」のアドレス記載→予防ガイドラインの活用啓蒙などを作成し掲載していく。 | 完了 |
| | 39 | 引用してある「肺血栓塞栓症/深部静脈血栓症(静脈血栓塞栓症)予防ガイドライン」のアドレスを掲載するのみで、予防やリスク分類はそれに順ずるとの記載だけでは対策マニュアルとして不十分ではないかと。活用しやすいものにする為にも、予防やリスク分類に関して具体的なものを表等にまとめ、マニュアルに掲載されてはどうか。その上で、どの文献からの引用であるかを明確にしておくために「肺血栓塞栓症/深部静脈血栓症(静脈血栓塞栓症)予防ガイドライン」のアドレスを記載されると良いのではないかと。 | マニュアルに掲載した。 | 完了 |
| | 40 | 発症を疑った時の診断・治療手順が曖昧。もっと具体的に示した方が活用しやすくなるのではないかと。(できればフローチャートみたいなものの作成を検討していただきたい。もしもすでに作成されているのであれば、一元化したマニュアルの中に掲載していただくことを検討していただきたい)。 | マニュアルに掲載した。 | 完了 |
| | 41 | どの時点で主治医(又は当直医)に報告し、専門医(循環器)に相談するのか判断できるように、発症を疑う場合の症状なども記載されていると、より迅速な対応につなげられるのではないかと(経験や知識に頼るのではなく、何らかの指標を示すことで、より判断しやすい状況になると考えられる)。 | マニュアルに掲載した。 | 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 |
|-------------------------------------|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| ＜「DVT 予防対策マニュアル」及び「周術期肺塞栓症対策マニュアル」＞ | | | | |
| | 42 | 主治医(又は当直医)と専門医(循環器)のどちらが行うべき検査かが不明瞭。緊急時の対策を明確にした方が職員は動きやすい。 | マニュアルに掲載した。 | 完了 |
| | 43 | 術前にDVTが見つかった際の肺塞栓症予防目的の下大静脈フィルターの適応についての記載がない。 | マニュアルに掲載した。 | 完了 |
| | 44 | 患者用(?)のパンフレットを作成して啓蒙することはよいが、看護師に対する看護の点で注意すべきことなども具体的に加えた方がよい。 | DVT 予防対策参考資料に掲載する。 | 年度内対応 |
| | 45 | 前述の「患者誤認マニュアル」と同じ内容が必要である。 | (番号 44 参照) | 年度内対応 |
| | 46 | 退室に関してある程度の基準は示してもよいのではないか。例えば、呼名により容易に覚醒すること。バイタルサイン(血圧・心拍数・リズム・SpO2・体温など)が安定していること。気道を維持することができ、呼吸が安定し十分されていること。気道反射が回復していること。疼痛が容認できる範囲であること。悪心がない、又は最小限であること。筋力の回復が十分であり、舌の突出ができ、握手に力が入ること。 | 退室基準については、看護記録用紙に退室基準の項目を掲載した。 | 完了 |
| ＜手術室防災マニュアル＞ | | | | |
| | 47 | 避難誘導図参照とあるが、避難誘導図は存在しないので早急に作成する必要がある。 取り決めでは、1 階屋上に逃げることになっているようだが、避難の動線は 2 方向確保されている必要がある。 | 避難誘導図は、避難誘導マニュアルに掲載した。 | 完了 |
| | 48 | 電力が供給されなくなった際の、照明、無影灯、コンセント、麻酔器、生体監視モニターの作動状況を確認して、マニュアルに記載した方がよい。(例えば照明以外は停電しないなど) | 停電しない機器は、無影灯や麻酔器、赤色・緑色のコンセントであり、赤色コンセントは停電後 40 秒以内に自家発電に切り替わることとなっている。 | 完了 |
| | 49 | 酸素の配管は地震時には緊急遮断弁が作動するとあるが、復帰は自動的なのか、誰かが配管を点検後に手動で行われるのか？もし手動の場合には、病棟の呼吸器はどのような対応になるのか？ | 地震時、酸素の配管に漏れがある場合は、自動的に緊急遮断弁が作動する。また、手動にて緊急遮断弁を作動する事もでき、復帰も自動である。院内の貸出用人工呼吸器には、アンビューバックが常備され、災害時等に備えてある。 | 完了 |
| | 50 | 手術室の麻酔器には予備酸素ボンベは装着されて内容量が確認されている必要があるが、実際には麻酔器に予備酸素ボンベが装着されていない。 | 麻酔器に予備酸素ボンベを装着した。 | 完了 |
| | 51 | 麻酔器・病棟の人工呼吸器のベンチレーターは酸素駆動・空気駆動・電気駆動のどれか把握されているか？ | 電気駆動であり、バッテリーで 1~2 時間使用可である。 | 完了 |
| | 52 | アンビューバックは 2 セットと書いてあるが、全手術室に対して 2 セットでは少ない。麻酔器の故障にも備えるために、各手術室にアンビューバックを 1 セット備える必要がある。 | アンビューバックを各部屋に常備した。 | 完了 |
| | 53 | 各部屋に懐中電灯が必要。 | 各手術室に常備した。 | 完了 |
| | 54 | 担架、おんぶ紐、拡声器などの準備も必要。情報の確保手段(ラジオ、ワンセグテレビ、可能なら衛星電話)も手術室に備えておいた方がよい。 | 一度に全ての物品を購入することは無理であるが購入できるものから準じ購入している。 | 次年度以降対応 |

| 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 |
|-------------------|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| ＜手術室防災マニュアル＞ | | | | |
| | 55 | 非常用吸引ポンプ(充電式・インジェクター式)も備えておいた方が良い。 | 電気式の吸引ポンプが2台、麻酔科外来に1台常備してある。電力が供給されていれば使用可である。 | 完了 |
| | 56 | 自家発電は水冷式だと断水時には使用できないが井戸水などの対応があるのか？ | 自家発電は空冷式であり、水は不要である。また、断水時には貯水槽により対応する。 | 完了 |
| | 57 | 院内PHSシステムは全て非常用電源に繋がっているか？ | PHSシステムは、赤コンセント（瞬時停電）から電気が供給されており、加えて無停電装置も設置されている。なお、東日本大震災に係る停電時には不具合の報告は無かった。 | 完了 |
| ＜ベッド乗り換えホールマニュアル＞ | | | | |
| | 58 | 手術室医療事故対策マニュアルの最初の部分と余り変わらない内容なので、手術室医療事故対策マニュアルに記載を統合した方が良くと思う。 | 重複する内容については、手術室医療事故マニュアルに統合した。 | 完了 |
| ＜手術室看護業務管理・医療安全＞ | | | | |
| 患者誤認防止 | 59 | 患者入室時に、患者自身に名前を名乗ってもらい同時にリストバンドとの照合が行われていた。しかし、手術申込書や手術予定表など、患者氏名確認の基となる紙媒体ではなく、看護師の記憶に頼る方法であった。そのため同姓同名患者・類似氏名患者の取り違えにつながる危険性があると判断した。よって、書面に基づく患者確認の実施を検討して頂きたい。 | (番号7参照) | 完了 |
| | 60 | 入室時、乗り換えホールで患者が先に行き、カルテは申し送り後手術室に運ばれる状況があり、カルテと患者が離れることが確認された。横浜市立大学の患者取り違え事例のような間違いを防止するためにも、患者とカルテは一緒に移動できるようにして頂きたい。 | (番号7参照) | 完了 |
| | 61 | 各手術室では患者確認のためにホワイトボードに、電子カルテで手術申込書を確認しながら、「患者氏名、手術名(左右のある場合は赤字でみぎ・ひだり)」が記載されていた。しかし、患者入室から、入室確定までの間に、ホワイトボードを活用した確認が実施されている様子は確認できなかった。確認したことが他者にも分かるように、指差し呼称で確認する等、より確実な方法を検討して頂きたい。 | 患者入室時に、患者とホワイトボードに記載した氏名・術式を照合、その後リストバンドを切断、電子カルテにて入室確認を実施している。しかし、ホワイトボードへの転記確認も含め不十分な状況であることから、事前に準備できるものはあらかじめ周到に準備することの徹底や転記内容のダブルチェック、声出し確認など、より確実な確認・照合により実施している。 | 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 |
|--------------------|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| ＜手術室看護業務管理・医療安全＞ | | | | |
| 手術部位の確認(タイムアウトを含む) | 62 | 術前のマーキングに関しては、患者入室後、麻酔がかかった後に皮切線を引く行為をマーキングと解釈されていた。日本医療機能評価機構から出されている【誤認手術の防止について】の提言に、「マーキングは、患者が覚醒している時に行い、患者に確認することが望ましく、手術室入室までに担当医の責任の下で原則として執刀部位の皮膚にマークを書き込む」とある。また、部位の間違いを防止するためだけでなく、患者の意思を確認する意味としても重要であり、可能な限り手術前に病棟(外来患者の場合には当該診療科の外来)で実施して頂きたい。 | (番号 12 参照) | 年度中対応 |
| | 63 | マーキングの手順を作成する場合、マーキングが免除される手術についてリストアップしておく、マーキングすべき術式との区別ができ、より活用しやすいものになると思われる。 | (番号 12 参照) | 年度中対応 |
| | 64 | 手術同意書は手術室へ持参されていたが、内容確認はされていなかった。 手術同意書はインフォームドコンセントに基づき明文化されたものであり、患者の承諾内容と予定手術の内容が一致している事を医療チームとして確認・共有することが重要である。これから実施する手術についてどのように説明し、同意を得たのかを確認するために、「手術同意書」の内容を確認することをルールとして頂きたい。 | チームとして、メンバーの予定手術の内容の共有と患者の承諾内容の合致確認は、確実な手術実施に不可欠である。手術室入室時、病棟看護師とともに手術患者チェックリスト、手術同意書、手術予定表の内容が一致しているか確認することとした。 | 完了 |
| 薬剤の管理 | 65 | 手術開始時の確認については、「お願いします」の挨拶のみ、または患者氏名・術式を執刀医が一方向的に読み上げる方法で行っており、「タイムアウト」とみなされる行為は確認できなかった。 タイムアウトは、「麻酔前あるいは執刀前に、医師・看護師が一斉に手を止めて確認作業を行うこと」であり、その際『手術同意書』を基に確認することが望ましい。是非、確実なタイムアウトが実施できる体制の整備をお願いしたい。 | (番号 11 参照) | 完了 |
| | 66 | 払い出された麻薬は、麻薬用金庫に保管され、施錠できる機の引き出しに収納されていた。しかし、麻薬用金庫は手提げ金庫であり、金庫の施錠をしないまま引き出しのみ施錠している状況があり、鍵の管理を含め、更に徹底した管理を検討して頂きたい。その際、手提げ金庫は持ち出される可能性がある為、速やかに固定された金庫等の設置が望まれる。 | 麻薬等の確実な管理を行うため、固定式金庫を設置した。 | 完了 |
| | 67 | 手術野での薬品の取り扱いについて、麻酔科医師と看護師の相互の目視、声出しによる確認は実施されていなかった。誤薬防止の教育指導が必要と考えられる。 | 手術中、使用する薬剤については、執刀医又は麻酔科医と担当看護師が相互の目視(ダブルチェック)、声出しによる確認を徹底することとした。 | 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 |
|------------------|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| ＜手術室看護業務管理・医療安全＞ | | | | |
| 薬剤の管理 | 68 | 各手術室内にある薬剤に関しては、使用薬剤は手術記録に残され、コスト管理もされていることを確認した。ただし、手術記録に残されている薬剤と、コスト請求の為に記載した内容、実際に使用した薬剤との一致があるかの確認はされていない。誤薬防止や誤薬の早期発見のためより確実な薬剤管理方法の検討が望まれる。 | (番号 32 参照) | 次年度以降対応 |
| | 69 | 薬剤師による確認は1回/月程度であるとのことだが、重要な薬剤が多数取り扱われることから、薬剤師が介入する機会を増やし、専門家による管理の徹底が望まれる。 | (番号 32 参照) | 次年度以降対応 |
| 輸血の管理 | 70 | 輸血保冷庫の庫内温度記録の確認はできなかった。記録をしている場合は継続して頂きたい。また、記録していない場合には適正な管理が実施されていることを証明するために、毎日の温度記録を残すことを実施して頂きたい。 | 輸血保冷庫の庫内温度記録は、保冷庫温度記録簿を作成し、毎朝・夕に温度計測し記録している。 また、1 カ月ごとに輸血管理室において、自己温度記録計による保冷庫の庫内温度を記録し輸血保冷庫の温度管理を行っている。 | 完了 |
| | 71 | 手術室から病棟に、持ち出した血液は何時間以内であれば使用可能とするかについても、細菌繁殖等のリスクを考慮した基準を作成して頂きたい。 | 病棟への血液持ち出しは最小単位数としているが、時間制約等の基準のマニュアル化については、今後、輸血療法委員会等で検討していく。 | 完了 |
| 体内遺残防止 | 72 | (閉創時の器械カウント) 器械出し看護師がリストを基に行う方法、器械出し看護師がリストを外回り看護師に渡し読み上げてもらい確認する方法などが混在している状況であった。後者では 2 回目の器械カウントは、使用した物を看護師の記憶に頼り実施しているとのことであり不確実である。また器械およびガーゼ・消耗品のカウントの一致を声に出して確認し合うなどの行為は限定的であり、カウントの一致と共有が図られているとは言い難い。 カウント方法を統一し、外回り看護師・器械出し看護師の責任の所在を明確にした上で、カウントの一致を確認する際、はっきりと声を出し、手術に関係したスタッフ全員で確認できるようにすることが望まれる。 | 閉創時の器械・ガーゼ・消耗品のカウントは、体内遺残防止目的において重要な作業であることから、現在も体内遺残が無いように担当看護師は責任を持って器械・ガーゼカウントを行ない、一致の確認をしている。また、一致の報告を術者等に声を出して報告しており、不一致の場合も不足の器械やガーゼの報告も行っている。 カウント方法が混在している点については、カウント方法の再検討を行ない、スタッフ全員が理解できるようマニュアルを改訂しカウント方法を統一した。また、手術に係る全ての職員がカウント時の各自の役割や責任を明確にし、確認が行われるよう徹底している。 | 完了 |
| | 73 | (手術器械の点検) 器械出し看護師が器械カウントを行う際、器械の員数点検は行っていたが、器械の動き・破損の有無・先端の一致などの点検を行っていない状況であった。 手術中の使用に伴う破損や破損した器械の一部が体内遺残するケースもある為、員数点検とともに器械の動きや破損の有無などの確認が行われることが望ましい。 | 器械展開時の器械員数点検はもちろん、器械の破損等の確認は手術室医療事故マニュアル(Ⅲ、体内遺残防止)に明記してあるが、器械の破損チェックが不十分であったことから、器械出し看護師は早めに準備し器械の点検を行えるような環境を整えていく。 器械が術中に破損する可能性もあることから、器械出し看護師は使用した機械の破損の有無などを確認していく。また、滅菌業務委託業者に対し、洗浄後や器械滅菌前に器械の破損や動き方の状況を点検するよう再度依頼した。 | 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 |
|------------------|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| ＜手術室看護業務管理・医療安全＞ | | | | |
| 体内遺残防止 | 74 | ガーゼ・器械カウントについて「ガーゼ等の迷入の可能性が極めて少ない術式に関してはカウントしない」とされているが、根拠および該当する術式を明確に示し、手術室の職員全体で共通理解する必要がある。白ガーゼ使用の基準も同様に考えられるため、「ガーゼ・器械カウント不要」「白ガーゼ使用」に関するルールを明確に示すことが重要と考える。 | 器械・ガーゼカウント方法、使用ガーゼの種類については、手術室医療事故マニュアル(Ⅲ、体内遺残防止)の記載内容の徹底を周知した。また、ピックアップや器械展開時に準備等が出来るようにクリーンルームに各科術式別に使用するガーゼの種類や枚数の一覧表を掲示にあるので共通理解に努めている。 | 完了 |
| | 75 | (レントゲン撮影) 閉腹時に腹部単純 X 線撮影により、ガーゼ・器械の残存確認を行っていた。 画面上の腹部写真を2メートルほど離れた術野から見て医師が「なし」という判断を行っていた。X線不透過性ガーゼは、迷入した部位により非常に読影が困難なケースがある為、遠目からの確認は危険を伴うと考えられるため改善が望まれる。 | 手術室医療事故マニュアル(Ⅲ、体内遺残防止)にも「レントゲン写真での体内異物有無の確認は医師に責任があり、体内異物遺残防止の最終責任は医師にある」と明記されており、遠目からの確認は行わないよう徹底した。 | 完了 |
| 転倒・転落防止 | 76 | 手術台に患者が臥床した状態で搬送する際、固定が殆どされていない状況が見られた。転落防止・危険予防の観点から患者をマジックベルト等で固定することが望まれる。 | 患者搬送時は、ストレッチャーの場合、必ず柵を上げ、麻酔科医がベッド頭側に立ち、看護師が両サイドに立って搬送する。患者の状況に応じて必要時に下肢や体幹抑制を行う。 | 完了 |
| | 77 | ベッド乗り換えホールで、弾性ストッキングを装着した患者が歩行入室する際、スリッパに履き替えていたが、転倒リスクを高めることになると考えられる。履いてきたものでの入室あるいは履物の検討をお願いしたい。 | 履物の履き替えについて、入院患者は使用している院内履物で入室し、外来患者は手術室の履物に履き替えることとした。 | 完了 |
| ME 機器の管理 | 78 | 手術室では高度で専門的知識や技術が求められる医療機器を数多く取り扱っている。現状では、医療機器の管理・操作・保守点検を専門外である看護師が殆ど実施しており、定期的な点検も含め臨床工学士が関わる必要があると考える。その上で点検記録を残すようにして頂きたい。 | (番号 30 参照) | 完了 |
| | 79 | 始業前点検に関しては、機器のセルフチェックに頼るところが大きいようであるが、不具合発生時に看護師がチェックするのではなく、臨床工学士が確認するような体制の整備が望まれる。 | (番号 30 参照) | 完了 |
| 手術部看護部門管理 | 80 | 看護師長・主任が中心となり手術部門のマネジメントが行われていることを確認した。中心となる看護師長は、手術調整から事務的な連絡まで全て行っており、看護師の教育指導、他部門との交渉や調整など重要な役割を果たす時間的な余裕もない状況が見受けられた。手術部門全体の業務を見直し整理を行うことで、看護職員以外でも行える業務を明確にし、役割分担することで、より効率的な手術部門の運営が可能になると考えられる。 | 現在、看護師長(不在時は副看護師長)が手術調整から事務的な連絡、業者対応等全て行っているのが現状である。 手術部門全体の業務を整理・見直しを行い、看護師長の役割、副看護師長の役割を明確化するとともに、リーダー的看護師を養成し、師長、副師長の補佐を行うこととした。また、手術後の片付けや部屋掃除など看護師以外の職員ができる業務については、看護助手を増員し業務を分担した。 | 完了 |
| その他 | 81 | 患者入室時に着物の着用がなく下着1枚での入室であった。患者のアメニティへの考慮が必要と考えられた。 | 着物着用のままでの入室については、入室方法を変更中である。 | 次年度以降対応 |

| 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 感染管理 | | | | |
| 手術室確認結果 ファシリティ・ マネジメント | 82 | (清掃) 血液など湿性生体物質による汚染部分の処理方法について、プロベスト(第4級アンモニウム系薬剤＝低水準消毒薬)を使用しているが、中水準消毒薬によるピンポイント消毒が適切と考える。よって、界面活性剤による生体物質の除去の後、中水準消毒薬による環境消毒の手順を整備していただきたい。(手術室だけでなく病院全体のマニュアル化が必要と考える) | 湿性生体物質による汚染部分の処理方法については、プロベスト使用とともに中水準消毒薬によるピンポイント消毒として 0.5%ピューラックス溶液を精製した。それに伴い湿性生体物質による汚染部分の処理方法についてプロベストによる生体物質の除去の後、0.5%ピューラックス溶液による環境消毒を実施するようにスタッフに周知した。 | 完了 |
| | 83 | (空調) 手術途中で空調が作動していないことに気付くといった状況があった。手術室の清潔度は空調清浄度の差であることから、作動状況の確認が徹底されるよう対策検討をお願いしたい。 | 手術室の空調機は、1台のコントローラー制御で4~8台の空調機が作動する構成となっているが、制御基盤の故障のため、設定温度と室温がほぼ同じ場合に自動運転スイッチを入れると稼動しない空調機があったことから、現在修理を依頼中である。 また、清潔区域を保つため手術準備の環境整備の段階から空調作動させるようスタッフに徹底した。 | 年度内対応 |
| | 84 | (感染性廃棄物) 耐貫通性のバイオハザード表示のある容器が使用されていたが、足踏み式ホルダーが活用されていず、蓋がされずに開放のまま床置きされていた。感染性廃棄容器は基本的に蓋付きの状態を設置させるべきであるため、ホルダーの活用をスタッフへ周知徹底をお願いしたい。 | 手術室では感染性廃棄物にスタッフが接触する機会を減少させるためキックバケツを廃止し、代わりに感染性廃棄容器を使用している。手術終了時に、手術で使用した感染性廃棄容器に蓋をし、すみやかに感染性廃棄容器置き場に出しているため、手術室の各部屋で使用する感染性廃棄容器には足踏み式ホルダーが必要ない状態にある。 しかし、使用上の不便さなどから足踏み式ホルダーを活用しておらず、手術中に直接使用しない感染性廃棄容器に汚染物が入っているにもかかわらず蓋がされていない状況となっていた。 現在、手術室の各部屋で手術に直接使用しない感染性廃棄容器は、足踏み式ホルダーを使用している。 | 完了 |
| | 85 | (感染性廃棄物) 手術終了後のゴミ集めの場面で、感染性廃棄容器に手でオイフ等押し込む状況が何度か確認された。針刺し事故リスクが非常に高いため手で押し込まないということの徹底が必要である。 | 感染性廃棄容器に手を入れることは、針刺し事故や感染のリスクを非常に高めることから、手で押し込まないよう手術室の感染対策担当者を中心に研修会等を実施し、スタッフへ周知徹底を図った。 | 完了 |
| | 86 | (感染性廃棄物) 液体(血液や体液など)や鋭利物以外のオイフといった固形状のものも耐貫通性容器に入れていたが、バイオハザード表示のダンボール廃棄容器であれば容量も多くコスト削減につながると考える。 | 段ボール廃棄容器は、虫の発生や廃棄容器が一種類の方が置き場をとらない等の利点があるため、耐貫通性容器を採用しており、引き続き現在の運用方法とする。 | 完了 |
| | 87 | (リネン) 血液等湿性生体物質汚染のリネン容器に蓋がなかった。蓋の設置が必要である。 | 血液等湿性生体物質汚染のリネンによる感染予防のためにも、容器に蓋が必要であることから、蓋つきリネン容器を設置した。 | 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 |
|------------------------------|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| II 感染管理 | | | | |
| 手術室確認結果 ファシリティ・ マネジメント | 88 | (手術時手洗い) 手洗いシンクは清潔に保持されていたが、手洗い後は水はねが目立ったので、シンク周囲の乾燥保持のために適宜の清掃が必要である。 | 手術室スタッフである助手が、使用後のシンク周囲を適宜、清掃を行っているが、看護助手が増員されたことから適宜清掃を行っている。 | 完了 |
| 標準予防策の実際 | 89 | (手指衛生) スタッフ個々によって実施状況に差が見られた。手指衛生行動の向上については継続的に取り組んでいく必要があると考える。 〈確認された行動〉 ・床に落ちた包装紙を素手で拾いポケットに入れる。その後の手指衛生なし。 ・手袋を脱いだあとの手指衛生がない。 | 手指衛生は標準予防策の基本であり、特に手術室スタッフは感染予防の意味からも手指衛生行動についての知識を習得し、実践していく立場にあると考える。 手指衛生について呼びかけ、朝の呼唱の実施、勉強会により意識づけを行っている。 | 完了 |
| | 90 | 防護具(手袋・マスク・ガウン・エプロン等) 各部屋に手袋は常備されていたが、マスクやエプロンなどの設置がない。必要時に使用できない環境があった。看護師のゴーグル着用は徹底されているようであった。メガネ使用者のゴーグル着用率が低い。器材片付け時の手袋、尿破棄時のエプロンなど、必要な防護具が着用されていない場面があった。手袋装着の目的が不明(不必要と思われる装着、誤った装着)な場面が確認された。防護具の適正使用についても継続的な取り組みが必要と考える。 〈確認された行動〉 ・手袋装着した手で患者の健康皮膚や病衣に触れる、その後そのままの手袋で周囲機器類に触れる。 | 個人防護具(手袋・マスク・ガウン・エプロン等)の着用は湿性生体物質による汚染暴露予防として重要であることから、各部屋にマスクやエプロンを設置した。同時に器材片付け時の手袋、尿破棄時のエプロン着用等、防護具の着用を徹底するとともに、粘膜への湿性生体物質等による曝露防止のためゴーグル着用の必要性を周知し、着用の徹底を図った。 また、手袋装着の目的を明確にするとともに、個人防護具の適正使用に向け、手術室の感染対策担当者と協力し勉強会を開催し、意識付けを行っている。 | 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 感染管理 | | | | |
| 標準予防策の実際 | 91 | <p>(器材の洗浄・消毒・滅菌)</p> <p>外注職員が器材洗浄する際に、袖なしエプロンを装着していたが、血液などの跳ね返りも予測されるため、袖付きガウンが適当であると考えた。ガウンの配置がないとのことであったが、撥水性もしくは防水性ガウン、またはロング手袋の導入の検討が望まれる。</p> <p>クリーンゾーンへの入口にエアシャワー設備を設置しているが、各手術室からも入室が可能でありスタッフが出入りしている場面が確認された。クリーンゾーンと手術室とでは空調が等圧であるとのことから、クリーンゾーンをクリーンゾーンとするのであれば各手術室に対して陽圧設定に空調管理する、またスタッフの動線を規制するなどの取り組みが必要である。</p> <p>内視鏡自動洗浄機の洗浄槽の汚染が目立つ。定期的なメンテナンス実施と、日々の濃度チェック実施、および記録の記載が必要である。管理マニュアルの作成が望ましい。</p> <p>スポンジやタワシ類の管理について、病院全体での規定が明確となっていることが望ましい。</p> <p>気管内チューブのカフエア注入用注射器、胃管の空気注入用注射器など単回使用器具のリユースが確認された。取扱説明書に単回使用と表示のある器具のリユースについては部署内および病院としての規定とすることが望ましい。</p> <p>またリユースするための業務を削除することで看護師の業務改善につなげて頂きたい。</p> <p>〈確認されたリユース〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ・消毒薬ボトルを排液ボトルとして使用 ・クルムを排液ボトルの固定ヒモとして使用手術時手洗いの際に使用した手拭きペーパーを雑巾として使用 | <p>外注職員の防護具は受託業者が管理しているところであるが、器材洗浄時には水滴などの飛散による感染防止のために、適切な个人防护具の使用が必要であり、適切に使用されるよう受託業者を指導し、器械洗浄時はロング手袋を導入し使用していくこととした。</p> <p>クリーンゾーンへの入室に関しては、入室ルールを決めて周知しているが、クリーンゾーン担当者は、各部屋の抜管時の介助や入退室の介助の手伝いのためクリーンゾーンに常駐出来ない状況がある。そのため、各部屋の担当看護師が声をかけても不在となり、手術中に必要な機械や器具を取りに入ることが多くなってしまっていた。</p> <p>クリーンゾーンは揚圧設定となっており、スタッフの動線やクリーンゾーンに対するルールについては、朝の呼唱、勉強会等で啓蒙している。</p> <p>内視鏡自動洗浄器は、手術室では気管支ファイバーのみの洗浄に使用していた。洗浄槽の汚染は、洗浄槽の洗浄方法が水分の拭き取りのみのため、擦り落とすことが出来ない(洗浄槽のコーティングが剥がれる)現状にある。今回の指摘を受け洗浄槽のメンテナンスが十分に実施できないと判断し、今後自動洗浄器は使用せず、気管支ファイバーは内視鏡室に依頼し、洗浄してもらうこととした。</p> <p>スポンジ・タワシ類については、緑膿菌等の汚染が指摘され感染防止の観点から適切な管理が求められることから、スポンジ・タワシ類の管理については病院全体の規定を作成中である。</p> <p>気管内チューブのカフエア注入用注射器、胃管の空気注入用注射器など単回使用器具のリユースについては取りやめ単回使用とすることとした。</p> <p>その他確認されたリユースについても検討し改善していく予定である。</p> | 次年度以降対応 |
| | 92 | <p>(針刺し事故防止)</p> <p>針捨てBOXに80%以上廃棄されたものがあつたので、70~80%での廃棄を徹底して頂きたい。</p> <p>術者と直接介助者との持針器やメスなど器械の受け渡しでは、危険な渡し方・受け方をしている場面が見られた。また、相互の声掛けが少ないと感じられたため、事故防止の面から器機の受け渡しにおける安全な手順や声出しの必要性を検討して頂きたい。</p> | <p>針捨てBOXへの詰め過ぎは、廃棄時の針刺し事故の発生につながるため、70%での廃棄を目途に交換するよう徹底している。</p> <p>また、手術中に使用する鋭利な器械の受け渡し方法の徹底と、受け渡し時の声かけの徹底を周知するとともに、受け渡し方法の手順をマニュアルに記載した。</p> | 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 感染管理 | | | | |
| マニュアル | 93 | 1)CJD 対策について 2)手術時手洗いについて 3)廃棄物処理について 4)手術野消毒薬について 5)手術器材処理について 6)針刺し事故防止について 7)除毛について 8)手術室設備管理について 9)SSI対策について 内容に関しては、各項目で概念記述が多いため、臨床現場における具体的な行動レベルでの表記内容へと改訂を進めていくことで、より活用が促進されたいと考える。 | マニュアルについて概念記述が多く具体的な行動レベルでの記載が不十分であることから、臨床現場での行動内容に照らし合わせ随時、改訂を進めていく。また、今回の指摘をもとに、手術室など院内関係部署と協力し、現場で活用できるマニュアルになるよう見直しを進める。 | 年度内対応 |
| III 褥瘡対策 | | | | |
| 術前訪問について | 94 | 体位固定によるリスクをアセスメントすることが目的の一つになっているが、術前訪問の対象者が明確に示されていない。褥瘡対策の視点からも術前訪問対象患者の基準が必要である。 | 体位固定によるリスクのある患者を術前訪問対象患者の基準の中に組み込んだ。 | 完了 |
| 術中の褥瘡対策について | 95 | 全手術室の台に「ウレタン素材のマットレス」が新規導入され使用しているが、褥瘡対策を意識した活用になっていない。また、上肢・下肢・特殊体位(腹臥位・側臥位・座位・載石位等)で必要となる体圧分散用具の補助具は整備されていない現状があり、褥瘡対策の視点での活用及び整備の必要がある。 | 手術体位別に必要となる体圧分散用具の補助具の購入を進め、褥瘡対策の視点で活用方法をマニュアルに追加し明確にした。 | 完了 |
| 褥瘡発生時の報告ルートについて | 96 | 褥瘡対策は医療チームとして係わる必要があり、病棟や褥瘡対策チームとの連携が重要である。褥瘡発生時の報告ルートが明確にされることが望まれる。 | 褥瘡発生時の報告ルートを明確にするとともに、手術室の褥瘡対策の向上のため、発赤出現患者の術後訪問を実施し評価することとした。 | 完了 |
| 褥瘡対策マニュアルについて | 97 | 手術により褥瘡発生リスクが高まることから、褥瘡マニュアルの中に「手術室における褥瘡対策」の項目を是非設けて頂きたい。 | 褥瘡マニュアルの中に「手術室における褥瘡対策」の項目を設けた。今後は、褥瘡対策チーム会に来年度中に取得予定の皮膚・排泄認定看護師が加わる予定なので、情報を収集し、手術室褥瘡対策マニュアルの見直しに取り組む。 | 完了 |
| 手術室で使用する体圧分散用具の選択基準について | 98 | 看護師個々の判断に任せることなく、褥瘡予防管理ガイドライン等を活用して選択基準を作成することが望まれる。 | 手術室で使用する体圧分散用具の選択基準を明確にすることで統一した体圧分散用具の使用につながると考える。褥瘡予防管理ガイドライン等を活用して選択基準を作成していく。 | 完了 |
| 神経障害予防の体位について | 99 | 具体的な体位の取り方はマニュアルに記載されている。更に科学的な裏付けが記載されることにより、状況に応じて神経障害を予防する看護師の判断の幅が広がると考えられる。 | 手術体位による神経障害の後発部位について、科学的な裏付けを記載し、より統一した神経障害予防や状況に応じて、看護師の判断による効果的な神経障害予防対策につなげている。 | 完了 |
| 褥瘡発生要因のシーツの皺について | 100 | マニュアル内に「きれいにのばす」と記載されていたが、実際の場面では確認できなかった。是非、実施して頂きたい。 | シーツのしわに関連して皮膚トラブルの原因ともなり得るので、しわが出来ないように体位変換時や患者移動時等に実施を徹底している。 | 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 褥瘡対策 | | | | |
| 褥瘡発生要因のシーツの皺について | 101 | 手術中の観察項目に「褥瘡好発部位」が記載されており、紙面でのチェックはされていた。しかし、観察を行った上でのチェックではなかったため、改善が望まれる。 | 手術中における「褥瘡好発部位」のチェックは、観察を行った上で手術看護記録上の観察部位にチェックするよう徹底している。 | 完了 |
| 術前及び術後の皮膚の観察について | 102 | 挿管前や切開する前の皮膚の観察は確認できなかった。術後の観察はハッチウエイで側臥位になった時に、看護師の目視により行われていたが、声に出すなどの行為は見られなかった。皮膚の観察はチェックリスト等に基づき確認し、目視と共に触診するなどの方法を用いて実施することが望まれる。 | 入室時や麻酔導入前に皮膚の観察を行うことは、手術後の皮膚異常の早期発見にもつながり、発赤の出現を目視するだけでなく、複数の看護師で好発部位などを声に出し確認する事は重要であることから、観察方法をマニュアルに追加した。 | 完了 |
| 褥瘡対策マネジメントについて | 103 | 手術中は褥瘡発生の可能性やリスクが上昇する因子、つまり「手術時間」「手術中の低血圧状態の頻発」「手術中の深部体温の低下」などの影響により褥瘡が発生しやすい状態になっている。その為手術中の褥瘡対策を実施する必要がある。 また、褥瘡予防・管理ガイドライン(第3版)によると「周術期にどのような体圧分散マットレスや用具を使用すると褥瘡予防に有効か」の問いに対し、「褥瘡発生リスクがある患者には手術台に体圧分散マットレスや用具を使用するよう勧められる」と記載しており対策が必要と考える。 手術体位を整える場面で褥瘡予防の知識を活用することは有効であり、また皮膚観察の視点を持ち目視に加えて触診することで手術部での発生の特徴といわれている「深部損傷褥瘡:DTI:Deep Tissue Injury」の予測が可能となると考える。以上より手術室での積極的な褥瘡対策マネジメントを期待する。 | 手術室での褥瘡対策におけるマネジメントは、手術体位による褥瘡予防につながることから、手術体位に応じた適切な体圧分散マットレス(サージカルフォーム)や用具の使用方法を統一し、また、褥瘡発生リスクのある患者に応じた体圧分散用具の使用法(大きさや位置等)を記載した褥瘡対策マニュアルを作成した。 さらに皮膚観察の視点についても検討を行ない、「深部損傷褥瘡:DTI:Deep Tissue Injury」の予測が可能となることから、観察方法を目視だけでなく触診でも実施し、手術室での積極的な褥瘡マネジメントや褥瘡予防対策につなげている。 また、褥瘡マネジメントやデータ分析に関しては、来年度中に取得予定の皮膚・排泄認定看護師に協力を得ていく。 | 完了 |
| 今後の期待 | 104 | 周手術期看護及び診療報酬改定による褥瘡対策として 1)褥瘡対策のマニュアルの整備 2)褥瘡のデータ分析 3)手術室で使用する体圧分散用具の整備 4)褥瘡対策の実際 以上を期待する。 | 周手術期看護における褥瘡対策として指摘された1)～4)について手術室全体で取り組み、安全な手術につながるように検討する。 | 完了 |
| (委員) | | 麻薬管理については、確実に管理者を決めておいたほうが問題は起こらないと思うので、検討して欲しいと思う。 | 手術室看護師長が管理することとし、看護師長が不在の場合は副看護師長が管理する。 | 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<手術室業務>
 【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 | 7 | マニュアルでは、ベッド乗り換えホールでの患者確認において、患者に名乗ってもらった氏名と何を確認するのが明らかになっていない。先に行われた山梨大学看護部による訪問時にも指摘されたため、今回は実施表との照合が行われており改善はされていた。ただし、照合する用紙が正しい(転記したものではないこと、手術予定日・術式・執刀医などから当該患者のものである)ことを予め確認しておき、患者に名乗ってもらうだけでなく、術式や手術部位も確認することが重要である。これらの点に留意してマニュアルを改訂する必要がある。 | 入室時の患者確認を照合する用紙は、手術予定票を使用している。 照合する手術予定票に記載してある項目は、手術日・科名・患者 ID 患者氏名・年齢・性別・病名・術式・麻酔法・執刀医・助手医等、依頼医師が電子カルテ上のオーダー入力による手術申し送りサマリー内容を反映している。その内容を入室前に担当看護師(器械出し、外回り看護師)でダブルチェックにて確認するようにマニュアルの改訂時に加えていく。 | 入室時の患者確認を照合する用紙は、手術予定表を使用している。 照合する手術予定表に記載してある項目は、手術日・科名・患者 ID 患者氏名・年齢・性別・病名・術式・麻酔法・執刀医・助手医等、依頼医師が電子カルテ上のオーダー入力による手術申し送りサマリー内容を反映している。その内容を入室前に担当看護師(器械出し、外回り看護師)でダブルチェックにて確認するようにマニュアルを改訂した。入室時に担当麻酔医も看護師と共に申し送りを受けている。 |
| 修正 | 8 | 各手術室に入室した際にリストバンドのバーコードでチェックしているが、各手術室で予定されている患者の氏名と照合しているわけではなく、単に入室したことが記録されるだけである。このリストバンドのチェックでは、間違えた部屋に入室しても判らないことを認識しておく必要がある。よって、各手術室に入った際に再度、患者誤認をしていないことを確認する必要がある。これに関して、各手術室入室時に、誰(主治医、麻酔科医、看護師?)が何(患者に名乗ってもらった氏名・術式・手術部位?)と何(実施表?)を照合すべきなのを含めて、確認手順をマニュアルに明記して実行する必要がある。 | 患者誤認防止のため各部屋への入室後に再度、患者確認を行うようにしていく。そのため、担当看護師が患者リストバンドとホワイトボードに転記した患者氏名・術式(手術予定票をもとに転記を行うが、転記した患者氏名・術式を看護師が入室前にダブルチェックする)及び手術予定票を照合して確認を行う。また、麻酔科医も各部屋入室後、麻酔チャートを基に患者氏名・手術部位を確認するなど確認手順をマニュアルとして明記していく。 | 患者誤認防止のため各部屋への入室後に再度、患者確認を行うようにしていく。そのため、担当看護師が患者リストバンドとホワイトボードに転記した患者氏名・術式(手術予定表をもとに転記を行うが、転記した患者氏名・術式を看護師が入室前にダブルチェックする)及び手術予定表を照合して確認を行う。また、麻酔科医も各部屋入室後、麻酔チャートを基に患者氏名・手術部位を確認するなど確認手順をマニュアルに明記した。 |

| 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 | 9 | 手術当日に手術室が変更になった場合には、変更は中央廊下と各部屋のホワイトボードへの記載を変更することで対処している。上記のリストバンドによる各手術室への入室確認を有効にするためにも、次回の電子カルテの更新時には、手術室の割り振りの電子化(電子掲示板など)を検討すべき。その際には、手術室の割り振りの電子入力を担当する職員の増員が必要と思われる。 | 手術室の変更に関しては、指摘の内容で対処している。次回、電子カルテ更新時に検討をしていく。それまでは、上記の方法で各手術室への入室確認を継続していく。 | 手術室の変更になった場合は、中央廊下と各部屋のホワイトボードへの記載を変更することで対処している。次回、電子カルテ更新時に検討をしていく。それまでは、 <u>上記の方法</u> で各手術室への入室確認を継続していく。 |
| 修正 | 10 | 「患者本人に名乗ってもらった氏名」と「患者と共に運ばれてきた同意書の名前」を照合しただけでは、患者誤認防止にはならないと思う。 | 患者誤認防止のためには、手術予定票と患者本人との照合、同意書の氏名、患者リストバンド、各手術室へ入室後の確認などで照合を行なっていくことが重要である。 | 患者誤認防止のためには、手術予定表と患者本人との照合に加え、同意書の氏名、患者リストバンド、各手術室へ入室後の確認などで照合を行なっている。 |
| 修正 | 11 | タイムアウトに関して タイムアウトを行っていない診療科がある。全診療科で行うことになっているのではないのか？また、タイムアウトの手順を具体的に記載すべきだと思う。山梨大学では全身麻酔においては、術者(助手)、麻酔科医、看護師の立会いの下に、手術麻酔申込書と手術同意書を元にして手術部位、左右、術式について、“声に出して”確認してきた。更に、現在は WHO のチェックリストを参考に、各スタッフの自己紹介、手術予定時間・予想出血量・準備血・問題点などについても確認している。 | タイムアウト方法については、世界保健機関(WHO)のチェックリストを基に、各チームが統一的に確認作業を実施できるよう新たに基準を定め、徹底していく。 基本的には、麻酔前あるいは執刀前に、医師・看護師が一斉に手を止め、確認作業を行い、手術同意書を基に確認していきたい。 | タイムアウト方法については、世界保健機関(WHO)のチェックリストを基に、各チームが統一的に確認作業を実施できるよう新たに基準を定め、 <u>マニュアルに記載し実施している。</u> |
| 修正 | 12 | 手術部位(特に左右間違い)の確認に関するマニュアルがない。手術部位のマーキングをする必要があるのではない？マーキングも行わず、手術予定表(手術申込)における左右間違いのダブルチェックもしていないと、将来手術部位間違いを起こす危険がある。もし他の方法を用いているのであれば、マニュアルに明記すべきだと思う。 | 現在、患者の感情を考慮するなどの理由から術前のマーキングについては実施せず、患者入室後に医師が患者本人に左右の確認する機会が多いが、誤認防止の観点から、シール貼付など患者に負担のかからないマーキング方法を検討する。 術前のマーキングの実施について、手順やマーキングを必要とする術式の整理などを行い、マニュアル化を検討する。 | 現在、患者の感情を考慮するなどの理由から術前のマーキングについては実施せず、患者入室後に医師が患者本人に左右を確認する機会が多いが、誤認防止の観点から、 <u>術前のマーキングの実施について、手順やマーキングを必要とする術式の整理などを行い、手術部位の確認方法を定めマニュアルに記載した。</u> なお、 <u>マーキング方法は、シール貼付など患者に負担のかからない方法を検討中である。</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 | 13 | リストバンドが残ってしまうと患者誤認の原因になるので、退室時のバーコードチェックに使用したリストバンドの扱い(切り刻んで破棄?)をしっかりと決めて、マニュアルに記載する必要がある。 | 切断した患者リストバンドの破棄方法を決め、患者誤認防止マニュアルに記載していく | 切断した患者リストバンドの破棄方法を決め、患者誤認防止マニュアルに記載した。 |
| 修正 | 14 | 手術室における輸血に実施に関する手順が記載されていない。「病院の輸血施行時のマニュアル」の記載があるが、これにも手術室での輸血に関しては記載されていない。 | 手術室における輸血実施手順を作成していく。 | 手術室における輸血実施手順を作成した。 |
| 修正 | 15 | 手術室での輸血製剤の保管を中央の冷蔵庫で行っているため、各手術室へ持ち込む際に別の患者の輸血製剤を持ち込まないように、注意を喚起して、確認手順を決める必要がある。 | 上記の手順のなかに手術室の保冷庫から各手術室への持ち出す場合の確認手順を明記していく。 | 上記 14 の手順のなかに手術室の保冷庫から各手術室への持ち出す場合の確認手順を明記した。 |
| 修正 | 16 | 手術室への輸血製剤(RCC, FFP, 血小板)の搬入と保管、各手術室への搬送、各手術室へ持ってきた際の確認手順、実施前の確認(PDA?)などについて、具体的手順を明記して周知する必要がある。また、FFPの解凍は輸血部で行うようなので、解凍時間のチェックも必要である。 | 上記の内容を重なるが、手術室への輸血製剤(RCC, FFP, 血小板)の搬入と保管、各手術室への搬送、各手術室へ持ってきた際の確認手順、実施前の確認などについて、具体的手順を明記していく。 | 手術室への輸血製剤(RCC, FFP, 血小板)の搬入と保管、各手術室への搬送、各手術室へ持ってきた際の確認手順、実施前の確認などについて、具体的手順を明記した。 |
| 修正 | 17 | 血液型は 2 回以上異なる検体により確認されている必要があるのに、「病院の輸血施行時のマニュアル」に記載がない。また、2 回以上異なる検体で確認する必要があるが周知されていない。クロスマッチをやっていれば良いと思っても、血液型判定のための検体とクロスマッチのための検体が同じでは、2 回以上異なる検体で確認していることにはならない。採血時の患者誤認の危険があるので、注意が必要である。 | 輸血療法の手引の輸血療法の実施の P2~3 において、異なる検体で血液型検査を実施している。文言については、輸血療法委員会で解かりやすいように検討していく。 院内への周知は、「輸血療法委員会ニュース」を利用して毎年伝えていく。 | 輸血療法の手引の輸血療法の実施の P2~3 において、異なる検体で血液型検査を実施している。文言については、輸血療法委員会で解かりやすいものに修正した。 院内への周知は、「輸血療法委員会ニュース」を利用して毎年伝えていく。 |
| 修正 | 19 | 「電子カルテ内の検査結果で血液型を確認する」とあるが、その電子カルテが患者本人のものであることを確認することが重要である。 | 輸血搬入時には、電子カルテ内の検査結果での血液型記載画面をコピーした用紙を持参してくることになっている。しかし、手術室で患者を照合する場合、手術予定票と電子カルテが患者本人であることを確認する必要があると考える。 | 輸血搬入時には、電子カルテ内の検査結果での血液型記載画面をコピーした用紙を持参してくることになっている。しかし、手術室で患者を照合する場合、電子カルテが手術予定患者本人であることを確認する必要があることから、手術予定表と電子カルテで患者本人であることを確認している。 |

| 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 | 20 | T&S に関して、不規則抗体がないこと、Rh 陽性であることも確認すべき。不規則抗体の有効期限が明記されていない。 | 輸血システムでは、指摘事項については確認可能な状態になっている。 しかし、手術室の中では、輸血システムが閲覧できないので輸血システム上のものを印刷して手術室で把握できるよう変更していく。 | 輸血システムでは、指摘事項については確認可能な状態になっている。 しかし、手術室の中では、輸血システムが閲覧できないので、 <u>T&S においても輸血に関するデータを印刷し手術室に持参することとした。</u> |
| 修正 | 21 | 開腹・開胸手術の患者については全例でレントゲン撮影を行うのか？それとも、何らかの基準(ガーゼカウントが合わない、超大量出血、超緊急手術で術前のガーゼカウントができないとき)はあるのか？をマニュアルに記載すべき。 | 基本的には、開腹・開胸手術時には全例でレントゲン撮影を行うことになっている。しかし、開腹・開胸手術時以外(鏡視下手術など)でガーゼカウントが合わない場合はレントゲン撮影を行うことになっているのでマニュアルに記載しておく | 基本的には、開腹・開胸手術時には全例でレントゲン撮影を行うことになっている。しかし、開腹・開胸手術時以外(鏡視下手術など)でガーゼカウントが合わない場合はレントゲン撮影を行うことになっているのでマニュアルに記載した。 |
| 修正 | 22 | 整形外科のガーゼカウントで、ガーゼが合わないときには「イメージでの確認」とあるが、イメージではガーゼ遺残を見落とす事例があるので、注意深く確認する必要がある。 | イメージでのガーゼ確認を行なう場合は、医師に注意深く確認してもらえるように働きかけていく。 | <u>ガーゼ確認は、整形外科も全例レントゲン撮影を行うこととした。</u> |
| 修正 | 23 | IV 転倒・転落の 2)の歩行入室患者が手術台に寝る時の注意点として、手術台の両サイドにスタッフが付くことを追記したほうが良い。 | 追記する。 | <u>追記した。</u> |
| 修正 | 24 | ルートの接続や三活のゆるみの確認をするタイミング(入室後、挿入時)を明記したほうが良い。 | 明記する | <u>追記した。</u> |
| 修正 | 25 | 「早めの保温に心がける」⇒「最初から保温に心がける」 | 修正する | <u>修正した。</u> |
| 修正 | 26 | フットポンプは麻酔導入前に装着されており、術後の神経麻痺を予防する上で有効と思われる。ただし、このことをマニュアルにも記載した方が良い。 | マニュアルに記載する。 | <u>マニュアルに記載した。</u> |
| 修正 | 27 | 手術台の頭台・手台・足台が外れると危険なので、頭台・手台・足台の固定が確実であることも確認すべき。 | 手術中に頭台・手台・足台が外れると神経損傷の原因ともなり得るので頭台・手台・足台の固定が確実であることを確認する。 | 手術中に頭台・手台・足台が外れると神経損傷の原因ともなり得るので、頭台・手台・足台の固定が確実であることを確認することとした。 |
| 修正 | 29 | 温風式の体温維持装置を使用する際には、温風の吹き出し口が直接患者の体に当たらないように注意するなどして、熱傷を防止する必要がある。また、阻血部位に温風式体温維持装置を用いると熱傷の危険があることを周知すべき。 | 温風式の体温維持装置を使用する際には熱傷を防止することや阻血部位に温風式体温維持装置を用いると熱傷の危険があることを周知していく | 温風式の体温維持装置を使用する際には熱傷を防止することや阻血部位に温風式体温維持装置を用いると熱傷の危険があることを周知した。 |

| 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 | 30 | ME 機器は年 2 回定期点検を行っているとのことであるが、点検の責任者(臨床工学技士?)について明記されていない。手術室における ME 機器管理を行うために、手術室担当の臨床工学技士の増員が必要と思われる。 | <p>現在、臨床工学士は、手術室の電気メス、輸液ポンプ、シリンジポンプの年 2 回の点検に係るとともに、脳外科の一部手術では、医療機器の操作を行っている。</p> <p>手術室で取り扱う医療機器は、年々高度かつ複雑化しており、手術室看護師の機器エラー対応では患者に危険が生じるおそれもあることから、手術室内の医療機器の保守、管理への臨床工学士の関与の必要性は認識しているが、人員不足等もあり実現していない。</p> <p>今後、臨床工学士の増員及び効果的な運営方法等を検討する。</p> <p>点検記録は、ME センターで 5 年間保存している。</p> <p>現在の医療機器は、始業時に機器の作動状態を点検するためにセルフチェックを実施することが標準であり、セルフチェックを活用しエラー時に対応できるような安全な運営体制の構築を検討する。</p> | <p>現在、臨床工学技士は、手術室の電気メス、輸液ポンプ、シリンジポンプの年 2 回の点検に係るとともに、脳外科の一部手術では、医療機器の操作を行っている。</p> <p>手術室で取り扱う医療機器は、年々高度かつ複雑化しており、手術室看護師の機器エラー対応では患者に危険が生じるおそれもあることから、手術室内の医療機器の保守、管理への臨床工学技士の関与の必要性は認識しているが、人員不足等もあり実現していない。</p> <p>点検記録は、ME センターで 5 年間保存している。</p> <p>現在の医療機器は、始業時に機器の作動状態を点検するためにセルフチェックを実施することが標準であり、セルフチェックを活用しエラー時に対応できるよう、<u>本年 6 月より手術室担当の臨床工学技士が毎週月・木曜日に麻酔器始業点検等の手術室機器の点検を実施している。</u></p> <p><u>今後、人員確保を働きかけ、手術室機器の点検等を毎日実施し、手術室の安全が確保出来るような体制整備に努めていく。</u></p> |
| 修正 | 31 | 針のリキャップはしないことになっているが、どうしても必要な場合には片手リキャップも知っておく必要がある。 | 手術中に局所麻酔薬を使用する場合など針のリキャップがどうしても必要な場合には片手リキャップを行なうことを周知する。 | 手術中に局所麻酔薬を使用する場合など針のリキャップがどうしても必要な場合には片手リキャップを行なうことを周知した。 |
| 修正 | 32 | 手術室における麻薬管理に関する手順がマニュアルに記載されていない。麻酔科科長が全て行っているとのことであるが、手術室専任の薬剤師を配属して、麻薬・筋弛緩薬・吸入麻酔薬の管理を行うのが望ましい。 | <p>麻薬、筋弛緩薬、向精神薬(ソセゴン、レパタン)の管理に関して薬剤師が手術室に出向き、使用簿と残薬数、空アンプル等を確認して補充する方法で行う。さらに薬剤師の人員を確保した上で、手術記録あるいはコスト請求(使用薬剤シート)の記載薬剤と使用した薬剤との照合を行なうような薬剤管理方法を検討する。</p> <p>手術室では、麻薬、筋弛緩薬、劇薬の薬剤の使用頻度が多いことから、今後、薬剤師が手術室での払い出し業務を行なうこととし、他の薬品についても 1 回/月程度ではなく回数を増やしていく。</p> | <p>麻薬、筋弛緩薬、向精神薬(ソセゴン、レパタン)の管理に関して薬剤師が手術室に出向き、使用簿と残薬数、空アンプル等を確認して補充する方法で行うこととし、<u>麻薬管理に関するマニュアルに明記した。</u></p> <p><u>さらに薬剤師の人員が確保された段階で、手術記録あるいはコスト請求(使用薬剤シート)の記載薬剤と使用した薬剤との照合を行なうような薬剤管理方法を定めていく。</u></p> <p>手術室では、麻薬、筋弛緩薬、劇薬の薬剤の使用頻度が多いことから、今後、薬剤師が手術室での払い出し業務を行なうこととし、他の薬品についても <u>1 回/2 週と回数を増やした。</u></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 | 33 | 薬剤師による手術室内の薬品の点検が1ヶ月に1回では少なすぎるので、手術室専任の薬剤師が配属されるまでは、せめて毎日薬剤師による薬剤管理が必要と思われる。 | 上記と同様 | 薬剤師の人員確保が図られるまでは、薬品点検は、月1回から2週間で1回に回数を増やした。 |
| 修正 | 34 | カウンターショックは体外ペーシング対応とあるが、手術部スタッフはペーシングパッドの接続方法を予め習得しておく必要がある。 | 勉強会を行ないDCの使用方法などを周知していく。 | 勉強会を行ないカウンターショックの使用方法などを周知した。 |
| 修正 | 35 | 間欠的下肢圧迫装置の使用対象は全身麻酔症例と長時間手術とのことであるが、装着の判断基準を決めておいた方が良い。 | 装着の判断基準を決めていく。 | 装着の判断基準を決めた。 |
| 修正 | 36 | 術後は、手術室での間欠的下肢圧迫装置は一度外して、病棟のものを再装着するようであるが、一元的に管理した方が良い。 | 間欠的下肢圧迫装置の装着の一元化については院内での検討が必要である。手術室だけの検討では一元化は不可能である。 | 間欠的下肢圧迫装置の装着の一元化については、 <u>予算が措置された段階で院内で検討する。</u> |
| 修正 | 38 | 「DVT予防対策マニュアル」と「周術期肺塞栓症対策マニュアル」が別々にあるが、一元化したマニュアルの方が実際には活用しやすいのではないかと感じる。また、おのおの表裏1枚のみで情報量が少ないように感じられる。 | 現在、「DVT 予防対策マニュアル」と「周術期肺塞栓症マニュアル」を一元化したマニュアルを作成中であり、次項目以降の指摘等を掲載していく。 ① 予防やリスク分類表 ② 発症を疑った時の診断・治療手順のフローチャート 1) 主治医(又は当直医)への報告経路、専門医(循環器)への相談経路 2) 主治医(又は当直医)、専門医(循環器)検査手順。緊急時の対策 ③ 肺塞栓症予防目的の下大静脈フィルター留置の適応 ④ 肺血栓塞栓症/深部静脈血栓症(静脈血栓塞栓症)予防ガイドライン」のアドレス記載→予防ガイドラインの活用啓蒙などを作成し掲載していく。 | 現在、「DVT 予防対策マニュアル」と「周術期肺塞栓症マニュアル」を一元化したマニュアルを作成中であり、次項目以降の指摘等を掲載した。 ① 予防やリスク分類表 ② 発症を疑った時の診断・治療手順のフローチャート 1) 主治医(又は当直医)への報告経路、専門医(循環器)への相談経路 2) 主治医(又は当直医)、専門医(循環器)検査手順。緊急時の対策 ③ 肺塞栓症予防目的の下大静脈フィルター留置の適応 ④ 肺血栓塞栓症/深部静脈血栓症(静脈血栓塞栓症)予防ガイドライン」のアドレス記載→予防ガイドラインの活用啓蒙などを作成し掲載していく。 |

| 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 | 39 | 引用してある「肺血栓塞栓症/深部静脈血栓症(静脈血栓塞栓症)予防ガイドライン」のアドレスを掲載するのみで、予防やリスク分類はそれに順ずるとの記載だけでは対策マニュアルとして不十分ではないか。活用しやすいものにする為にも、予防やリスク分類に関して具体的なものを表等にまとめ、マニュアルに掲載されてはどうか。その上で、どの文献からの引用であるかを明確にしておくために「肺血栓塞栓症/深部静脈血栓症(静脈血栓塞栓症)予防ガイドライン」のアドレスを記載されると良いのではないか。 | 現在作成中のマニュアルに掲載する。 | <u>マニュアルに掲載した。</u> |
| 修正 | 40 | 発症を疑った時の診断・治療手順が曖昧。もっと具体的に示した方が活用しやすくなるのではないか。(できればフローチャートみたいなものの作成を検討していただきたい。もしもすでに作成されているのであれば、一元化したマニュアルの中に掲載していただくことを検討していただきたい)。 | 現在作成中のマニュアルに掲載する。 | <u>マニュアルに掲載した。</u> |
| 修正 | 41 | どの時点で主治医(又は当直医)に報告し、専門医(循環器)に相談するのか判断できるように、発症を疑う場合の症状なども記載されると、より迅速な対応につなげられるのではないか(経験や知識に頼るのではなく、何らかの指標を示すことで、より判断しやすい状況になると考えられる)。 | 現在作成中のマニュアルに掲載する。 | <u>マニュアルに掲載した。</u> |
| 修正 | 42 | 主治医(又は当直医)と専門医(循環器)のどちらが行うべき検査かが不明瞭。緊急時の対策を明確にした方が職員は動きやすい。 | 現在作成中のマニュアルに掲載する。 | <u>マニュアルに掲載した。</u> |
| 修正 | 43 | 術前にDVTが見つかった際の肺塞栓症予防目的の下大静脈フィルターの適応についての記載がない。 | 現在作成中のマニュアルに掲載する。 | <u>マニュアルに掲載した。</u> |
| 修正 | 44 | 患者用(?)のパンフレットを作成して啓蒙することはよいが、看護師に対する看護の点で注意すべきことなども具体的に加えた方がよい。 | 現在作成中のマニュアルに掲載する。 | <u>DVT 予防対策参考資料に掲載する。</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 | 45 | 前述の「患者誤認マニュアル」と同じ内容が必要である。 | — | (番号 44 参照) |
| 修正 | 46 | 退室に関してある程度の基準は示してもよいのではないかと。例えば、呼名により容易に覚醒すること。バイタルサイン(血圧・心拍数・リズム・SpO2・体温など)が安定していること。気道を維持することができ、呼吸が安定し十分されていること。気道反射が回復していること。疼痛が容認できる範囲であること。悪心がない、又は最小限であること。筋力の回復が十分であり、舌の突出ができ、握手に力が入ること。 | 退室基準については要望された内容について麻酔科医と検討を行ない、基準の作成を行っていく。 | 退室基準については、 <u>看護記録用紙に退室基準の項目を掲載した。</u> |
| 修正 | 47 | 避難誘導図参照とあるが、避難誘導図は存在しないので早急に作成する必要がある。取り決めでは、1階屋上に逃げることになっているようだが、避難の動線は2方向確保されている必要がある。 | 避難誘導図を早急に作成する。 | 避難誘導図は、 <u>避難誘導マニュアルに掲載した。</u> |
| 修正 | 48 | 電力が供給されなくなった際の、照明、无影灯、コンセント、麻酔器、生体監視モニターの作動状況を確認して、マニュアルに記載した方がよい。(例えば照明以外は停電しないなど) | 電力供給がされなくなった際の各機器について作動状況を確認する。 自家発電について施設係に確認をする。 | 停電しない機器は、 <u>无影灯や麻酔器、赤色・緑色のコンセントであり、赤色コンセントは停電後 40 秒以内に自家発電に切り替わることとなっている。</u> |
| 修正 | 49 | 酸素の配管は地震時には緊急遮断弁が作動するとあるが、復帰は自動的なのか、誰かが配管を点検後に手動で行われるのか？もし手動の場合には、病棟の呼吸器はどのような対応になるのか？ | 施設係および ME に確認をする | <u>地震時、酸素の配管に漏れがある場合は、自動的に緊急遮断弁が作動する。また、手動にて緊急遮断弁を作動する事もでき、復帰も自動である。院内の貸出用人工呼吸器には、アンビューバックが常備され、災害時等に備えてある。</u> |
| 修正 | 50 | 手術室の麻酔器には予備酸素ポンペは装着されて内容量が確認されている必要があるが、実際には麻酔器に予備酸素ポンペが装着されていない。 | 麻酔器に予備酸素ポンペを装着していく。⇒ 依頼済み | 麻酔器に予備酸素ポンペを装着した。 |
| 修正 | 52 | アンビューバックは 2 セットと書いてあるが、全手術室に対して 2 セットでは少ない。麻酔器の故障にも備えるために、各手術室にアンビューバックを 1 セット備える必要がある。 | アンビューバックの購入を早期に行ない、各部屋に常備しておく | アンビューバックを各部屋に常備した。 |

| 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 | 53 | 各部屋に懐中電灯が必要。 | 各手術室に常備する。 | 各手術室に常備した。 |
| 修正 | 54 | 担架、おんぶ紐、拡声器などの準備も必要。情報の確保手段(ラジオ、ワンセグテレビ、可能なら衛星電話)も手術室に備えておいた方が良い。 | 一度には、無理であるが購入できるものから購入していく。 | 一度に <u>全ての物品を購入することは無理であるが購入できるものから<u>準じ購入している。</u></u> |
| 修正 | 56 | 自家発電は水冷式だと断水時には使用できないが井戸水などの対応があるのか？ | 井戸水の対応は未定。施設係に確認。 | <u>自家発電は空冷式であり、水は不要である。また、断水時には貯水槽により対応する。</u> |
| 修正 | 57 | 院内PHSシステムは全て非常用電源に繋がっているか？ | 3.11の停電時には不具合の報告は無かった。 | <u>PHSシステムは、赤コンセント(瞬時停電)から電気が供給されており、加えて無停電装置も設置されている。なお、東日本大震災に係る停電時には不具合の報告は無かった。</u> |
| 修正 | 58 | 手術室医療事故対策マニュアルの最初の部分と余り変わらない内容なので、手術室医療事故対策マニュアルに記載を統合した方が良いと思う。 | 重複する内容については手術室医療事故マニュアルに記載を統合していく | 重複する内容については、手術室医療事故マニュアルに <u>統合した。</u> |
| 修正 | 59 | 患者入室時に、患者自身に名前を名乗ってもらい同時にリストバンドとの照合が行われていた。しかし、手術申込書や手術予定表など、患者氏名確認の基となる紙媒体ではなく、看護師の記憶に頼る方法であった。そのため同姓同名患者・類似氏名患者の取り違えにつながる危険性があると判断した。よって、書面に基づく患者確認の実施を検討して頂きたい。 | 患者入室時の患者氏名及び手術部位確認において手術予定表を用いた書面での患者確認を実施することと変更した。 | (番号7参照) |
| 修正 | 60 | 入室時、乗り換えホールで患者が先に行き、カルテは申し送り後手術室に運ばれる状況があり、カルテと患者が離れることが確認された。横浜市立大学の患者取り違え事例のような間違いを防止するためにも、患者とカルテは一緒に移動できるようにして頂きたい。 | 入室時間が重なる場合、乗り換えホールでの待ち時間を少なくするため、手術患者と手術に関する患者ファイルが離れてしまう現状がある。 今後は、患者とファイルが離れないよう看護師が手術室に入室し、申し送りや患者の迎えを行う方向で検討中である。 | (番号7参照) |

| 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 | 61 | 各手術室では患者確認のためにホワイトボードに、電子カルテで手術申込書を確認しながら、「患者氏名、手術名(左右のある場合は赤字でみぎ・ひだり)」が記載されていた。しかし、患者入室から、入室確定までの間に、ホワイトボードを活用した確認が実施されている様子は確認できなかった。確認したことが他者にも分かるように、指差し呼称で確認する等、より確実な方法を検討して頂きたい。 | 患者入室時に、患者とホワイトボードに記載した氏名・術式を照合、その後リストバンドを切断、電子カルテにて入室確認を実施しているが。しかし、ホワイトボードへの転記確認も含め不十分な状況であることから、事前に準備できるものはあらかじめ周到に準備することの徹底や転記内容のダブルチェック、声出し確認など、より確実な確認・照合を実施する。 | 患者入室時に、患者とホワイトボードに記載した氏名・術式を照合、その後リストバンドを切断、電子カルテにて入室確認を実施している。しかし、ホワイトボードへの転記確認も含め不十分な状況であることから、事前に準備できるものはあらかじめ周到に準備することの徹底や転記内容のダブルチェック、声出し確認など、より確実な確認・照合により実施している。 |
| 修正 | 64 | 手術同意書は手術室へ持参されていたが、内容確認はされていなかった。 手術同意書はインフォームドコンセントに基づき明文化されたものであり、患者の承諾内容と予定手術の内容が一致している事を医療チームとして確認・共有することが重要である。これから実施する手術についてどのように説明し、同意を得たのかを確認するために、「手術同意書」の内容を確認することをルールとして頂きたい。 | チームとして、メンバーの予定手術の内容の共有と患者の承諾内容の合致確認は、確実な手術実施に不可欠であり、ホワイトボード等の患者確認と同様に手術同意書による適正な確認方法を検討する。 | チームとして、メンバーの予定手術の内容の共有と患者の承諾内容の合致確認は、確実な手術実施に不可欠である。 <u>手術室入室時、病棟看護師とともに手術患者チェックリスト、手術同意書、手術予定表の内容が一致しているか確認することとした。</u> |
| 修正 | 66 | 払い出された麻薬は、麻薬用金庫に保管され、施錠できる機の引き出しに収納されていた。しかし、麻薬用金庫は手掘り金庫であり、金庫の施錠をしないまま引き出しのみ施錠している状況があり、鍵の管理を含め、更に徹底した管理を検討して頂きたい。その際、手掘り金庫は持ち出される可能性がある為、速やかに固定された金庫等の設置が望まれる。 | 麻薬等の確実な管理を行うため、固定式金庫を速やかに設置する。 | 麻薬等の確実な管理を行うため、固定式金庫を設置した。 |
| 修正 | 67 | 手術野での薬品の取り扱いについて、麻酔科医師と看護師の相互の目視、声出しによる確認は実施されていなかった。誤薬防止の教育指導が必要と考えられる。 | 手術中、使用する薬剤については執刀医又は麻酔科医と担当看護師が相互の目視(ダブルチェック)、声出しによる確認を徹底する。 | 手術中、使用する薬剤については、執刀医又は麻酔科医と担当看護師が相互の目視(ダブルチェック)、声出しによる確認を徹底することとした。 |

| 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 | 72 | <p>(閉創時の器械カウント)</p> <p>器械出し看護師がリストを基に行う方法、器械出し看護師がリストを外回り看護師に渡し読み上げてもらい確認する方法などが混在している状況であった。後者では2回目の器械カウントは、使用した物を看護師の記憶に頼り実施しているとのことであり不確実である。また器械およびガーゼ・消耗品のカウントの一致を声に出して確認し合うなどの行為は限定的であり、カウントの一致と共有が図られているとは言い難い。</p> <p>カウント方法を統一し、外回り看護師・器械出し看護師の責任の所在を明確にした上で、カウントの一致を確認する際、はっきりと声を出し、手術に関係したスタッフ全員で確認できるようにすることが望まれる。</p> | <p>閉創時の器械・ガーゼ・消耗品のカウントは、体内遺残防止目的において重要な作業であることから、現在も体内遺残が無いように担当看護師は責任を持って器械・ガーゼカウントを行ない、一致の確認をしている。また、一致の報告を術者等に声を出して報告しており、不一致の場合も不足の器械やガーゼの報告も行っている。</p> <p>カウント方法が混在している点については、カウント方法の再検討を行ない、統一したカウント方法を採用することとスタッフ全員が理解できるようにする。また、手術に係る全ての職員がカウント時の各自の役割や責任を明確にし、確認が行われるよう徹底する。</p> | <p>閉創時の器械・ガーゼ・消耗品のカウントは、体内遺残防止目的において重要な作業であることから、現在も体内遺残が無いように担当看護師は責任を持って器械・ガーゼカウントを行ない、一致の確認をしている。また、一致の報告を術者等に声を出して報告しており、不一致の場合も不足の器械やガーゼの報告も行っている。</p> <p>カウント方法が混在している点については、カウント方法の再検討を行ない、スタッフ全員が理解できるようマニュアルを改訂しカウント方法を統一した。また、手術に係る全ての職員がカウント時の各自の役割や責任を明確にし、確認が行われるよう徹底している。</p> |
| 修正 | 73 | <p>(手術器械の点検)</p> <p>器械出し看護師が器械カウントを行う際、器械の員数点検は行っていたが、器械の動き・破損の有無・先端の一致などの点検を行っていない状況であった。</p> <p>手術中の使用に伴う破損や破損した器械の一部が体内遺残するケースもある為、員数点検とともに器械の動きや破損の有無などの確認が行われることが望ましい。</p> | <p>器械展開時の器械員数点検はもちろん、器械の破損等の確認は手術室医療事故マニュアル(Ⅲ、体内遺残防止)に明記してあるが、器械の破損チェックが不十分であった。</p> <p>器機が術中に破損する可能性もあることから、器械出し看護師の確認方法を検討するとともに、滅菌業務委託業者に対し、洗浄後や器械滅菌前に器械の破損や動き方の状況を点検するよう協力を求めていく。</p> | <p>器械展開時の器械員数点検はもちろん、器械の破損等の確認は手術室医療事故マニュアル(Ⅲ、体内遺残防止)に明記してあるが、器械の破損チェックが不十分であったことから、器械出し看護師は早めに準備し器械の点検を行えるような環境を整えていく。</p> <p>器機が術中に破損する可能性もあることから、器械出し看護師は使用した機械の破損の有無などを確認していく。また、滅菌業務委託業者に対し、洗浄後や器械滅菌前に器械の破損や動き方の状況を点検するよう再度依頼した。</p> |
| 修正 | 74 | <p>ガーゼ・器械カウントについて「ガーゼ等の迷入の可能性が極めて少ない術式に関してはカウントしない」とされているが、根拠および該当する術式を明確に示し、手術室の職員全体で共通理解する必要がある。白ガーゼ使用の基準も同様に考えられるため、「ガーゼ・器械カウント不要」「白ガーゼ使用」に関するルールを明確に示すことが重要と考える。</p> | <p>器械・ガーゼカウント方法、使用ガーゼの種類については、各科別に手術室医療事故マニュアル(Ⅲ、体内遺残防止)に明記してあるが、スタッフに再度徹底を周知していく。また、ピックアップや器械展開時に準備等が出来るようにクリーンルームに各科術式別に使用するガーゼの種類や枚数の一覧表を掲示あるので共通理解に努めていく。</p> | <p>器械・ガーゼカウント方法、使用ガーゼの種類については、手術室医療事故マニュアル(Ⅲ、体内遺残防止)の記載内容の徹底を周知した。また、ピックアップや器械展開時に準備等が出来るようにクリーンルームに各科術式別に使用するガーゼの種類や枚数の一覧表を掲示があるので共通理解に努めている。</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 | 75 | (レントゲン撮影) 閉腹時に腹部単純 X 線撮影により、ガーゼ・器械の残存確認を行っていた。 画面上の腹部写真を2メートルほど離れた術野から見て医師が「なし」という判断を行っていた。X線不透過性ガーゼは、迷入した部位により非常に読影が困難なケースがある為、遠目からの確認は危険を伴うと考えられるため改善が望まれる。 | 手術室医療事故マニュアル(Ⅲ、体内遺残防止)にも「レントゲン写真での体内異物有無の確認は医師に責任があり、体内異物遺残防止の最終責任は医師にある」と明記されており、今後、医師対して遠目からの確認は危険であることを周知する。 | 手術室医療事故マニュアル(Ⅲ、体内遺残防止)にも「レントゲン写真での体内異物有無の確認は医師に責任があり、体内異物遺残防止の最終責任は医師にある」と明記されており、遠目からの確認は <u>行わないよう徹底した。</u> |
| 修正 | 76 | 手術台に患者が臥床した状態で搬送する際、固定が殆どされていない状況が見られた。転落防止・危険予防の観点から患者をマジックベルト等で固定することが望まれる。 | 患者搬送時は、麻酔科医がベッド頭側立ち、看護師が両サイドに立ち患者の転落防止に努めている。今後、入退室方法(ベッド入室・車椅子入室)に関する見直しを行うこととしており、搬送時の対応についてもその中で検討していく。 | 患者搬送時は、 <u>ストレッチャーの場合、必ず柵を上げ、麻酔科医がベッド頭側に立ち、看護師が両サイドに立って搬送する。患者の状況に応じて必要時に下肢や体幹抑制を行う。</u> |
| 修正 | 77 | ベッド乗り換えホールで、弾性ストッキングを装着した患者が歩行入室する際、スリッパに履き替えていたが、転倒リスクを高めることになると考えられる。履いてきたものの入室あるいは履物の検討をお願いしたい。 | 履物の履き替えについても、入退室方法に関する見直し中で検討していく。 | 履物の履き替えについて、 <u>入院患者は使用している院内履物で入室し、外来患者は手術室の履物に履き替えることとした。</u> |
| 修正 | 80 | 看護師長・主任が中心となり手術部門のマネジメントが行われていることを確認した。中心となる看護師長は、手術調整から事務的な連絡まで全て行っており、看護師の教育指導、他部門との交渉や調整など重要な役割を果たす時間的な余裕もない状況が見受けられた。手術部門全体の業務を見直し整理を行うことで、看護職員以外でも行える業務を明確にし、役割分担することで、より効率的な手術部門の運営が可能になると考えられる。 | 現在、看護師長(不在時は副看護師長)が手術調整から事務的な連絡、業者対応等全て行っているのが現状である。 手術部門全体の業務を整理・見直しを行い、看護師長の役割、副看護師長の役割を明確化するとともに、リーダー的看護師を養成し、師長、副師長の補佐を行う。また、手術後の片付けや部屋掃除など看護師以外の職員ができる業務については、看護助手を増員するなどして役割分担を図る。 | 現在、看護師長(不在時は副看護師長)が手術調整から事務的な連絡、業者対応等全て行っているのが現状である。 手術部門全体の業務を整理・見直しを行い、看護師長の役割、副看護師長の役割を明確化するとともに、リーダー的看護師を養成し、師長、副師長の補佐を行うこととした。また、手術後の片付けや部屋掃除など看護師以外の職員ができる業務については、 <u>看護助手を増員し業務を分担した。</u> |
| 修正 | 81 | 患者入室時に着物の着用がなく下着1枚での入室であった。患者のアメニティーへの考慮が必要と考えられた。 | 着物着用のままでの入室については、入室方法の見直し中で検討していく。 | 着物着用のままでの入室については、 <u>入室方法を変更中である。</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 | 82 | <p>(清掃)</p> <p>血液など湿性生体物質による汚染部分の処理方法について、プロベスト(第4級アンモニウム系薬剤=低水準消毒薬)を使用しているが、中水準消毒薬によるピンポイント消毒が適切と考える。よって、界面活性剤による生体物質の除去の後、中水準消毒薬による環境消毒の手順を整備していただきたい。(手術室だけでなく病院全体のマニュアル化が必要と考える)</p> | <p>湿性生体物質による汚染部分の処理方法については、プロベスト使用とともに中水準消毒薬によるピンポイント消毒として 0.5%ピューラックス溶液を精製した。それに伴い湿性生体物質による汚染部分の処理方法についてプロベストによる生体物質の除去の後、0.5%ピューラックス溶液による環境消毒を実施するようにスタッフに周知した。</p> <p>また、血液による汚染が生じた場合には、次亜塩素酸ナトリウム(中水準消毒)を使用し消毒することとし、院内全体の消毒薬等の使用方法については、検討し、マニュアルを作成していく。</p> | <p>湿性生体物質による汚染部分の処理方法については、プロベスト使用とともに中水準消毒薬によるピンポイント消毒として 0.5%ピューラックス溶液を精製した。それに伴い湿性生体物質による汚染部分の処理方法についてプロベストによる生体物質の除去の後、0.5%ピューラックス溶液による環境消毒を実施するようにスタッフに周知した。</p> |
| 修正 | 83 | <p>(空調)</p> <p>手術途中で空調が作動していないことに気付くといった状況があった。手術室の清潔度は空調清浄度の差であることから、作動状況の確認が徹底されるよう対策検討をお願いしたい。</p> | <p>手術室の空調機は、1台のコントローラー制御で 4~8 台の空調機が作動する構成となっているが、制御基盤の故障のため、設定温度と室温がほぼ同じ場合に自動運転スイッチを入れると稼働しない空調機があったことから、現在修理を依頼中である。</p> <p>また、作動状況の確認を徹底するため、部屋準備時に空調の作動を確認、チェックすることとしチェック項目に含め、スタッフへの周知徹底を実施した。</p> | <p>手術室の空調機は、1台のコントローラー制御で 4~8 台の空調機が作動する構成となっているが、制御基盤の故障のため、設定温度と室温がほぼ同じ場合に自動運転スイッチを入れると稼働しない空調機があったことから、現在修理を依頼中である。</p> <p>また、清潔区域を保つため手術準備の環境整備の段階から空調作動させるようスタッフに徹底した。</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 | 84 | (感染性廃棄物) 耐貫通性のバイオハザード表示のある容器が使用されていたが、足踏み式ホルダーが活用されていず、蓋がされずに開放のまま床置きされていた。感染性廃棄容器は基本的に蓋付きの状態を設置させるべきであるため、ホルダーの活用をスタッフへ周知徹底をお願いしたい。 | 手術室では感染性廃棄物にスタッフが接触する機会を減少させるためキックバケツを廃止し、代わりに感染性廃棄容器を使用している。手術終了時に、手術で使用した感染性廃棄容器に蓋をし、すみやかに感染性廃棄容器置き場に出しているため、手術室の各部屋で使用する感染性廃棄容器には足踏み式ホルダーが必要ない状態にある。 しかし、使用上の不便さなどから足踏み式ホルダーを活用しておらず、手術中に直接使用しない感染性廃棄容器に汚染物が入っているにもかかわらず蓋がされていない状況となっていた。 今後、感染性廃棄容器は必ず蓋をするようスタッフに徹底する。 | 手術室では感染性廃棄物にスタッフが接触する機会を減少させるためキックバケツを廃止し、代わりに感染性廃棄容器を使用している。手術終了時に、手術で使用した感染性廃棄容器に蓋をし、すみやかに感染性廃棄容器置き場に出しているため、手術室の各部屋で使用する感染性廃棄容器には足踏み式ホルダーが必要ない状態にある。 しかし、使用上の不便さなどから足踏み式ホルダーを活用しておらず、手術中に直接使用しない感染性廃棄容器に汚染物が入っているにもかかわらず蓋がされていない状況となっていた。 <u>現在、手術室の各部屋で手術に直接使用しない感染性廃棄容器は、足踏み式ホルダーを使用している。</u> |
| 修正 | 85 | (感染性廃棄物) 手術終了後のゴミ集めの場面で、感染性廃棄容器に手でオイフ等を押し込む状況が何度か確認された。針刺し事故リスクが非常に高いため手で押し込まないということの徹底が必要である。 | 感染性廃棄容器に手を入れることは、針刺し事故や感染のリスクを非常に高めることから、手で押し込まないよう手術室の感染対策担当者を中心に研修会等を実施し、スタッフへ周知徹底を図る。 | 感染性廃棄容器に手を入れることは、針刺し事故や感染のリスクを非常に高めることから、手で押し込まないよう手術室の感染対策担当者を中心に研修会等を実施し、スタッフへ周知徹底を図った。 |
| 修正 | 86 | (感染性廃棄物) 液体(血液や体液など)や鋭利物以外のオイフといった固形状のものも耐貫通性容器に入れていたが、バイオハザード表示のダンボール廃棄容器であれば容量も多くコスト削減につながる。と考える。 | 段ボール廃棄容器は虫の発生などが予測されるため、耐貫通性容器を採用している。感染性廃棄容器の種類については、院内関係部署で検討する。 | 段ボール廃棄容器は、虫の発生や廃棄容器が一種類の方が置き場をとらない等の利点があるため、耐貫通性容器を採用しており、引き続き現在の運用方法とする。 |
| 修正 | 87 | (リネン) 血液等湿性生体物質汚染のリネン容器に蓋がなかった。蓋の設置が必要である。 | 血液等湿性生体物質汚染のリネンによる感染予防のためにも、容器に蓋が必要であることから、蓋つきリネン容器を設置する。 | 血液等湿性生体物質汚染のリネンによる感染予防のためにも、容器に蓋が必要であることから、蓋つきリネン容器を設置した。 |
| 修正 | 88 | (手術時手洗い) 手洗いシンクは清潔に保持されていたが、手洗い後は水はねが目立ったので、シンク周囲の乾燥保持のために適宜の清掃が必要である。 | 手術室スタッフである助手が、使用後のシンク周囲を適宜、清掃を行っているが、シンク周囲の乾燥保持のため、改めて管理方法について検討する。 | 手術室スタッフである助手が、使用後のシンク周囲を適宜、清掃を行っているが、看護助手が増員されたことから適宜清掃を行っている。 |

| 区分 | 番号 | 指摘・要望等の内容 | 考え方・対応等の状況 | |
|----|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | | 旧 | 新 |
| 修正 | 89 | <p>(手指衛生)</p> <p>スタッフ個々によって実施状況に差が見られた。手指衛生行動の向上については継続的に取り組んでいく必要があると考える。</p> <p>〈確認された行動〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ・床に落ちた包装紙を素手で拾いポケットに入れる。その後の手指衛生なし。 ・手袋を脱いだあとの手指衛生がない。 | <p>手指衛生は標準予防策の基本であり、特に手術室スタッフは感染予防の意味からも手指衛生行動についての知識を習得し、実践していく立場にあると考える。</p> <p>手指衛生行動が適切に実施できるよう手術室の感染対策担当者とは協力し、勉強会などを通じて手指衛生を徹底する。</p> | <p>手指衛生は標準予防策の基本であり、特に手術室スタッフは感染予防の意味からも手指衛生行動についての知識を習得し、実践していく立場にあると考える。</p> <p><u>手指衛生について呼びかけ、朝の呼唱の実施、勉強会により意識づけを行っている。</u></p> |
| 修正 | 90 | <p>防護具(手袋・マスク・ガウン・エプロン等)</p> <p>各部屋に手袋は常備されていたが、マスクやエプロンなどの設置がない。必要時に使用できない環境があった。看護師のゴーグル着用は徹底されているようであった。メガネ使用者のゴーグル着用率が低い。器材片付け時の手袋、尿破棄時のエプロンなど、必要な防護具が着用されていない場面があった。手袋装着の目的が不明(不必要と思われる装着、誤った装着)な場面が確認された。防護具の適正使用についても継続的な取り組みが必要と考える。</p> <p>〈確認された行動〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ・手袋装着した手で患者の健康皮膚や病衣に触れる、その後そのままの手袋で周囲機器類に触れる。 | <p>個人防護具(手袋・マスク・ガウン・エプロン等)の着用は湿性生体物質による汚染暴露予防として重要であることから、各部屋にマスクやエプロンを設置した。同時に器材片付け時の手袋、尿破棄時のエプロン着用等、防護具の着用を徹底するとともに、粘膜への湿性生体物質等による曝露防止のためゴーグル着用の必要性を周知し、着用の徹底を図る。</p> <p>また、手袋装着の目的を明確にするとともに、個人防護具の適正使用に向け、手術室の感染対策担当者とは協力し勉強会の開催などにより継続的に働きかけていく。</p> | <p>個人防護具(手袋・マスク・ガウン・エプロン等)の着用は湿性生体物質による汚染暴露予防として重要であることから、各部屋にマスクやエプロンを設置した。同時に器材片付け時の手袋、尿破棄時のエプロン着用等、防護具の着用を徹底するとともに、粘膜への湿性生体物質等による曝露防止のためゴーグル着用の必要性を周知し、着用の徹底を図った。</p> <p>また、手袋装着の目的を明確にするとともに、個人防護具の適正使用に向け、手術室の感染対策担当者とは協力し勉強会を開催し、<u>意識付けを行っている。</u></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 | 91 | <p>(器材の洗浄・消毒・滅菌)</p> <p>外注職員が器材洗浄する際に、袖なしエプロンを装着していたが、血液などの跳ね返りも予測されるため、袖付きガウンが適当であると考え。ガウンの配置がないとのことであったが、撥水性もしくは防水性ガウン、またはロング手袋の導入の検討が望まれる。</p> <p>クリーンゾーンへの入口にエアシャワー設備を設置しているが、各手術室からも入室が可能でありスタッフが出入りしている場面が確認された。クリーンゾーンと手術室とは空調が等圧であるとのことから、クリーンゾーンをクリーンゾーンとするのであれば各手術室に対して陽圧設定に空調管理する、またスタッフの動線を規制するなどの取り組みが必要である。</p> <p>内視鏡自動洗浄機の洗浄槽の汚染が目立つ。定期的なメンテナンス実施と、日々の濃度チェック実施、および記録の記載が必要である。管理マニュアルの作成が望ましい。</p> <p>スポンジやタワシ類の管理について、病院全体での規定が明確となっていることが望ましい。</p> <p>気管内チューブのカフエア注入用注射器、胃管の空気注入用注射器など単回使用器具のリユースが確認された。取扱説明書に単回使用と表示のある器具のリユースについては部署内および病院としての規定とすることが望ましい。</p> <p>またリユースするための業務を削除することで看護師の業務改善につなげて頂きたい。 (確認されたリユース)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・消毒薬ボトルを排液ボトルとして使用 ・クラムを排液ボトルの固定ヒモとして使用 <p>手術時手洗いの際に使用した手拭きペーパーを雑巾として使用</p> | <p>外注職員の防護具は受託業者が管理しているところであるが、器材洗浄時には水滴などの飛散による感染防止のために、適切な個人防護具の使用が必要であり、適切に使用されるよう受託業者を指導していく。</p> <p>クリーンゾーンへの入室に関しては、入室ルールを決めて周知しているが、クリーンゾーン担当者は、各部屋の抜管時の介助や入退室の介助の手伝いのためクリーンゾーンに常駐出来ない状況がある。そのため、各部屋の担当看護師が声をかけても不在となり、手術中に必要な機械や器具を取りに入ることが多くなってしまふ。</p> <p>クリーンゾーンの空調、人の出入り、スタッフの動線等のクリーンゾーンの運用について、改めて検討する。</p> <p>内視鏡自動洗浄器は、手術室では気管支ファイバーのみの洗浄に使用していた。洗浄槽の汚染は、洗浄槽の洗浄方法が水分の拭き取りのみのため、擦り落とすことが出来ない(洗浄槽のコーティングが剥がれる)現状にある。今回の指摘を受け洗浄槽のメンテナンスが十分に実施できないと判断し、今後自動洗浄器は使用せず、気管支ファイバーは内視鏡室に依頼し、洗浄してもらうこととした。</p> <p>スポンジ・タワシ類については、緑膿菌等の汚染が指摘され感染防止の観点から適切な管理が求められることから、スポンジ・タワシ類の管理方法について、管理方法を明確にしている。</p> <p>気管内チューブのカフエア注入用注射器、胃管の空気注入用注射器など単回使用器具のリユースについては取りやめ単回使用とすることとした。</p> <p>その他確認されたリユースについても検討し改善していく予定である。</p> | <p>外注職員の防護具は受託業者が管理しているところであるが、器材洗浄時には水滴などの飛散による感染防止のために、適切な個人防護具の使用が必要であり、適切に使用されるよう受託業者を指導し、<u>器械洗浄時はロング手袋を導入し使用していくこととした。</u></p> <p>クリーンゾーンへの入室に関しては、入室ルールを決めて周知しているが、クリーンゾーン担当者は、各部屋の抜管時の介助や入退室の介助の手伝いのためクリーンゾーンに常駐出来ない状況がある。そのため、各部屋の担当看護師が声をかけても不在となり、手術中に必要な機械や器具を取りに入ることが多くなってしまっていた。<u>クリーンゾーンは揚圧設定となっており、スタッフの動線やクリーンゾーンに対するルールについては、朝の呼唱、勉強会等で啓蒙している。</u></p> <p>内視鏡自動洗浄器は、手術室では気管支ファイバーのみの洗浄に使用していた。洗浄槽の汚染は、洗浄槽の洗浄方法が水分の拭き取りのみのため、擦り落とすことが出来ない(洗浄槽のコーティングが剥がれる)現状にある。今回の指摘を受け洗浄槽のメンテナンスが十分に実施できないと判断し、今後自動洗浄器は使用せず、気管支ファイバーは内視鏡室に依頼し、洗浄してもらうこととした。</p> <p>スポンジ・タワシ類については、緑膿菌等の汚染が指摘され感染防止の観点から適切な管理が求められることから、<u>スポンジ・タワシ類の管理については病院全体の規定を作成中である。</u></p> <p>気管内チューブのカフエア注入用注射器、胃管の空気注入用注射器など単回使用器具のリユースについては取りやめ単回使用とすることとした。</p> <p>その他確認されたリユースについても検討し改善していく予定である。</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 | 92 | (針刺し事故防止) 針捨てBOXに80%以上廃棄されたものがあったので、70~80%での廃棄を徹底して頂きたい。 術者と直接介助者との持針器やメスなど器械の受け渡しでは、危険な渡し方・受け方をしている場面が見られた。また、相互の声掛けが少ないと感じられたため、事故防止の面から器械の受け渡しにおける安全な手順や声出しの必要性を検討して頂きたい。 | 針捨てBOXへの詰め過ぎは、廃棄時の針刺し事故の発生につながるので、70%での廃棄を目途に交換するよう徹底する。 また、手術中に使用する鋭利な器械の受け渡し方法の徹底と、受け渡し時の声かけの徹底を周知するとともに、手術室を中心とした、受け渡し方法の手順の作成を検討する。 | 針捨てBOXへの詰め過ぎは、廃棄時の針刺し事故の発生につながるので、70%での廃棄を目途に交換するよう徹底している。 また、手術中に使用する鋭利な器械の受け渡し方法の徹底と、受け渡し時の声かけの徹底を周知するとともに、受け渡し方法の手順をマニュアルに記載した。 |
| 修正 | 94 | 体位固定によるリスクをアセスメントすることが目的の一つになっているが、術前訪問の対象者が明確に示されていない。褥瘡対策の視点からも術前訪問対象患者の基準が必要である。 | 体位固定によるリスクのある患者を術前訪問対象患者の基準の中に組み込む。 | 体位固定によるリスクのある患者を術前訪問対象患者の基準の中に組み込んだ。 |
| 修正 | 95 | 全手術室の台に「ウレタン素材のマットレス」が新規導入され使用しているが、褥瘡対策を意識した活用になっていないと言えない。また、上肢・下肢・特殊体位(腹臥位・側臥位・座位・載石位等)で必要となる体圧分散用具の補助具は整備されていない現状があり、褥瘡対策の視点での活用及び整備の必要がある。 | 手術体位別に必要となる体圧分散用具の補助具の購入を進め、褥瘡対策の視点で活用方法を明確にする。 | 手術体位別に必要となる体圧分散用具の補助具の購入を進め、褥瘡対策の視点で活用方法をマニュアルに追加しを明確にした。 |
| 修正 | 96 | 褥瘡対策は医療チームとして係わる必要があり、病棟や褥瘡対策チームとの連携が重要である。褥瘡発生時の報告ルートが明確にされることが望まれる。 | 褥瘡発生時の報告ルートを明確にするとともに、手術室の褥瘡対策の向上のため、発赤出現患者の術後訪問を実施し評価していく。 | 褥瘡発生時の報告ルートを明確にするとともに、手術室の褥瘡対策の向上のため、発赤出現患者の術後訪問を実施し評価することとした。 |
| 修正 | 97 | 手術により褥瘡発生リスクが高まることから、褥瘡マニュアルの中に「手術室における褥瘡対策」の項目を是非設けて頂きたい。 | 褥瘡マニュアルの中に「手術室における褥瘡対策」の項目を設けていく。 今後は、褥瘡対策チーム会からの情報を収集する中で、手術室褥瘡対策マニュアルの見直しに取り組む。 | 褥瘡マニュアルの中に「手術室における褥瘡対策」の項目を設けた。 今後は、褥瘡対策チーム会に来年度中に取得予定の皮膚・排泄認定看護師が加わる予定なので、情報を収集し、手術室褥瘡対策マニュアルの見直しに取り組む。 |
| 修正 | 99 | 具体的な体位の取り方はマニュアルに記載されている。更に科学的な裏付けが記載されることにより、状況に応じて神経障害を予防する看護師の判断の幅が広がると考えられる。 | 手術体位による神経障害の好発部位について、科学的な裏付けを記載しより統一した神経障害予防や状況に応じて、看護師の判断による効果的な神経障害予防対策につなげていく。 | 手術体位による神経障害の後発部位について、科学的な裏付けを記載し、より統一した神経障害予防や状況に応じて、看護師の判断による効果的な神経障害予防対策につなげている。 |

| 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 | 100 | マニュアル内に「きれいにのぼす」と記載されていたが、実際の場面では確認できなかった。是非、実施して頂きたい。 | シーツのしわに関連して皮膚トラブルの原因ともなり得るので、しわが出来ないように体位変換時や患者移動時等に実施を徹底する。 | シーツのしわに関連して皮膚トラブルの原因ともなり得るので、しわが出来ないように体位変換時や患者移動時等に実施を徹底している。 |
| 修正 | 101 | 手術中の観察項目に「褥瘡好発部位」が記載されており、紙面でのチェックはされていた。しかし、観察を行った上でのチェックではなかったため、改善が望まれる。 | 手術中における「褥瘡好発部位」のチェックは、観察を行った上で手術看護記録上の観察部位にチェックするよう徹底する。 | 手術中における「褥瘡好発部位」のチェックは、観察を行った上で手術看護記録上の観察部位にチェックするよう徹底している。 |
| 修正 | 102 | 挿管前や切開する前の皮膚の観察は確認できなかった。術後の観察はハッチウエイで側臥位になった時に、看護師の目視により行われていたが、声に出すなどの行為は見られなかった。皮膚の観察はチェックリスト等に基づき確認し、目視と共に触診するなどの方法を用いて実施することが望まれる。 | 入室時や麻酔導入前に皮膚の観察を行うことは、手術後の皮膚異常の早期発見にもつながり、発赤の出現を目視するだけでなく、複数の看護師で好発部位などを声に出し確認する事は重要である。今後、観察方法について検討する。 | 入室時や麻酔導入前に皮膚の観察を行うことは、手術後の皮膚異常の早期発見にもつながり、発赤の出現を目視するだけでなく、複数の看護師で好発部位などを声に出し確認する事は重要であることから、観察方法をマニュアルに追加した。 |
| 修正 | 103 | 手術中は褥瘡発生の可能性やリスクが上昇する因子、つまり「手術時間」「手術中の低血圧状態の頻発」「手術中の深部体温の低下」などの影響により褥瘡が発生しやすい状態になっている。その為手術中の褥瘡対策を実施する必要がある。 また、褥瘡予防・管理ガイドライン(第3版)によると「周術期にどのような体圧分散マットレスや用具を使用すると褥瘡予防に有効か」の問いに対し、「褥瘡発生リスクがある患者には手術台に体圧分散マットレスや用具を使用するよう勧められる」と記載してあり対策が必要と考える。 手術体位を整える場面で褥瘡予防の知識を活用することは有効であり、また皮膚観察の視点を持ち目視に加えて触診することで手術部での発生の特徴といわれている「深部損傷褥瘡:DTI:Deep Tissue Injury」の予測が可能となると考える。以上より手術室での積極的な褥瘡対策マネジメントを期待する。 | 手術室での褥瘡対策におけるマネジメントは、手術体位による褥瘡予防につながることから、手術体位に応じた適切な体圧分散マットレス(サージカルフォーム)や用具の使用方法を統一し、また、褥瘡発生リスクのある患者に応じた体圧分散用具の使用法(大きさや位置等)も検討する。 さらに皮膚観察の視点についても検討を行ない、「深部損傷褥瘡:DTI:Deep Tissue Injury」の予測が可能となることから、観察方法を目視だけではなく触診でも実施し、手術室での積極的な褥瘡マネジメントや褥瘡予防対策につなげていきたい。 | 手術室での褥瘡対策におけるマネジメントは、手術体位による褥瘡予防につながることから、手術体位に応じた適切な体圧分散マットレス(サージカルフォーム)や用具の使用方法を統一し、また、褥瘡発生リスクのある患者に応じた体圧分散用具の使用法(大きさや位置等)を記載した褥瘡対策マニュアルを作成した。 さらに皮膚観察の視点についても検討を行ない、「深部損傷褥瘡:DTI:Deep Tissue Injury」の予測が可能となることから、観察方法を目視だけではなく触診でも実施し、手術室での積極的な褥瘡マネジメントや褥瘡予防対策につなげている。 また、褥瘡マネジメントやデータ分析に関しては、来年度中に取得予定の皮膚・排泄認定看護師に協力を得ていく。 |
| 追加 | (委員) 105 | 麻薬管理については、確実に管理者を決めておいたほうが問題は起こらないと思うので、検討して欲しいと思う。 | — | 手術室看護師長が管理することとし、看護師長が不在の場合は副看護師長が管理する。 |

市立甲府病院手術室業務マニュアル点検に関わる調査結果報告

訪問調査日 2012年11月21日
結果報告日 2012年12月10日

山梨大学医学部麻酔科 小口健史

<総論>

- 1 患者誤認・手術部位間違いを防止するためのマニュアルの改訂が望まれる。
- 2 手術室における輸血に関するマニュアルの改訂が望まれる。
- 3 手術室における防災体制のために備品整備が必要と思われる。
- 4 手術室担当の臨床工学技士の増員が必要と思われる。
- 5 手術室での薬剤師の関与が少ない。
- 6 看護師長がリーダーを兼任している。師長業務に専念できるように看護師増員などの対策が必要と思われる。

<各論>

I. 患者誤認マニュアル（名称は患者誤認防止マニュアルの方が良いと思う）

- ① マニュアルでは、ベッド乗り換えホールでの患者確認において、患者に名乗ってもらった氏名と何を確認するのかが明らかになっていない。先に行われた山梨大学看護部による訪問時にも指摘されたため、今回は実施表との照合が行われており改善はされていた。ただし、照合する用紙が正しい（転記したものではないこと、手術予定日・術式・執刀医などから当該患者のものである）ことを予め確認しておき、患者に名乗ってもらうだけでなく、術式や手術部位も確認することが重要である。これらの点に留意してマニュアルを改訂する必要がある。
- ② 各手術室に入室した際にリストバンドのバーコードでチェックしているが、各手術室で予定されている患者の氏名と照合しているわけではなく、単に入室したことが記録されるだけである。このリストバンドのチェックでは、間違えた部屋に入室しても判らないことを認識しておく必要がある。よって、各手術室に入った際に再度、患者誤認をしていないことを確認する必要がある。これに関して、各手術室入室時に、誰（主治医、麻酔科医、看護師？）が何（患者に名乗ってもらった氏名・術式・手術部位？）と何（実施表？）を照合すべきなのかを含めて、確認手順をマニュアルに明記して実行する必要がある。
- ③ 手術当日に手術室が変更になった場合には、変更は中央廊下と各部屋のホワイトボードへの記載を変更することで対処している。上記のリストバンドによる各手術室への入室確認を有効にするためにも、次回の電子カルテの更新時には、手術室の割り振りの電子化（電子掲示板など）を検討すべき。その際には、手術室の割り振りの電子入力を担当する職員の増員が必要と思われる。
- ④ 「患者本人に名乗ってもらった氏名」と「患者と共に運ばれてきた同意書の名前」を照合しただけでは、患者誤認防止にはならないと思う。
- ⑤ タイムアウトに関して
タイムアウトを行っていない診療科がある。全診療科で行うことになっているのではないのか？また、タイムアウトの手順を具体的に記載すべきだと思う。山梨大学では全身麻酔においては、術者（助手）、麻酔科医、看護師の立会いの下に、手術麻酔申込書と手術同意書を元にして手術部位、左右、術式について、“声に出して”確認してきた。更に、現在はWHOのチェックリストを参考に、各スタッフの自己紹介、手術予定時間・予想出血量・準備血・問題点などについても確認している。

- ⑥ 手術部位（特に左右間違い）の確認に関するマニュアルがない。手術部位のマーキングをする必要があるのではないか？マーキングも行わず、手術予定表（手術申込）における左右間違いのダブルチェックもしていないと、将来手術部位間違いを起こす危険がある。もし他の方法を用いているのであれば、マニュアルに明記すべきだと思う。
- ⑦ リストバンドが残ってしまうと患者誤認の原因になるので、退室時のバーコードチェックに使用したリストバンドの扱い（切り刻んで破棄？）をしっかりと決めて、マニュアルに記載する必要がある。

II. 輸血事故防止

- ① 手術室における輸血に実施に関する手順が記載されていない。「病院の輸血施行時のマニュアル」の記載があるが、これにも手術室での輸血に関しては記載されていない。
- ② 手術室での輸血製剤の保管を中央の冷蔵庫で行っているため、各手術室へ持ち込む際に別の患者の輸血製剤を持ち込まないように、注意を喚起して、確認手順を決める必要がある。
- ③ 手術室への輸血製剤（RCC, FFP, 血小板）の搬入と保管、各手術室への搬送、各手術室へ持ってきた際の確認手順、実施前の確認（PDA？）などについて、具体的手順を明記して周知する必要がある。また、FFPの解凍は輸血部で行うようなので、解凍時間のチェックも必要である。
- ④ 血液型は2回以上異なる検体により確認されている必要があるのに、「病院の輸血施行時のマニュアル」に記載がない。また、2回以上異なる検体で確認する必要があるが周知されていない。クロスマッチをやっていると思っても、血液型判定のための検体とクロスマッチのための検体が同じでは、2回以上異なる検体で確認していることにはならない。採血時の患者誤認の危険があるので、注意が必要である。
- ⑤ 「病院の輸血施行時のマニュアル」の手順に、RCC輸血時の放射線照射の確認が抜けている。
- ⑥ 「電子カルテ内の検査結果で血液型を確認する」とあるが、その電子カルテが患者本人のものであることを確認することが重要である。
- ⑦ T&Sに関して、不規則抗体がないこと、Rh陽性であることも確認すべき。不規則抗体の有効期限が明記されていない。

III. 体内異物残存防止

開腹・開胸手術の患者については全例でレントゲン撮影を行うのか？それとも、何らかの基準（ガーゼカウントが合わない、超大量出血、超緊急手術で術前のガーゼカウントができないうち）はあるのか？をマニュアルに記載すべき。

整形外科のガーゼカウントで、ガーゼが合わないときには「イメージでの確認」とあるが、イメージではガーゼ遺残を見落とす事例があるので、注意深く確認する必要がある。

IV. 転落・転倒

2) の歩行入室患者が手術台に寝る時の注意点として、手術台の両サイドにスタッフが付くことを追記したほうが良い。

V. ルートトラブル

ルートの接続や三活のゆるみの確認をするタイミング（入室後、挿入時）を明記したほうが良い。

VI. 低体温

「早めの保温に心がける」⇒「最初から保温に心がける」

VII. 褥瘡・皮膚損傷・神経損傷

フットポンプは麻酔導入前に装着されており、術後の神経麻痺を予防する上で有効と思われる。ただし、このことをマニュアルにも記載した方が良い。

手術台の頭台・手台・足台が外れると危険なので、頭台・手台・足台の固定が確実であることも確認すべき。

VIII. 熱傷予防／IX. 消毒薬

引火性の消毒薬（ハイポアルコールなど）を使用して直ぐに執刀すると、電気メスで発火する可能性を認識しておく。

温風式の体温維持装置を使用する際には、温風の吹き出し口が直接患者の体に当たらないように注意するなどして、熱傷を防止する必要がある。また、阻血部位に温風式体温維持装置を用いると熱傷の危険があることを周知すべき。

X. ME 機器の誤動作

ME 機器は年 2 回定期点検を行っているとのことであるが、点検の責任者（臨床工学技士？）について明記されていない。手術室における ME 機器管理を行うために、手術室担当の臨床工学技士の増員が必要と思われる。

XI. 針刺し事故

針のリキャップはしないことになっているが、どうしても必要な場合には片手リキャップも知っておく必要がある。

その他

手術室における麻薬管理に関する手順がマニュアルに記載されていない。麻酔科科長が全て行っているとのことであるが、手術室専任の薬剤師を配属して、麻薬・筋弛緩薬・吸入麻酔薬の管理を行うのが望ましい。

薬剤師による手術室内の薬品の点検が 1 か月に 1 回では少なすぎるので、手術室専任の薬剤師が配属されるまでは、せめて毎日薬剤師による薬剤管理が必要と思われる。

<急変時の対応>

カウンターショックは体外ペーシング対応とあるが、手術部スタッフはペーシングパッドの接続方法を予め習得しておく必要がある。

<DVT 予防対策マニュアル>

詳細は尾畑先生の担当。

間欠的下肢圧迫装置の使用対象は全身麻酔症例と長時間手術とのことであるが、装着の判断基準を決めておいた方が良い。

術後は、手術室での間欠的下肢圧迫装置は一度外して、病棟のものを再装着するようであるが、一元的に管理した方が良い。

低用量末分画ヘパリン・低分子ヘパリンなどの薬物的予防法、深部静脈血栓が疑われる場合の対応（術前の超音波エコー、薬剂的治療、下大静脈フィルターなど）などについてもマニュアルに記載した方が良い。

<患者入室・退室基準および手順>

前述の「患者誤認マニュアル」と同じ内容が必要である。

退室に関してある程度の基準は示してもよいのではないかと。例えば、

呼名により容易に覚醒すること。

バイタルサイン（血圧・心拍数・リズム・SpO2・体温など）が安定していること。

気道を維持することができ、呼吸が安定し十分されていること。

気道反射が回復していること。

疼痛が容認できる範囲であること。

悪心がない、又は最小限であること。

筋力の回復が十分であり、舌の突出ができ、握手に力が入ること。

<手術室防災マニュアル>

避難誘導図参照とあるが、避難誘導図は存在しないので早急に作成する必要がある。

取り決めでは、1階屋上に逃げることになっているようだが、避難の動線は2方向確保されている必要がある。

電力が供給されなくなった際の、照明、无影灯、コンセント、麻酔器、生体監視モニターの作動状況を確認して、マニュアルに記載した方がよい。（例えば照明以外は停電しないなど）

酸素の配管は地震時には緊急遮断弁が作動するとあるが、復帰は自動的なのか、誰かが配管を点検後に手動で行われるのか？もし手動の場合には、病棟の呼吸器はどのような対応になるのか？

手術室の麻酔器には予備酸素ボンベは装着されて内容量が確認されている必要があるが、実際には麻酔器に予備酸素ボンベが装着されていない。

麻酔器・病棟の人工呼吸器のベンチレーターは酸素駆動・空気駆動・電気駆動のどれか把握されているか？

アンビューバッグは2セットと書いてあるが、全手術室に対して2セットでは少ない。麻酔器の故障にも備えるために、各手術室にアンビューバッグを1セット備える必要がある。

各部屋に懐中電灯が必要。

担架、おんぶ紐、拡声器などの準備も必要。情報の確保手段（ラジオ、ワンセグテレビ、可能な衛星電話）も手術室に備えておいた方がよい。

非常用吸引ポンプ（充電式・インジェクター式）も備えておいた方がよい。

自家発電は水冷式だと断水時には使用できないが井戸水などの対応があるのか？

院内PHSシステムは全て非常用電源に繋がっているか？

参考までに、山梨大学麻酔科でのマニュアルを以下に抜粋

- a 各部屋の患者、医療従事者の身の安全を確認する。
- b.患者の状態（生命徴候、気管チューブの位置、静脈ラインや動脈ライン等）を確認する。
- c.麻酔は笑気を切って、純酸素とする。揮発性麻酔薬については状況に合わせて調節する。
- d.電気システムの安全が確認されるまで人工呼吸器は使用せず、手動で換気を行う。
- e.蘇生用バック（BVM）の確保を看護師に指示する。
- f.中央配管の漏れ、途絶を念頭に置き、常に麻酔器の酸素及び笑気供給圧のチェックを続ける
- g.中央配管が停止した場合には、麻酔器横あるいは後ろの予備ボンベの栓を全開にする。
- h.酸素は充填圧 150kg/cm で 500 リットル入っており、圧の低下に比例して量は減少する。

- i.酸素の分時使用量から供給可能な時間を推定し、執刀医に伝える。
- k.酸素ガス漏れのないことが確認されるまで、電気メスの使用を禁止する。
- l.中央配管による吸引が故障した場合には、現在対策が不完全。
- m.麻酔器が故障した場合には、BVM で換気する。可能ならば1リットル程度の酸素を流す。
- n.麻酔器が故障し、かつ BVM が手元にはない場合には、蛇菅を麻酔器からはずし、一方の端を手でふさぎ、もう一方の口から麻酔科医の呼気を吹き込む。呼気時は閉じた回路を開く。最終的な換気方法はマウス・トゥー・チューブ（フィルター）である。
- o.心電図モニターが使用不能の場合には、触診で動脈の拍動を確認し、聴診器で心音を聴取。
- p.自動血圧計が使用不能の場合には、手動血圧計が必要だが、現在手術室にはない。
- q.手術室の人的、物的被害状況を IC に報告し、また手術の中止・続行について術者と協議
- r. インチャージは、各手術室の被害状況を確認し、使用可能な予備の器材や予備酸素ボンベを必要に応じて各室に設置する。

① 手術の中止・続行の決定

- a.災害救急対策本部の設置が必要と判断される状況では、手術は原則中止とする。
- b.やむを得ず手術の続行が必要な場合には、協議して手術部および病院全体の被害状況から許容される手術時間を推定し、その範囲内で終了できる術式を選択して手術を再開する。
- c.手術の続行が必要にもかかわらず、手術室の被害により継続使用が不可能と判断されたときには、インチャージ・リーダーの指示に従い、使用可能な手術室に移動する。
- d.手術の続行が決定したときには、速やかに手術の終了に努める。
- e.連絡本部は手術の中止・続行の状況について災害救急対策本部に連絡する。
- f.病院建物全体の被害状況からみて火災や崩壊の危険があり、一刻も早い手術部からの避難が望まれる場合には、病院長あるいは災害救急対策本部長の指示により即刻手術を中止し、患者を含めて全員の避難方法を検討する。

<ベッド乗り換えホールマニュアル>

手術室医療事故対策マニュアルの最初の部分と余り変わらない内容なので、手術室医療事故対策マニュアルに記載を統合した方が良いと思う。

市立甲府病院医療安全体制等検討委員会

DVT 予防対策マニュアル等に関する報告書

貴院よりご依頼のありました「DVT 予防対策マニュアル」及び、「周術期肺塞栓症対策マニュアル」の内容について検討させていただいた結果を報告いたします。

- 「DVT 予防対策マニュアル」と「周術期肺塞栓症対策マニュアル」が別々にあるが、一元化したマニュアルの方が実際には活用しやすいのではないかと。また、おのおの表裏1枚のみで情報量が少ないように感じられる。
- 引用してある「肺血栓塞栓症／深部静脈血栓症（静脈血栓塞栓症）予防ガイドライン」のアドレスを掲載するのみで、予防やリスク分類はそれに順ずるとの記載だけでは対策マニュアルとして不十分ではないかと。活用しやすいものにする為にも、予防やリスク分類に関して具体的なものを表等にまとめ、マニュアルに掲載されてはどうか。その上で、どの文献からの引用であるかを明確にしておくために「肺血栓塞栓症／深部静脈血栓症（静脈血栓塞栓症）予防ガイドライン」のアドレスを記載されると良いのではないかと。
- 発症を疑った時の診断・治療手順が曖昧。もっと具体的に示した方が活用しやすくなるのではないかと。（できればフローチャートみたいなものの作成を検討していただきたい。もしもすでに作成されているのであれば、一元化したマニュアルの中に掲載していただくことを検討していただきたい）。
- どの時点で主治医（又は当直医）に報告し、専門医（循環器）に相談するのか判断できるように、発症を疑う場合の症状なども記載されていると、より迅速な対応につながれるのではないかと（経験や知識に頼るのではなく、何らかの指標を示すことで、より判断しやすい状況になると考えられる）。
- 主治医（又は当直医）と専門医（循環器）のどちらが行うべき検査かが不明瞭。緊急時の対策を明確にした方が職員は動きやすい。
- 術前に DVT が見つかった際の肺塞栓症予防目的の下大静脈フィルターの適応についての記載がない。
- 患者用（？）のパンフレットを作成して啓蒙することはよいが、看護師に対する看護の点で注意すべきことなども具体的に加えた方がよい。

以上

市立甲府病院 医療安全体制等検証（手術室業務：看護関連）
に係わる調査結果報告

訪問調査日 平成 24 年 10 月 31 日

結果報告 平成 24 年 11 月 13 日

山梨大学医学部附属病院 看護部

岩下直美 小林ひとみ 古屋塩美 矢崎正浩

金丸明美 杉田俊江 櫻本かおり

I 手術室看護業務管理・医療安全

1. 患者誤認防止

- 1) 患者入室時に、患者自身に名前を名乗ってもらい同時にリストバンドとの照合が行われていた。しかし、手術申込書や手術予定表など、患者氏名確認の基となる紙媒体などはなく、看護師の記憶に頼る方法であった。そのため同姓同名患者・類似氏名患者の取り違えにつながる危険性があると判断した。よって、書面に基づく患者確認の実施を検討して頂きたい。
- 2) 入室時、乗り換えホールで患者が先に行き、カルテは申し送り後手術室に運ばれる状況があり、カルテと患者が離れることが確認された。横浜市立大学の患者取り違え事例のような間違いを防止するためにも、患者とカルテは一緒に移動できるようにして頂きたい。
- 3) 各手術室では患者確認のためにホワイトボードに、電子カルテで手術申込書を確認しながら、「患者氏名、手術名（左右のある場合は赤字でみぎ・ひだり）」が記載されていた。しかし、患者入室から、入室確定までの間に、ホワイトボードを活用した確認が実施されている様子は確認できなかった。確認したことが他者にも分かるように、指差し呼称で確認する等、より確実な方法を検討して頂きたい。

2. 手術部位の確認（タイムアウトを含む）

- 1) 関連する画像を表示し、手術部位の確認が実施されていた。
- 2) 入室後にエコー等で手術部位をチェックしている事を確認した。
- 3) 術前のマーキングに関しては、患者入室後、麻酔がかかった後に皮切線を引く行為をマーキングと解釈されていた。日本医療機能評価機構から出されている【誤認手術の防止について】の提言に、「マーキングは、患者が覚醒している時に行い、患者に確認することが望ましく、手術室入室までに担当医の責任の下で原則として執刀部位の皮膚にマークを書き込む」とある。また、部位の間違いを防止するためだけでなく、患者の意思を確認する意味としても重要であり、可能な限り手術前に病棟（外来患者の場合には当該診療科の外来）で実施して頂きたい。

4) マーキングの手順を作成する場合、マーキングが免除される手術についてリストアップしておく、マーキングすべき術式との区別ができ、より活用しやすいものになると思われる。

5) 手術同意書は手術室へ持参されていたが、内容確認はされていなかった。

手術同意書はインフォームドコンセントに基づき明文化されたものであり、患者の承諾内容と予定手術の内容が一致している事を医療チームとして確認・共有することが重要である。これから実施する手術についてどのように説明し、同意を得たのかを確認するために、「手術同意書」の内容を確認することをルールとして頂きたい。

5) 手術開始時の確認については、「お願いします」の挨拶のみ、または患者氏名・術式を執刀医が一方的に読み上げる方法で行っており、「タイムアウト」とみなされる行為は確認できなかった。

タイムアウトは、「麻酔前あるいは執刀前に、医師・看護師が一斉に手を止めて確認作業を行うこと」であり、その際『手術同意書』を基に確認することが望ましい。是非、確実なタイムアウトが実施できる体制の整備をお願いしたい。

3. 薬剤の管理

1) 麻薬に関しては、患者毎の管理が確実に行われており、手術室に在庫を置かない体制がとられていた。

2) 払い出された麻薬は、麻薬用金庫に保管され、施錠できる机の引き出しに収納されていた。しかし、麻薬用金庫は手提げ金庫であり、金庫の施錠をしないまま引き出しのみ施錠している状況があり、鍵の管理を含め、更に徹底した管理を検討して頂きたい。その際、手提げ金庫は持ち出される可能性がある為、速やかに固定された金庫等の設置が望まれる。

3) 向精神薬、筋弛緩剤に関しては、使用時の記録が残され、その都度員数チェックも実施されており、手術室看護基準・手順「薬品の取扱い」に沿った管理が確実に実施されていた。

4) 手術野での薬品の取り扱いについて、麻酔科医師と看護師の相互の目視、声出しによる確認は実施されていなかった。誤薬防止の教育指導が必要と考えられる。

5) 各手術室内にある薬剤に関しては、使用薬剤は手術記録に残され、コスト管理もされていることを確認した。ただし、手術記録に残されている薬剤と、コスト請求の為に記載した内容、実際に使用した薬剤との一致があるかの確認はされていない。誤薬防止や誤薬の早期発見のためより確実な薬剤管理方法の検討が望まれる。

6) 薬剤師による確認は1回/月程度であるとのことだが、重要な薬剤が多数取り扱われることから、薬剤師が介入する機会を増やし、専門家による管理の徹底が望まれる。

4. 輸血の管理

1) 輸血に関しては、使用時に輸血療法の手引きとして取り決めがあることを確認した。

- 2) 予め指示のある輸血製剤に関しては、決められた時間に払い出され、使用時まで手術室の血液保冷庫で保管していることを確認した。
- 3) 緊急で輸血が必要になった場合の対応も、状況に応じて対応できるように基準が作成されていることを確認した。
- 4) 輸血保冷庫の庫内温度記録の確認はできなかった。記録をしている場合は継続して頂きたい。また、記録していない場合には適正な管理が実施されていることを証明するために、毎日の温度記録を残すことを実施して頂きたい。
- 5) 手術室から病棟に、持ち出した血液は何時間以内であれば使用可能とするかについても、細菌繁殖等のリスクを考慮した基準を作成して頂きたい。

5. 体内遺残防止

1) 器械展開時

看護師がケミカルインジゲータを基に滅菌確認を行った後、器械リストに沿ってチェック方式で実施しており妥当であると判断した。

2) 閉創時の器械カウント

器械出し看護師がリストを基に行う方法、器械出し看護師がリストを外回り看護師に渡し読み上げてもらい確認する方法などが混在している状況であった。後者では2回目の器械カウントは、使用した物を看護師の記憶に頼り実施しているとのことであり不確実である。また器械およびガーゼ・消耗品のカウントの一致を声に出して確認し合うなどの行為は限定的であり、カウントの一致と共有が図られているとは言い難い。

カウント方法を統一し、外回り看護師・器械出し看護師の責任の所在を明確にした上で、カウントの一致を確認する際、はっきりと声を出し、手術に関係したスタッフ全員で確認できるようにすることが望まれる。

3) 手術器械の点検

器械出し看護師が器械カウントを行う際、器械の員数点検は行っていたが、器械の動き・破損の有無・先端の一致などの点検を行っていない状況であった。

手術中の使用に伴う破損や破損した器械の一部が体内遺残するケースもある為、員数点検とともに器械の動きや破損の有無などの確認が行われることが望ましい。

- 4) ガーゼ・器械カウントについて「ガーゼ等の迷入の可能性が極めて少ない術式に関してはカウントしない」とされているが、根拠および該当する術式を明確に示し、手術室の職員全体で共通理解する必要がある。白ガーゼ使用の基準も同様に考えられるため、「ガーゼ・器械カウント不要」「白ガーゼ使用」に関するルールを明確に示すことが重要と考える。

5) レントゲン撮影

閉腹時に腹部単純X線撮影により、ガーゼ・器械の残存確認を行っていた。

画面上の腹部写真を2メートルほど離れた術野から見て医師が「なし」という判断を行っていた。X線不透過性ガーゼは、迷入した部位により非常に読影が困難なケースがある為、遠目からの確認は危険を伴うと考えられるため改善が望まれる。

6. 転倒・転落防止

- 1) 手術台に患者が臥床した状態で搬送する際、固定が殆どされていない状況が見られた。転落防止・危険予防の観点から患者をマジックベルト等で固定することが望まれる。
- 2) ベッド乗り換えホールで、弾性ストッキングを装着した患者が歩行入室する際、スリッパに履き替えていたが、転倒リスクを高めることになると考えられる。履いてきたものでの入室あるいは履物の検討をお願いしたい。

7. ME 機器の管理

- 1) 手術室で使用している ME 機器に関して、輸液ポンプと DC は臨床工学士が点検に関わっているとのことであった（DC に関しては点検記録が確認できた）。
- 2) 手術室では高度で専門的知識や技術が求められる医療機器を数多く取り扱っている。現状では、医療機器の管理・操作・保守点検を専門外である看護師が殆ど実施しており、定期的な点検も含め臨床工学士が関わる必要があると考える。その上で点検記録を残すようにして頂きたい。
- 3) 始業前点検に関しては、機器のセルフチェックに頼るところが大きいようであるが、不具合発生時に看護師がチェックするのではなく、臨床工学士が確認するような体制の整備が望まれる。

8. 手術部看護部門管理

看護師長・主任が中心となり手術部門のマネジメントが行われていることを確認した。中心となる看護師長は、手術調整から事務的な連絡まで全て行っており、看護師の教育指導、他部門との交渉や調整など重要な役割を果たす時間的な余裕もない状況が見受けられた。手術部門全体の業務を見直し整理を行うことで、看護職員以外でも行える業務を明確にし、役割分担することで、より効率的な手術部門の運営が可能になると考えられる。

9. その他

患者入室時に着物の着用がなく下着 1 枚での入室であった。患者のアメニティーへの考慮が必要と考えられた。

II 感染管理

1. 手術室確認結果

1) ファシリティ・マネジメント

① 清掃

- ・ 全域において埃が除去され清潔が保たれていると感じられた。

- ・ 「環境整備チェックリスト」（手術室独自様式）が作成され、日々のチェックがされていた。
 - ・ 看護師が清掃を行っており、補助者への業務委譲など看護業務改善が望まれる。
 - ・ 血液など湿性生体物質による汚染部分の処理方法について、プロベスト（第4級アンモニウム系薬剤＝低水準消毒薬）を使用しているが、中水準消毒薬によるピンポイント消毒が適切と考える。よって、界面活性剤による生体物質の除去の後、中水準消毒薬による環境消毒の手順を整備していただきたい。（手術室だけでなく病院全体のマニュアル化が必要と考える）
 - ・ 定期的特殊清掃は年2回実施され、記録も残されていた。
- ② 空調
- ・ 手術途中で空調が作動していないことに気付くといった状況があった。手術室の清潔度は空調清浄度の差であることから、作動状況の確認が徹底されるよう対策検討をお願いしたい。
 - ・ ヘパフィルターの定期的な点検は実施され、記録も残されていた。
- ③ 水質
- ・ 手洗いに RO 水が用いられていた。年1回の水質調査が実施されているとのことであった。
- ④ 感染性廃棄物
- ・ 耐貫通性のバイオハザード表示のある容器が使用されていたが、足踏み式ホルダーが活用されていず、蓋がされずに開放のまま床置きされていた。感染性廃棄容器は基本的に蓋付きの状態を設置させるべきであるため、ホルダーの活用をスタッフへ周知徹底をお願いしたい。
 - ・ 手術終了後のゴミ集めの場面で、感染性廃棄容器に手でオイフ等を押し込む状況が何度か確認された。針刺し事故リスクが非常に高いため手で押し込まないということの徹底が必要である。
 - ・ 液体（血液や体液など）や鋭利物以外のオイフといった固形状のものも耐貫通性容器に入れていたが、バイオハザード表示のダンボール廃棄容器であれば容量も多くコスト削減につながると考える。
 - ・ 一時的保管場所は施錠可能な場所であった。また、収集通路への搬出も一方向性が確保されていた。
- ⑤ リネン
- ・ 血液等湿性生体物質汚染のリネン容器に蓋がなかった。蓋の設置が必要である。
- 2) 手術時手洗い
- ・ 感染対策マニュアルに項目あり。各手洗いシンク横には写真の手順書が掲示されていた。
 - ・ ブラシの使用はなくラビング法が推奨されていた。使用されている洗浄消毒剤、アルコール手指消毒剤も問題なかった。
 - ・ 手洗いシンクは清潔に保持されていたが、手洗い後は水はねが目立ったので、シンク周囲の乾燥保持のために適宜の清掃が必要である。

3) 標準予防策の実際

① 手指衛生

- ・ スタッフ個々によって実施状況に差が見られた。手指衛生行動の向上については継続的に取り組んでいく必要があると考える。

〈 確認された行動 〉

- ・ 床に落ちた包装紙を素手で拾いポケットに入れる。その後の手指衛生なし。
- ・ 手袋を脱いだあとの手指衛生がない。

② 防護具（手袋・マスク・ガウン・エプロン等）

- ・ 各部屋に手袋は常備されていたが、マスクやエプロンなどの設置がない。必要時に使用できない環境があった。
- ・ 看護師のゴーグル着用は徹底されているようであった。メガネ使用者のゴーグル着用率が低い。
- ・ 器材片付け時の手袋，尿破棄時のエプロンなど，必要な防護具が着用されていない場面があった。
- ・ 手袋装着の目的が不明（不必要と思われる装着，誤った装着）な場面が確認された。防護具の適正使用についても継続的な取り組みが必要と考える。

〈 確認された行動 〉

- ・ 手袋装着した手で患者の健康皮膚や病衣に触れる，その後そのままの手袋で周囲機器類に触れる。

4) 器材の洗浄・消毒・滅菌

- ・ 器具の洗浄効果の確認，生物学的・化学的インジケータを用いた滅菌保証は，定期的に実施され，記録が残されていた。
- ・ 外注職員が器材洗浄する際に，袖なしエプロンを装着していたが，血液などの跳ね返りも予測されるため，袖付きガウンが適当であると考え。ガウンの配置がないとのことであったが，撥水性もしくは防水性ガウン，またはロング手袋の導入の検討が望まれる。
- ・ 既滅菌器材の保管状況には問題なし。クリーンゾーンへの入口にエアシャワー設備を設置しているが，各手術室からも入室が可能でありスタッフが出入りしている場面が確認された。クリーンゾーンと手術室とでは空調が等圧であるとのことから，クリーンゾーンをクリーンゾーンとするのであれば各手術室に対して陽圧設定に空調管理する，またスタッフの動線を規制するなどの取り組みが必要である。
- ・ 内視鏡自動洗浄機の洗浄槽の汚染が目立つ。定期的なメンテナンス実施と，日々の濃度チェック実施，および記録の記載が必要である。管理マニュアルの作成が望ましい。
- ・ スポンジやタワシ類の管理について，病院全体での規定が明確となっていることが望ましい。
- ・ 気管内チューブのカフエア注入用注射器，胃管の空気注入用注射器など単回使用器具のリユースが確認された。取扱説明書に単回使用と表示のある器具のリユースに

については部署内および病院としての規定とすることが望ましい。
またリユースするための業務を削除することで看護師の業務改善につなげて頂きたい。

〈 確認されたリユース 〉

- ・ 消毒薬ボトルを排液ボトルとして使用
 - ・ クルムを排液ボトルの固定ヒモとして使用
 - ・ 手術時手洗いの際に使用した手拭きペーパーを雑巾として使用
- 5) 針刺し事故防止
- ・ 局所麻酔薬のリキャップはすくい上げ法で実施されていた。
 - ・ 針捨て BOX に80%以上廃棄されたものがあったので、70～80%での廃棄を徹底して頂きたい。
 - ・ 術者と直接介助者との持針器やメスなど器械の受け渡しでは、危険な渡し方・受け方をしている場面が見られた。また、相互の声掛けが少ないと感じられたため、事故防止の面から器機の受け渡しにおける安全な手順や声出しの必要性を検討して頂きたい。

2. マニュアル確認結果

- 1) CJD 対策について
- 2) 手術時手洗いについて
- 3) 廃棄物処理について
- 4) 手術野消毒薬について
- 5) 手術器材処理について
- 6) 針刺し事故防止について
- 7) 除毛について
- 8) 手術室設備管理について
- 9) SSI 対策について

院内感染防止対策マニュアルにおいて、上記全項目に関する記載があることを確認した。内容に関しては、各項目で概念記述が多いため、臨床現場における具体的行動レベルでの表記内容へと改訂を進めていくことで、より活用が促進されると考える。

III 褥瘡対策

1. 褥瘡対策の実際

1) 術前訪問について

体位固定によるリスクをアセスメントすることが目的の一つになっているが、術前訪問の対象者が明確に示されていない。褥瘡対策の視点からも術前訪問対象患者の基準が必要である。

- 2) 術中の褥瘡対策について
全手術室の台に「ウレタン素材のマットレス」が新規導入され使用しているが、褥瘡対策を意識した活用になっていないと言えない。また、上肢・下肢・特殊体位（腹臥位・側臥位・座位・載石位等）で必要となる体圧分散用具の補助具は整備されていない現状があり、褥瘡対策の視点での活用及び整備の必要がある。
- 3) 褥瘡発生時の報告ルートについて
褥瘡対策は医療チームとして係わる必要があり、病棟や褥瘡対策チームとの連携が重要である。褥瘡発生時の報告ルートが明確にされることが望まれる。
- 4) 褥瘡対策マニュアルについて
手術により褥瘡発生リスクが高まることから、褥瘡マニュアルの中に「手術室における褥瘡対策」の項目を是非設けて頂きたい。
- 5) 手術室で使用する体圧分散用具の選択基準について
看護師個々の判断に任せることなく、褥瘡予防管理ガイドライン等を活用して選択基準を作成することが望まれる。
- 6) 神経障害予防の体位について
具体的な体位の取り方はマニュアルに記載されている。更に科学的な裏付けが記載されることにより、状況に応じて神経障害を予防する看護師の判断の幅が広がると考えられる。
- 7) 褥瘡発生要因のシーツの皺について
マニュアル内に「きれいにのぼす」と記載されていたが、実際の場面では確認できなかった。是非、実施して頂きたい。
- 8) 手術中の観察項目に「褥瘡好発部位」が記載されており、紙面でのチェックはされていた。しかし、観察を行った上でのチェックではなかったため、改善が望まれる。
- 9) 術前及び術後の皮膚の観察について
挿管前や切開する前の皮膚の観察は確認できなかった。術後の観察はハッチウエイで側臥位になった時に、看護師の目視により行われていたが、声に出すなどの行為は見られなかった。皮膚の観察はチェックリスト等に基づき確認し、目視と共に触診するなどの方法を用いて実施することが望まれる。
- 10) 褥瘡対策マネジメントについて
手術中は褥瘡発生の可能性やリスクが上昇する因子、つまり「手術時間」「手術中の低血圧状態の頻発」「手術中の深部体温の低下」などの影響により褥瘡が発生しやすい状態になっている。その為手術中の褥瘡対策を実施する必要がある。
また褥瘡予防・管理ガイドライン（第3版）によると「周術期にどのような体圧分散マットレスや用具を使用すると褥瘡予防に有効か」の問いに対し、「褥瘡発生リスクがある患者には手術台に体圧分散マットレスや用具を使用するよう勧められる」と記載してあり対策が必要と考える。
手術体位を整える場面で褥瘡予防の知識を活用することは有効であり、また皮膚観察の視点を持ち目視に加えて触診することで手術部での発生の特徴といわれている「深部損傷褥瘡：D T I : Deep Tissue Injury」の予測が可能となると考える。

以上より手術室での積極的な褥瘡対策マネジメントを期待する。

2. 今後の期待

周手術期看護及び診療報酬改定による褥瘡対策として

- 1) 褥瘡対策のマニュアルの整備
- 2) 褥瘡のデータ分析
- 3) 手術室で使用する体圧分散用具の整備
- 4) 褥瘡対策の実際

以上を期待する。

IV 参考資料

- ・ 国立大学医学部附属病院医療安全協議会 医療安全・質向上のための相互チェック項目 (H21, 24 年度)
- ・ WHO 手術安全チェックリスト (2009 年改訂版)
- ・ 手術看護基準 (日本手術看護学会編)
- ・ 日本医療機能評価機構 認定病院患者安全協議会「提言・誤認防止について」
- ・ 日本医療機能評価機構 病院機能評価 Ver6 評価項目
- ・ 麻薬及び向精神薬取締法
- ・ 覚せい剤取締法
- ・ 輸血療法の実施に関する指針・改訂版 (平成 21 年 2 月厚労省通知)
- ・ 平成 24 年度医療法第 25 条第 3 項の規定に基づく立ち入り調査項目
- ・ 隔離予防策のための CDC ガイドライン 2007
- ・ 手術部位感染に対する CDC ガイドライン 1999
- ・ 平成 23 年 6 月厚労省通知「医療機関等における院内感染対策について」別添資料.
小林寛伊;「医療施設における院内感染 (病院感染) の防止について」
- ・ 平成 20 年 5 月厚労省医政局通知「プリオン病感染予防ガイドライン」別添資料.
「ハイリスク手技に用いた手術器具を介する CJD 二次感染予防について」
- ・ 国公立大学附属病院感染対策協議会; 病院感染対策ガイドライン改訂版
- ・ 日本手術医学会; 手術医療の実践ガイドライン 2008
- ・ 小林寛伊, 大久保憲; 消毒薬テキスト第 4 版
- ・ 褥瘡予防・管理ガイドライン: 日本褥瘡学会, P50, P52, 2009 年 2 月
- ・ 褥瘡の予防&治療 クイックリファレンスガイド: EPUAP (ヨーロッパ褥瘡諮問委員会)・NPUAP (米国褥瘡諮問委員会), P23, 2009 年
- ・ 褥瘡予防・管理ガイドライン (第 3 版): 2012 年 9 月日本褥瘡学会

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。 | 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としたが、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システムを使用し行っているが、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での徹底も行う。</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。 | 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 | |
|-------------------|-------------------|-----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| 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で異なることから「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。 | 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。 | 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。 |
| | 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う。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蒙に活用すること、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蒙に活用するために、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蒙に活用するために、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。 | <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、患者に守ってもらわなければならない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、患者に守ってもらわなければならない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良いと思う。 | — | 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こ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・リスクマネー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。

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。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。

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、適切な大きさで見え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。

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
＜感染対策＞

(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 |
|----|----|-------|---------|-------|
| 57 | 22 | 28 | 7 | 0 |

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<感染対策>

[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 |
|-----------|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| 1 感染対策の組織 | | | | |
| | 1) | 感染対策委員会、感染管理室、感染対策チームが組織され、入院基本料算定要件に規定される構成員となっているが、感染対策委員会・感染対策チーム会設置要綱に記載された構成員と、該当者氏名の一覧表の作成や、任期の規定が望まれる。 | 院内感染防止対策委員会・感染対策チームの構成員については、院内感染防止対策委員会・感染対策チームの要綱に記載されており、一覧表についても作成した。しかし、構成員の任期について記載されていないため、院内感染防止対策委員会・感染対策チームの要綱を改訂し任期を記載する。 | 年度内完了 |
| | 2) | 貴院で感染防止対策の中心的役割を担う、感染管理室に関する設置要綱が策定されていない。また、設置要綱に、抗菌薬適正使用への介入や、ベッドコントロールなどの権限を明文化することにより、さらなる活動範囲の拡充が期待される。 | 感染管理室は、甲府市事務分掌規則により規定されている組織であり、院内感染防止対策委員会の方針に従い、感染対策の中核組織の一つとして活動している。感染管理室の感染対策に関する具体的な活動や権限については、感染防止対策マニュアルに明示する。 | 年度内完了 |
| | 3) | 毎月 1 回定期的に感染対策委員会が開催されているが、欠席者への代理出席が求められていない。欠席者とそれに対する代理出席の状況が簡便に時系列で把握できる出席表の作成が望まれる。 | 当院の職員数では、委員会に所属する全ての職員に代理出席を出すのは困難であることから、セクションへ確実に周知するため、部門において 1 名は出席できるよう指導する。 各委員の委員会への出席状況について委員会議事録に出席委員と欠席委員を明記し出欠状況が分かるようにしている。時系列で各委員の出席状況がわかるよう出席表を作成し、記録に残すこととする。 | 完了 |
| | 4) | 議事録は適正に記載されているが、検査技師が議事録を作成しており、専任で関わる事務スタッフの協力体制の確保は必須である。 | 今後は、議事録を事務担当者が作成することとした | 完了 |
| 2 ICT 活動 | | | | |
| | 1) | 感染対策マニュアルは適宜改訂され充実した内容となっているが、改訂の経緯と内容が把握できる履歴の作成と保存が望まれる。またマニュアル改訂時はできるだけ速やかな院内周知が必要とされるため、広報の手段も同時に検討する必要がある。 | 院内感染防止対策マニュアルについて、ガイドラインの変更や法律改正などにより内容を見直す必要があるときには、適宜改訂を実施している。改訂実施時には改訂日を記載しているが、改訂の内容について記載していない。次回改訂からマニュアル更新履歴を作成することとし、改訂内容等が分かるよう履歴の様式等について検討しており、年度内に決定する予定である。 マニュアル改訂時には、ICT ニュースにより院内に広報している。今後もマニュアル改訂について速やかな院内周知のため ICT ニュースだけではなく改訂に関する通知もし、より一層院内全体に周知できるようにする。 | 年度内完了 |
| | 2) | 教育については、年間 2 回以上の講習会開催や、出張講習会実施といった感染管理室の努力姿勢がみられる。しかし、職員一人当たりの出席率や職種別出席率など、各出席率間での統一性がなく、算出数値の持つ意味が不明確であり、また、出席率改善方策の検討データとして十分活用されていない。感染管理室は、年間を通じて一度も講習会に参加していない職員を把握して、参加させるよう一層の工夫と努力が必要と考える。 | 院内感染防止対策委員会では年 2 回上研修会を実施し、研修会ごと出席者を把握しており、職員が年 2 回以上研修会に出席するよう関係部署に働きかけている。しかし、職員一人一人の出席回数などは出していないため、職員一人一人への働きかけとなっていない。 今年度から、研修会への職員の出席回数や職種ごとの出席率を算出し職員の出席状態の把握を行ない、研修会に参加していない職員に通知を出すなど研修会への参加を促す活動を実施する。 | 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 |
|----------|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| 2 ICT 活動 | | | | |
| | 3) | ICT ニュースや院内通知にて随時、感染情報を発信しているが、現場に周知されたか確認がされていない。この確認システムの構築が望まれる。ポスターコンテストを企画するなど、感染対策に興味を持たせる良いアイデアが取り入れられている。 | ICT ニュースや感染対策に関する通知は適宜出しているが、関係部署の職員への周知状況は確認していない。 今年度からは、メールによる配信や回覧の際に職員が署名するなど、部署にあった確認方法を用いることとし、周知状況は感染対策チームのラウンド時に確認する。 | 完了 |
| | 4) | JANIS 検査部門サーベイランスに参加しており、それを通じて、MRSA 検出データは半期ごとに各病棟、各診療科にフィードバックされている。蓄積されたデータに基づいた介入目安の明確化が望まれる。ターゲットサーベイランスは、カテーテル関連血流感染サーベイランスが2病棟で継続的に実施されていた。 | MRSA に関して病棟ごとに検出数を把握し、半年毎に院内感染防止対策委員会や感染対策チーム、各病棟にフィードバックしている。MRSA の検出が通常より多い場合は感染管理室や感染対策チームでラウンド等を行ない介入している。 また、蓄積データを基に介入基準を明確にした。(例:MRSA の場合は新規検出3例の場合介入する) | 完了 |
| | 5) | アウトブレイク事例については、いずれも早期より適切な介入が実施され、最小範囲で制圧されていた。介入事例については、発生経過、集計データ、具体策、結果までの一連の経緯が記録に残されており、外部より介入が入った場合でも容易に事例把握が可能であると考えられる。 | 今後もアウトブレイク事例については適切な対策を実施し、発生の経過や対策などについて記録を残していく。 | 完了 |
| | 6) | 広域抗菌薬・抗 MRSA 薬について届出制・許可制がとられ、感染管理室の薬剤師・医師により全例に監視体制がとられていた。感染症専門医が不在であることから、各診療科への横断的な指導介入が課題とされている。また、申請書に、許可制が取られている LZD の使用が認められない場合の理由を記載する欄を設けるべきである。 | 抗菌薬の適正使用のため、広域抗菌薬や抗 MRSA 薬について届け出制・使用許可性を取り使用状態について監視している。感染症専門医が不在であるため、内科系医師・外科系医師を感染対策チームに配置し、介入できるよう体制を整えている。 LZD は使用許可制がとられており、使用する場合は申請書を提出している。申請書に使用を許可しない理由を記載する欄がないため、申請書の見直しを行い理由を記載する欄を設けた。 | 完了 |
| | 7) | 現場からのコンサルテーションについては、迅速に感染管理室に相談できる体制が確保されており、さらに内容によって専門分野の室員へ振り分けがなされている。コンサルテーション内容の記録は残されているので、集計・分析を十分に行い、感染防止対策の見直しとして活用して欲しい。 | 感染管理室に職員から相談があった場合、相談内容・問題点・回答内容等について記録を残している。相談数や相談内容に関する分析が不十分であることから、今年度は、相談された内容について引き続き記録するとともに、職員がどのようなことについて疑問を持ち相談してくるのか把握し、多くの職員が共通して相談することや感染対策上重要なことについては、マニュアルを改訂し追加するなど感染対策の改善に生かすことができるようにする。 | 年度内完了 |
| | 8) | 職業感染防止として、新採用者と中途採用者に対する HBs 抗体検査体制が構築されている。感染管理室において抗体価データの活用も可能であり、有事の際は迅速に曝露後対策が実施できる体制がとられている。今後、個人情報管理に対する、職員の承諾の取得についての検討が必要と思われる。また、麻疹以外に風疹、水痘、流行性耳下腺炎に関しても、同様の体制構築が望まれる。 | 職業感染防止策として新採用者と中途採用者に対して、HBs 抗体・麻疹抗体価検査、QFT を実施している。結核や針刺し事故などが起きた場合は、抗体価を基に必要な感染防止策を実施している。しかし、麻疹同様感染対策が必要な風疹・水痘・流行性耳下腺炎に関しては検査が実施されていなかった。 今年度は、風疹に関して検査と必要者に対する予防接種を実施しており、水痘・流行性耳下腺炎に関しては、来年度に実施する方向で検討している。 また、これら検査結果に関して感染対策上必要となる場合に、データを感染対策チームや感染管理室で活用することについて必要時に職員個人から同意を得ているが、今後は職員全員に文書による同意を得ていきたいと考えている。 | 次年度以降完了 |

| 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 |
|----------|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| 2 ICT 活動 | | | | |
| | 9) | ICT ラウンドについては、週 1 回実施されている。ラウンド結果を受けて、現場から 2 週間以内に改善報告書の提出がシステム化されている。改善報告書の内容が実施されているかどうかについての確認を報告書への捺印により行われているが、日付記載が必要。また、一年間に全セクションをラウンドすべきであるが、その意味でもラウンド箇所の一覧表があると良い。 | <p>感染対策チームでは週 1 回院内関係部署のラウンドを実施し、感染対策上問題となることがないか確認している。ラウンドの結果については関係部署にフィードバックし、必要時には改善計画書を感染管理室に提出してもらい改善内容の確認を実施している。</p> <p>しかし、ラウンド箇所の一覧表や改善計画書の確認日について文書化していないことから、今年度は、ラウンド部署が明確になるよう一覧表を作成する。また、改善計画書に基づき確認ラウンドした場合には日付を記載する。</p> | 年度内完了 |
| 3 外来 | | | | |
| | 1) | 外来正面玄関に手指消毒剤が設置され、外来患者にも手指消毒が推奨されている。咳エチケットに関する掲示もあり、外来患者自身への意識付けの体制は取られている。このような体制が、外来各診療科の窓口等でも取られることが望ましい。台上やポスターにアルコール製剤の付着による汚染が目立つので、より頻回な清掃管理が望まれる。マスクの販売は売店のみで可能であり、患者の動線を考えたときに、自販機の導入なども検討していただきたい。 | <p>感染防止のため手指衛生や咳エチケットに関して外来患者に協力を依頼するためポスターの掲示や手指消毒剤を正面玄関・北口玄関に設置している。しかし、各診療科の外来受付窓口では患者に明確に分かるようにポスターの掲示等ができていない。</p> <p>上半期中には、各診療科外来窓口でも手指衛生や咳エチケットへの協力を得るためのポスター掲示や手指消毒剤を設置していくこととし、掲示するポスターを作成するため、内容を検討しており、年度内に決定する予定である。</p> <p>正面玄関や北口玄関に設置しているポスターや手指消毒剤を設置している台については清掃業者に定期的に清掃してもらうこととし、感染管理室でも清掃状態について確認していく。</p> <p>咳エチケットに必要となる来院者用マスクについては、引き続き売店で販売するとともに、10月1日からは正面玄関付近等に自動販売機を設置する予定である。</p> | 年度内完了 |
| | 2) | 清潔なシンクの横に埃取りが置かれているため、清潔区域と不潔区域の区域分けを検討する必要がある。 | <p>手洗いシンクの横のほこり取りは撤去した。</p> <p>また、清潔区域に汚染の原因となるものは置かないなど清潔区域・不潔区域について意識し管理するよう指導を徹底する。</p> | 完了 |
| | 3) | 固形石鹸は細菌汚染を受けやすいため、詰替をしないことを原則とした液体石鹸への変更の検討が望まれる。 | <p>固形石鹸については当院では使用しないこととなっているため撤去した。液体石鹸は一部詰め替え式を使用しているが、詰め替え式でない液体石鹸の配備については来年度以降に予算措置していく。</p> | 次年度以降完了 |
| | 4) | 感染性の患者を隔離して診察するスペースや、採痰ブースの設置がなく、運用上の規定を明確化して、各診療科で円滑に、最大限の隔離対応が取れるよう準備する必要がある。 | <p>外来には結核疑い患者が使用する採痰ブースがなく、空気感染予防策が適切に実施できるスペースでの診察が出来ていないが、今年度中にはヘパフィルター空気清浄機の導入ができるよう関係部署と協議を開始し、来年度予算措置する。</p> <p>外来でのトリアージは各診療科外来で実施しており統一化されていないことから、各診療科外来と調整し統一した対応がとれるよう院内感染防止対策マニュアルに記載していく。</p> | 次年度以降完了 |
| | 5) | ラウンドした診療科の各診察ブースに手指消毒剤が設置されておらず、必要時に適宜、手指消毒を行うことが困難である。手指衛生行動の改善に向けた環境整備を行うべきである。 | <p>全診療科の外来診察ブースに手指消毒剤を設置するとともに、手指衛生の実施を促すポスターを掲示する。</p> | 年度内完了 |
| | 6) | 外来処置室スタッフの手袋着用率は高い。交換のタイミングとその際に手指衛生行動を徹底するよう継続教育を期待する。 | <p>院内感染防止対策研修会等で職員に個人防護具の着脱や手指衛生に関する研修会等を継続していく。</p> <p>また、感染対策チームでのラウンドでの確認と指導や看護部感染対策ナースチーム会スタッフからも職員に対して働きかけをしてもらい徹底する。</p> | 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 |
|------|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| 3 外来 | | | | |
| | 7) | 検体搬送用リニア搬送機のラック緩衝材に尿検体の付着あり。検体容器外面を汚染する可能性があり、尿検体の量を厳しく制限するなど改善が必要である。 | 尿検体は尿をカップに採取した後に蓋をし、検体搬送用のラックに入れリニアで検査室に搬送している。尿検体の中には、量が多いとリニア搬送中にこぼれてしまうことがある。 尿検体が必要な時には、患者に説明し協力を得ることにより、検査に必要な量以上はカップに尿を入れないようにする。また、ラックの洗浄方法についても関係者と協議しており、ラックを適切に管理できるように運用方法の検討しており、年度内に決定する予定である。 | 年度内完了 |
| | 8) | 台上に清潔物品と不潔物品が混在しているため、整理が必要である。 | 台の上を清潔区域と不潔区域に区分けし、清潔・不潔の徹底を図るため関係者と協議し、具体的な方法について年度内決定に向け協議している。 | 年度内完了 |
| | 9) | 採血時の腕固定枕に、手術室で使用しているクルムが再利用されていたが、安価なディスボシートを利用し、固定枕は汚染時に清拭消毒が可能な素材のものとする事で、患者ごとの清潔が保持される。 | 採血枕にクルムを使用することは中止し、採血する患者ごとにディスボシートを利用することとする。また、採血枕は清拭消毒が可能となるようビニール製のものに変更した。 | 完了 |
| | 10) | 外来通院治療センターでは、クリーンベンチでの無菌的調剤がなされているが、横の棚の上には書類等が入ったコンテナが積まれている。無菌的環境整備が整っていない。 | 通院治療室の棚の上に置かれているコンテナなどは撤去し、何も置かないこととし、収納方法を検討しているとともに物品等の整理・整頓を進めている。 また、感染対策チームでラウンドを実施し環境整備の実施状況について確認し、清潔環境が継続して整備できるよう指導する。 | 年度内完了 |
| | 11) | 調剤室内の清浄度を高く保つためにも、埃を除去しやすい環境とする必要がある。入口には簡易的な棚が置かれ、さまざまな物品の保管場所となっている。清潔なリネン、一般ゴミ、感染性廃棄物が隣接して置かれており、清潔と不潔の区域分けがなされていない。清潔物品は埃がつかない扉付きの棚に収納するなど、区域分けを検討する必要がある。 | 治療室入口の棚について整理を行い一般ゴミや感染性廃棄物などの環境汚染の原因となる物は置かないこととした。部署内で通院治療室を定期的に整理・整頓を実施し、環境整備することとし、収納方法等について治療室のスタッフが中心となり検討しており、年度内に決定する予定である。 シーツなどの清潔物品については、扉付の棚に収納できるようにするため今年度中に扉付の棚が導入できるよう関係部署と協議する。 また、感染対策チームでラウンドを実施し環境整備の実施状況について確認し、継続的な整備ができるよう指導する。 | 年度内完了 |
| 4 病棟 | | | | |
| | 1) | 各病室に手洗い場と手指消毒剤が設置され、清潔に管理されていたが、ペーパータオルの設置がなされていない部屋があった。水道栓を手で締める際にペーパーを使用できると、手洗い効果がより高まるのでペーパータオルを欠かさないようにすべきである。 | 全病室には手洗い場と手指消毒剤が設置されているが、一部の病室にペーパータオルは設置されていない。 感染対策上手指衛生が必要な患者の病室にはペーパータオルを設置していくこととし、全病室への一斉設置については、多額の経費を要することから来年度以降に予算措置していく。 | 次年度以降完了 |
| | 2) | スタッフステーション内の点滴台周辺は、よく整理整頓されているが、空調下に点滴台が置かれているので、埃などの落下防止のため、定期的な空調清掃が重要である。調剤時に使用するマスク、手袋、点滴台を清拭するための消毒用エタノール等の物品配置について、確実な清潔行動が実施されるための効率的な配置を、看護師の動線に合わせて検討する必要がある。 | 点滴作成時に汚染されないよう点滴台に点滴以外のものは置かないこととなっている。点滴作成時に使用する手袋やマスク等の物品は、それぞれ別の場所に保管しており、アクセスしやすい配置となっていないことから、点滴台の上やカートなどに必要な物品をセットすることで、効率的な配置となるようにした。 また、空調については、引き続き埃等で汚れていないかチェックするとともに、定期的に清掃する。 | 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 |
|------|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| 4 病棟 | | | | |
| | 3) | <p>点滴台周辺のスペースを清潔区域とした場合、血液などの付着した点滴ルートが区域内のメディカペールに廃棄されないよう、看護師の作業動線の改善に取り組んでいただきたい。</p> | <p>感染性医療廃棄容器メディカルペールについて、病棟ではナースステーションと汚物処理室に設置している。ナースステーションでは点滴台の周囲にメディカルペールを設置しているが医療法による立ち入り検査時の指導に従い、点滴台から一定の距離をおいて設置している。また、看護師には湿性生体物質等に汚染された器材等による交差感染が起きないように清潔・不潔の動線を分けるよう指導している。しかし、メディカルペールには、注射針や使用した个人防护具、血液の付着した点滴ルートなどを廃棄しており交差感染が起こる可能性がある。</p> <p>ナースステーションに設置しているメディカルペールには、湿性生体物質で汚染された点滴ルートや个人防护具は一切破棄しないこととした。湿性生体物質などに汚染された物はすべて汚物室に設置されているメディカルペールに廃棄することとしたが、医療安全等の観点からの検討も必要であり感染対策と医療安全の観点から、メディカルペールの設置場所、廃棄するもの、スタッフの作業動線について関係部署と検討しており、年度内に決定する予定である。</p> <p>また、感染対策チームで分別に関するポスターを作成しメディカルペール付近に貼付しスタッフに注意喚起するとともに、感染対策チームによるラウンド時にメディカルペールの分別ができていないか確認、必要時には指導する。</p> <p>今年度中に、ナースステーションに設置されているメディカルペールの撤去の可否も含めて管理方法の見直しを行う。</p> | 年度内完了 |
| | 4) | <p>病棟担当薬剤師が配置されており、適正な薬品管理が可能な体制が整っているが、薬品冷蔵庫内において、内服、注射、外用薬の区域分けを明確にしていきたい。また、冷蔵庫の温度表示が正しいか、検定済の温度計を用いての検証が必要である。</p> | <p>薬品冷蔵庫内の内服、注射、外用薬について明確に区分けにすることとした。冷蔵庫の温度表示が正しいか確認できるようにするため、冷蔵庫内にも温度計を設置することとし、採用する温度計を選定している。</p> | 年度内完了 |
| | 5) | <p>浴室前洗面台には、複数患者で共用するリスクがあるためブラシを置かず、原則的に患者所有のものを使用する。ドライヤーの引き出しに、髪の毛が溜まっていたため、日常的な清掃が必要である。安全面からカミソリやハサミの管理は厳重にする必要がある。</p> | <p>安全管理上も問題があることから、浴室洗面台にはカミソリ、ハサミなど置かないことにし、不要なものが置いていないか、汚れていないか確認するため浴室の掃除時に洗面台の引き出し内も一緒に確認し清掃することとした。また、ブラシ類の共有をしないよう患者個人に用意してもらうことを徹底する。</p> | 完了 |
| | 6) | <p>浴室内に清掃用ブラシ・スポンジが置かれているが、乾燥が困難な浴室内に置かれたスポンジは細菌繁殖のリスクが高い。患者が座る椅子との距離も近く、患者を汚染させる可能性もある。これらの環境を整える必要がある。</p> | <p>浴室の洗浄に使用するブラシは使用後乾燥させるために、浴室の壁に下げているが、風通しが悪く乾燥が困難なことから浴室のブラシは、風通しがよく乾燥させやすい特浴室で乾燥することとした。</p> | 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 |
|----------|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| 4 病棟 | | | | |
| | 7) | 清拭タオル保温車については、細菌が増殖しやすく芽胞形成菌によるアウトブレイクの要因となることから、使用を中止する施設も多いため、運用について検討願いたい。 | 清拭タオルについては、濡れた状態で作り置きしておくこと細菌が繁殖しアウトブレイクの原因となる可能性がある。このため、清拭タオルについては濡れた状態で作り置きしておくことは止めることとした。また、作成してから使用するまでの時間をできるだけ短くするため、清拭終了後は清拭車を洗浄し乾燥させるとともに、使用する日に乾燥したタオルから作成することとした。また、清拭タオルでは点滴刺入部や創部など清潔操作が必要などところには使用しないこととした。 アウトブレイクの発生を防止するため清拭車の使用をやめることも含め、清拭タオル・清拭車の管理について検討している。 | 年度内完了 |
| | 8) | 観賞用鉢植え植物の土、生花、花瓶の水、ドライフラワーの表面などより緑膿菌やアスペルギルスなどが培養されることから、運用について検討願いたい。 | 病棟ナースステーションのカウンターなどに観賞用の植物がおかれている。易感染性の患者が入院していることから、植物などは置かないこととした。 お見舞いのために持ち込まれる花などについては、すみやかに自宅に持って帰るよう患者に協力依頼することとした。 | 年度内完了 |
| 5 標準予防策 | | | | |
| | 1) | 手洗い・手指消毒を実践していただいた看護師の手順や、手技は適切に行われていた。ラウンド中に観察した医師の手洗いは、短時間で手順も簡略化されたものであったため、医師への手指衛生遵守向上を目的とした教育指導を継続していただきたい。 | 医師に対する手指衛生の実施徹底については、院内感染防止対策委員会・感染対策チームに所属する医師に率先して指導してもらうこととした。 | 年度内完了 |
| | 2) | 手袋の着用状況は良いが、手袋着用のまま周囲環境に触れる場面も見られたため、着用と外すタイミングについても継続教育を期待する。 | 院内感染防止対策研修会等において、个人防护具の着脱に関して職員の意識啓発に努める。 また、感染対策チームによるラウンドで手袋の着脱の確認と指導を実施するとともに、看護部感染対策ナースチーム会に属するスタッフからも職員に対して指導する。 | 年度内完了 |
| | 3) | 防護具が必要な病室にはマスク、手袋、エプロンなどが設置されており、必要時、すぐに使用できる環境が整っている。聞き取り調査では、リンクナースが自部署において着脱方法を指導教育しているとのことであった。感染対策実践の充実は、on the job training(OJT)が極めて重要であるため、リンクナース活動の推進に取り組んでいただきたい。 | 看護部感染ナースチーム会に所属する看護師が中心となって、所属する部署の病棟スタッフに対し勉強会や日常業務での指導を継続実施する。 | 完了 |
| 6 経路別予防策 | | | | |
| | 1) | 院内規定として、経路別予防策が適応される多職種間での患者情報の共有方法が明確ではなく統一性を欠いており、また、病棟にあるネームボードの活用方法も、病棟ごとで異なっていた。患者に関わるすべての職員が患者情報を統一性のある同じ方法で共有する方法を早急に確立して欲しい。 | 感染経路別の予防策の徹底が必要な患者に関する情報について職員全員が理解し共有できるよう全病棟で感染症に関する情報を統一するため、年度内に院内感染防止対策マニュアルに経路別予防策の表示に関する項目を作成追加する。 | 年度内完了 |
| | 2) | 麻疹、水痘、風疹、流行性耳下腺炎に関する対応マニュアルがない。これらの感染症についての連絡体制や感受性者サーベイランスの期間や範囲などを規定した内容を含むマニュアル整備が望まれる。 | 年度内に麻疹、水痘、風疹、流行性耳下腺炎に関して院内感染防止対策マニュアルに作成追加する。 | 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 |
|------------|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| 6 経路別予防策 | | | | |
| | 3) | 第二種感染症指定医療機関として、感染症病棟があるが日常的には運用されていない。 | 感染症病棟に隔離する必要がある患者が発生した場合には対応できるよう運用マニュアルが作成されている。 感染症病棟を必要とする患者が発生した場合には、運用マニュアルに基づき対応する。 | 完了 |
| 7 術後創感染予防 | | | | |
| | 1) | 除毛については感染対策マニュアルに詳細な内容が記述されている。原則的には術直前に行うとしているが、前日実施の指示を出している診療科が存在しており、マニュアル違反が見られる。 | 除毛についてマニュアルに基づき術前日に実施しないよう徹底する。 エビデンスに基づいた実践ができるようマニュアル等の見直しも検討する。 | 年度内完了 |
| | 2) | 周術期抗菌薬については、マニュアル上に規定がある。 | マニュアルは作成されているため、周知徹底していく。 | 完了 |
| 8 医療器材の管理 | | | | |
| | 1) | カテーテル関連血流感染サーベイランスを継続して実施していることから、自施設の感染率データに基づいて、血管内留置カテーテル管理の評価と見直しを行っていただきたい。 | カテーテル関連血流感染サーベイランスの感染率等のデータだけではなく、臨床現場でのカテーテル関連血流感染予防策の実施状況等の把握を行いカテーテルの管理方法等の評価を実施する。また、問題があるときにはケア方法の見直しを図る。 | 年度内完了 |
| | 2) | 人工呼吸器の定期点検や回路交換などは、ME センターで管理されており、医療機器の安全管理を保証する上で有効と考える。 | ME センターでの管理を継続し、感染・医療安全管理の徹底を図っていく。 | 完了 |
| 9 洗浄・消毒・滅菌 | | | | |
| | 1) | スポンジやタワシの管理が院内で明確に規定されていない。交換時期や乾燥促進を考慮した保管方法など院内規定の策定が望まれる。 | スポンジ等はグラム陰性菌等の病原微生物が付着しており濡れた状態での保管は菌が増殖することが指摘されている。 当院では、スポンジ等について使用したら洗浄し乾燥できるよう保管することとなっているが交換の時期などが明確になっていなかったため、交換時期を使用開始後1週間とし、汚染がひどい場合にはすぐに交換することとした。また、使用後は洗浄し固く絞り、吊るして乾燥できるよう保管することとした。 今年度中に、スポンジの代替品やコストなどを検証し、スポンジを廃止するか、使い捨てにするか検討する。 | 年度内完了 |
| | 2) | 病棟での洗浄・浸漬消毒が行われているが、対象物が浮かんだまま消毒薬に入れられているなど、確実な消毒効果が得られない現状が見られたので改善が望まれる。 | 研修会や感染対策チームでのラウンドでの指導により、適切な消毒実施を徹底する。また、確実に消毒が必要な物品が消毒液に浸漬できるよう落としブタを使用することとし、採用物品について検討しており、年度内に決定する予定である。 | 年度内完了 |
| | 3) | 使用後の鋼製小物を、病棟で一時洗浄してから中央材料室に戻している。しかし、現場での洗浄処理は体液曝露のリスクが高いため、現場での一時処理は、可能な限り行わず、中央材料室で集中的に管理すべきである。 | 血液やタンパクなどが消毒・滅菌が必要な機材に固まるのを防止するため各病棟のジェットウォッシャーで一次洗浄している。しかし、機材につく血液や体液により職員が曝露するリスクを最小限とするため病棟での一次洗浄は廃止する。 使用後の機材については凝固防止剤を塗布した後に、蓋つきの箱に入れ一時保管し中央滅菌室に搬送することとし、搬送用の容器と運用方法について検討しており、年度内に決定する予定である。 | 年度内完了 |
| | 4) | 喉頭鏡ブレードは、粘膜と接触するためセミクリティカル器材となる。高水準以上の消毒レベルが必要である。使用後は中材でのウォッシャーディスインフェクターによる熱水消毒が推奨される。保管は埃が付かないような保護が必要である。 | 喉頭鏡のブレードに関しては、中央滅菌室で熱水消毒、乾燥させ、袋に入れ各部署に返却する。また、使用前のブレードに関しては袋に入れ保管することとし、点検時には手袋を装着しブレードを汚染しないよう清潔に扱うこととした。 | 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 |
|------------|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| 9 洗浄・消毒・滅菌 | | | | |
| | 5) | 内視鏡センターにおける内視鏡の洗浄、消毒、管理については適切に行われている。消毒薬のバリデーションは業者推奨方法で施行され、結果の記録も取られていた。 | 内視鏡の洗浄、消毒、管理、記録が適切に実施できるよう引き続き対応していく。 | 完了 |
| | 6) | 内視鏡管理の中央化が図られると、より安全性が向上すると考える。 | 内視鏡管理の中央化は、人員や施設の制限から困難な状態にあるため、将来的に検討していく。 | 次年度以降完了 |
| | 7) | 患者に貸与するコップや水のみが、一時消毒後に個装され保管されているが、患者間の共有を回避することを原則として、紙コップなどディスポ製品を活用するなど、業務改善を図ることが望まれる。 | コップの共有は中止することとした。 必要な患者には、紙コップを使用することとし、患者に購入・準備してもらうよう徹底する。 | 完了 |
| 10 医療廃棄物 | | | | |
| | 1) | バイオハザードマークが表示された適切な廃棄容器が使用されていたが、感染性廃棄物に一般ゴミの混入があり、選別されたい。最終保管庫の表記と施錠の状態は良好であった。 | 廃棄物の分別についてポスターを作成し注意喚起するため、ポスターの内容を検討している。また、感染対策チームのラウンド時に廃棄容器の確認を行い指導する。 最終保管庫については表記と施錠が適切に実施できるよう管理を継続する。 | 年度内完了 |
| 11 微生物検査 | | | | |
| | 1) | 安全キャビネットのメンテナンスや、HEPA フィルター交換の定期的な実施が望ましい。 | 今年度中に実施できるよう、関係部署と協議しており可能であれば予算処置を行いメンテナンスを実施する。 今年度実施できない場合には、来年度実施することを検討する。 | 次年度以降完了 |
| | 2) | ダンボール類が床に直接置かれている点は棚上などの埃の堆積が見られた。日常的な環境整備の早急な改善が望まれる。 | 段ボールを直接床に置かないよう職員に対し注意喚起した。また、一時的な保管のため段ボールを使用する場合は、床に直接接触しないよう台を設置することとした。 環境整備については、定期的に環境面の清掃を実施する。また、感染対策チームでラウンドを実施し、環境面に問題が無いか確認することにより環境整備が継続してできるようにする。 | 年度内完了 |
| 12 その他 | | | | |
| | 1) | 感染対策加算の要件に、院内感染対策に関する取り組み事項の掲示は「見やすい場所」に行うとされているため、形式や場所の検討が必要である。 | 感染対策の取り組みについて内容の見直しをおこない、文字を大きくするなどして必要な項目が分かりやすいものに変更し掲示した。 | 完了 |
| | 2) | 清掃カートのバケツの中で、スポンジ・ブラシ・布タオルなどが接触しており、洗剤などの蓋がされていない。また、絞った形状のままの布タオルがある。これらの用途、スポンジやブラシなどの管理がどのようにされているかなど、ファシリティマネジメントとして感染管理室で把握している必要がある。 | 清掃業者の現場責任者・病院清掃受託責任者と清掃カートの整備状況について現状の把握をおこない、布タオルやスポンジ、ブラシ、洗剤等の保管・整備方法について話し合いを実施した。その結果をもとに清掃業者においてカート内の用具等の配置などを検討している。 清掃カートの検討結果については感染管理室で確認し、問題がある場合には指導していく。また、感染対策チームでのラウンド実施時に適切な管理ができていくか継続して確認・指導する。 | 年度内完了 |
| | 3) | 使用後リネンの最終保管場所は、清潔リネンと交差することのないスペースが確保され、保管状況も整理されていた。 | リネンの管理が適切に実施できるよう、引き続き整理していく | 完了 |
| | 4) | 水飲み場の冷水機の定期的なメンテナンスと、水質確認の実施とその実施記録管理も必要である。 | チェックリストを作成し、残留塩素の測定を含めた定期的な点検を行う。また、点検結果については、事務局(施設担当)で保管する。 | 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 |
|--------|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|----------------|
| 12 その他 | | | | |
| (委員) | 1) | <p>参考文献の表示が統一されておらず、参考文献名だけがあり、出版社や発行年次が記載されていない。ネット上の参考資料についても慎重な取扱いが必要である。承認年月日の記載はあるが、作成責任者は苗字だけの記載となっている。</p> <p>表記を統一し、できるだけ最新の文献にしていきたい。</p> | <p>次回のマニュアル改訂時には記載の統一も含めて対応する。</p> | <p>次年度以降完了</p> |

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〈感染対策〉
 【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 | ICT 活動 1) | 感染対策マニュアルは適宜改訂され充実した内容となっているが、改訂の経緯と内容が把握できる履歴の作成と保存が望まれる。またマニュアル改訂時はできるだけ速やかな院内周知が必要とされるため、広報の手段も同時に検討する必要がある。 | 院内感染防止対策マニュアルについて、ガイドラインの変更や法律改正などにより内容を見直す必要があるときには、適宜改定を実施している。改訂実施時には改訂日を記載しているが、改訂の内容について記載していない。次回改訂からマニュアル更新履歴を作成する。 マニュアル改訂時には、ICT ニュースにより院内に広報している。今後もマニュアル改訂について速やかな院内周知のため ICT ニュースだけではなく改訂に関する通知もし、より一層院内全体に周知できるようにする。 | 院内感染防止対策マニュアルについて、ガイドラインの変更や法律改正などにより内容を見直す必要があるときには、適宜改訂を実施している。改訂実施時には改訂日を記載しているが、改訂の内容について記載していない。次回改訂からマニュアル更新履歴を作成することとし、改訂内容等が分かるよう履歴の様式等について検討しており、年度内に決定する予定である。 マニュアル改訂時には、ICT ニュースにより院内に広報している。今後もマニュアル改訂について速やかな院内周知のため ICT ニュースだけではなく改訂に関する通知もし、より一層院内全体に周知できるようにする。 |
| 修正 | 8) | 職業感染防止として、新採用者と中途採用者に対する HBs 抗体検査体制が構築されている。感染管理室において抗体価データの活用も可能であり、有事の際は迅速に曝露後対策が実施できる体制がとられている。今後、個人情報管理に対する、職員の承諾の取得についての検討が必要と思われる。また、麻しん以外に風疹、水痘、流行性耳下腺炎に関しても、同様の体制構築が望まれる。 | 職業感染防止策として新採用者と中途採用者に対して、HBs 抗体・麻疹抗体価検査、QFT を実施している。結核や針刺し事故などが起きた場合は、抗体価を基に必要な感染防止策を実施している。しかし、麻疹同様感染対策が必要な風疹・水痘・流行性耳下腺炎に関しては検査が実施されていなかった。 今年度は、風疹に関して検査と必要者に対する予防接種を実施しており、水痘・流行性耳下腺炎に関しては、来年度以降の実施を検討していく。 また、これら検査結果に関して感染対策上必要となる場合に、データを感染対策チームや感染管理室で活用することについて必要時に職員個人から同意を得ているが、今後は職員全員に文書による同意を得ていきたいと考えている。 | 職業感染防止策として新採用者と中途採用者に対して、HBs 抗体・麻疹抗体価検査、QFT を実施している。結核や針刺し事故などが起きた場合は、抗体価を基に必要な感染防止策を実施している。しかし、麻疹同様感染対策が必要な風疹・水痘・流行性耳下腺炎に関しては検査が実施されていなかった。 今年度は、風疹に関して検査と必要者に対する予防接種を実施しており、水痘・流行性耳下腺炎に関しては、来年度に実施する方向で検討している。 また、これら検査結果に関して感染対策上必要となる場合に、データを感染対策チームや感染管理室で活用することについて必要時に職員個人から同意を得ているが、今後は職員全員に文書による同意を得ていきたいと考えている。 |

| 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 | 外来 1) | 外来正面玄関に手指消毒剤が設置され、外来患者にも手指消毒が推奨されている。咳エチケットに関する掲示もあり、外来患者自身への意識付けの体制は取られている。このような体制が、外来各診療科の窓口等でも取られることが望ましい。台上やポスターにアルコール製剤の付着による汚染が目立つので、より頻回な清掃管理が望まれる。マスクの販売は売店のみで可能であり、患者の動線を考えたときに、自販機の導入なども検討していただきたい。 | <p>感染防止のため手指衛生や咳エチケットに関して外来患者に協力を依頼するためポスターの掲示や手指消毒剤を正面玄関・北口玄関に設置している。しかし、各診療科の外来受付窓口では患者に明確に分かるようにポスターの掲示等ができていない。</p> <p>上半期中には、各診療科外来窓口でも手指衛生や咳エチケットへの協力を得るためのポスター掲示や手指消毒剤を設置していく。</p> <p>正面玄関や北口玄関に設置しているポスターや手指消毒剤を設置している台については清掃業者に定期的に清掃してもらうこととし、感染管理室でも清掃状態について確認していく。</p> <p>咳エチケットに必要な来院者用マスクについては、引き続き売店で販売するとともに、10月1日からは正面玄関付近等に自動販売機を設置する予定である。</p> | <p>感染防止のため手指衛生や咳エチケットに関して外来患者に協力を依頼するためポスターの掲示や手指消毒剤を正面玄関・北口玄関に設置している。しかし、各診療科の外来受付窓口では患者に明確に分かるようにポスターの掲示等ができていない。</p> <p>上半期中には、各診療科外来窓口でも手指衛生や咳エチケットへの協力を得るためのポスター掲示や手指消毒剤を設置していくこととし、<u>掲示するポスターを作成するため、内容を検討しており、年度内に決定する予定である。</u></p> <p>正面玄関や北口玄関に設置しているポスターや手指消毒剤を設置している台については清掃業者に定期的に清掃してもらうこととし、感染管理室でも清掃状態について確認していく。</p> <p>咳エチケットに必要な来院者用マスクについては、引き続き売店で販売するとともに、10月1日からは正面玄関付近等に自動販売機を設置する予定である。</p> |
| 修正 | 4) | 感染性の患者を隔離して診察するスペースや、採痰ブースの設置がなく、運用上の規定を明確化して、各診療科で円滑に、最大限の隔離対応が取れるよう準備する必要がある。 | <p>外来には結核疑い患者が使用する採痰ブースがなく、空気感染予防策が適切に実施できるスペースでの診察が出来ていないが、今年度中にはヘパフィルター空気清浄機の導入ができるよう関係部署と協議し予算措置する。</p> <p>外来でのトリアージは各診療科外来で実施しており統一化されていないことから、各診療科外来と調整し統一した対応がとれるよう院内感染防止対策マニュアルに記載していく。</p> | <p>外来には結核疑い患者が使用する採痰ブースがなく、空気感染予防策が適切に実施できるスペースでの診察が出来ていないが、今年度中にはヘパフィルター空気清浄機の導入ができるよう関係部署と協議を開始し、<u>来年度予算措置する。</u></p> <p>外来でのトリアージは各診療科外来で実施しており統一化されていないことから、各診療科外来と調整し統一した対応がとれるよう院内感染防止対策マニュアルに記載していく。</p> |
| 修正 | 7) | 検体搬送用リニア搬送機のラック緩衝材に尿検体の付着あり。検体容器外面を汚染する可能性があり、尿検体の量を厳しく制限するなど改善が必要である。 | <p>尿検体は尿をカップに採取した後に蓋をし、検体搬送用のラックに入れリニアで検査室に搬送している。尿検体の中には、量が多いとリニア搬送中にこぼれてしまうことがある。</p> <p>尿検体が必要な時には、患者に説明し協力を得ることにより、検査に必要な量以上はカップに尿を入れないようにする。</p> | <p>尿検体は尿をカップに採取した後に蓋をし、検体搬送用のラックに入れリニアで検査室に搬送している。尿検体の中には、量が多いとリニア搬送中にこぼれてしまうことがある。</p> <p>尿検体が必要な時には、患者に説明し協力を得ることにより、検査に必要な量以上はカップに尿を入れないようにする。<u>また、ラックの洗浄方法についても関係者と協議しており、ラックを適切に管理できるように運用方法の検討しており、年度内に決定する予定である。</u></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 | 8) | 台上に清潔物品と不潔物品が混在しているため、整理が必要である。 | 台の上を清潔区域と不潔区域に区分けし、清潔・不潔の徹底を図る。 | 台の上を清潔区域と不潔区域に区分けし、清潔・不潔の徹底を図るため関係者と協議し、具体的な方法について年度内決定に向け協議している。 |
| 修正 | 9) | 採血時の腕固定枕に、手術室で使用しているクルムが再利用されていたが、安価なディスポシーツを利用し、固定枕は汚染時に清拭消毒が可能な素材のものとすることで、患者ごとの清潔が保持される。 | 採血枕にクルムを使用することは中止し、採血する患者ごとにディスポシーツを利用することとする。また、採血枕は清拭消毒が可能となるようビニール製のものを使用する。 | 採血枕にクルムを使用することは中止し、採血する患者ごとにディスポシーツを利用することとする。また、採血枕は清拭消毒が可能となるようビニール製のものに <u>変更した。</u> |
| 修正 | 10) | 外来通院治療センターでは、クリーンベンチでの無菌的調剤がなされているが、横の棚の上には書類等が入ったコンテナが積まれている。無菌的環境整備が整っていない。 | 通院治療室の棚の上に置かれているコンテナなどは撤去し、何も置かないこととした。 また、感染対策チームでラウンドを実施し環境整備の実施状況について確認し、清潔環境が継続して整備できるよう指導する。 | 通院治療室の棚の上に置かれているコンテナなどは撤去し、何も置かないこととし、 <u>収納方法を検討しているとともに物品等の整理・整頓を進めている。</u> また、感染対策チームでラウンドを実施し環境整備の実施状況について確認し、清潔環境が継続して整備できるよう指導する。 |
| 修正 | 11) | 調剤室内の清浄度を高く保つためにも、埃を除去しやすい環境とする必要がある。入口には簡易的な棚が置かれ、さまざまな物品の保管場所となっている。清潔なリネン、一般ゴミ、感染性廃棄物が隣接して置かれており、清潔と不潔の区域分けがなされていない。清潔物品は埃がつかない扉付きの棚に収納するなど、区域分けを検討する必要がある。 | 治療室入口の棚について整理を行い一般ゴミや感染性廃棄物などの環境汚染の原因となる物は置かないこととした。部署内で通院治療室を定期的に整理・整頓を実施し、環境整備することとした。 シーツなどの清潔物品については、扉付の棚に収容できるようにするため今年度中に扉付の棚が導入できるよう関係部署と協議する。 また、感染対策チームでラウンドを実施し環境整備の実施状況について確認し、継続的な整備ができるよう指導する。 | 治療室入口の棚について整理を行い一般ゴミや感染性廃棄物などの環境汚染の原因となる物は置かないこととした。部署内で通院治療室を定期的に整理・整頓を実施し、環境整備することとし、 <u>収納方法等について治療室のスタッフが中心となり検討しており、年度内に決定する予定である。</u> シーツなどの清潔物品については、扉付の棚に収容できるようにするため今年度中に扉付の棚が導入できるよう関係部署と協議する。 また、感染対策チームでラウンドを実施し環境整備の実施状況について確認し、継続的な整備ができるよう指導する。 |

| 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 | 病棟 3) | 点滴台周辺のスペースを清潔区域とした場合、血液などの付着した点滴ルートが区域内のメディカルペールに廃棄されないよう、看護師の作業動線の改善に取り組んでいただきたい。 | <p>感染性医療廃棄容器メディカルペールについて、病棟ではナースステーションと汚物処理室に設置している。ナースステーションでは点滴台の周囲にメディカルペールを設置しているが医療法による立ち入り検査時の指導に従い、点滴台から一定の距離をおいて設置している。また、看護師には湿性生体物質等に汚染された器材等による交差感染が起きないように清潔・不潔の動線を分けるよう指導している。しかし、メディカルペールには、注射針や使用した个人防护具、血液の付着した点滴ルートなどを廃棄しており交差感染が起こる可能性がある。</p> <p>ナースステーションに設置しているメディカルペールには、湿性生体物質で汚染された点滴ルートや个人防护具は一切破棄しないこととした。湿性生体物質などに汚染された物はすべて汚物室に設置されているメディカルペールに廃棄する。</p> <p>また、感染対策チームで分別に関するポスターを作成しメディカルペール付近に貼付しスタッフに注意喚起するとともに、感染対策チームによるラウンド時にメディカルペールの分別ができているか確認、必要時には指導する。</p> <p>今年度中に、ナースステーションに設置されているメディカルペールの撤去の可否も含めて管理方法の見直しを行う。</p> | <p>感染性医療廃棄容器メディカルペールについて、病棟ではナースステーションと汚物処理室に設置している。ナースステーションでは点滴台の周囲にメディカルペールを設置しているが医療法による立ち入り検査時の指導に従い、点滴台から一定の距離をおいて設置している。また、看護師には湿性生体物質等に汚染された器材等による交差感染が起きないように清潔・不潔の動線を分けるよう指導している。しかし、メディカルペールには、注射針や使用した个人防护具、血液の付着した点滴ルートなどを廃棄しており交差感染が起こる可能性がある。</p> <p>ナースステーションに設置しているメディカルペールには、湿性生体物質で汚染された点滴ルートや个人防护具は一切破棄しないこととした。湿性生体物質などに汚染された物はすべて汚物室に設置されているメディカルペールに廃棄することとしたが、<u>医療安全等の観点からの検討も必要であり感染対策と医療安全の観点から、メディカルペールの設置場所、廃棄するもの、スタッフの作業動線について関係部署と検討しており、年度内に決定する予定である。</u></p> <p>また、感染対策チームで分別に関するポスターを作成しメディカルペール付近に貼付しスタッフに注意喚起するとともに、感染対策チームによるラウンド時にメディカルペールの分別ができているか確認、必要時には指導する。</p> <p>今年度中に、ナースステーションに設置されているメディカルペールの撤去の可否も含めて管理方法の見直しを行う。</p> |
| 修正 | 4) | 病棟担当薬剤師が配置されており、適正な薬品管理が可能な体制が整っているが、薬品冷蔵庫内において、内服、注射、外用薬の区域分けを明確にしてください。また、冷蔵庫の温度表示が正しいか、検定済の温度計を用いたの検証が必要である。 | <p>薬品冷蔵庫内の内服、注射、外用薬について明確に区分けにすることとした。</p> <p>冷蔵庫の温度表示が正しいか確認できるようにするため、冷蔵庫内にも温度計を設置することとした。</p> | <p>薬品冷蔵庫内の内服、注射、外用薬について明確に区分けにすることとした。</p> <p>冷蔵庫の温度表示が正しいか確認できるようにするため、冷蔵庫内にも温度計を設置することとし、<u>採用する温度計を選定している。</u></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 | 洗浄・消毒・滅菌 2) | 病棟での洗浄・浸漬消毒が行われているが、対象物が浮かんだまま消毒薬に入れられているなど、確実な消毒効果が得られない現状が見られたので改善が望まれる。 | 研修会や感染対策チームでのラウンドでの指導により、適切な消毒実施を徹底する。また、確実に消毒が必要な物品が消毒液に浸漬できるよう落としブタを使用することとした。 | 研修会や感染対策チームでのラウンドでの指導により、適切な消毒実施を徹底する。また、確実に消毒が必要な物品が消毒液に浸漬できるよう落としブタを使用することとし、 <u>採用物品について検討しており、年度内に決定する予定である。</u> |
| 修正 | 3) | 使用後の鋼製小物を、病棟で一時洗浄してから中央材料室に戻している。しかし、現場での洗浄処理は体液曝露のリスクが高いため、現場での一時処理は、可能な限り行わず、中央材料室で集中的に管理すべきである。 | 血液やタンパクなどが消毒・滅菌が必要な機材に固まるのを防止するため各病棟のジェットウォッシャーで一時洗浄している。しかし、機材につく血液や体液により職員が曝露するリスクを最小限とするため病棟での一時洗浄は廃止する。 使用後の機材については凝固防止剤を塗布した後に、蓋つきの箱に入れ一時保管し中央滅菌室に搬送することとした。 | 血液やタンパクなどが消毒・滅菌が必要な機材に固まるのを防止するため各病棟のジェットウォッシャーで一次洗浄している。しかし、機材につく血液や体液により職員が曝露するリスクを最小限とするため病棟での一次洗浄は廃止する。 使用後の機材については凝固防止剤を塗布した後に、蓋つきの箱に入れ一時保管し中央滅菌室に搬送することとし、 <u>搬送用の容器と運用方法について検討しており、年度内に決定する予定である。</u> |
| 修正 | 医療廃棄物 1) | バイオハザードマークが表示された適切な廃棄容器が使用されていたが、感染性廃棄物に一般ゴミの混入があり、選別されたい。最終保管庫の表記と施錠の状態は良好であった。 | 廃棄物の分別についてポスターを作成し注意喚起する。また、感染対策チームのラウンド時に廃棄容器の確認を行い指導する。 最終保管庫については表記と施錠が適切に実施できるよう管理を継続する。 | 廃棄物の分別についてポスターを作成し注意喚起するため、ポスターの内容を検討している。また、感染対策チームのラウンド時に廃棄容器の確認を行い指導する。 最終保管庫については表記と施錠が適切に実施できるよう管理を継続する。 |
| 修正 | 微生物検査 1) | 安全キャビネットのメンテナンスや、HEPA フィルター交換の定期的な実施が望ましい。 | 今年度、関係部署と協議し可能であれば予算処置を行いメンテナンスを実施する。 今年度実施できない場合には、来年度実施することを検討する。 | <u>今年度中に実施できるよう、関係部署と協議しており可能であれば予算処置を行いメンテナンスを実施する。</u> 今年度実施できない場合には、来年度実施することを検討する。 |
| 追加 | (委員) 1) | 参考文献の表示が統一されておらず、参考文献名だけが、出版社や発行年次が記載されていない。ネット上の参考資料についても慎重な取扱いが必要である。承認年月日の記載はあるが、作成責任者は苗字だけの記載となっている。 表記を統一し、できるだけ最新の文献にしていきたい。 | - | <u>次回のマニュアル改訂時には記載の統一も含めて対応する。</u> |

梨大医総発第 19号
平成25年 6月20日

市立甲府病院
院長 小澤 克良 殿

山梨大学医学部附属病院
病院長 島田 眞



市立甲府病院 感染管理体制に係わる調査結果報告の提出について

貴院の感染管理体制について、国公立大学附属病院感染対策協議会の相互チェック項目表を視点として、訪問調査により、感染防止対策マニュアルの内容と院内ラウンドによる現状の確認を行いました。つきましては、その報告書を添付いたします。

今回の調査結果は、貴院の感染管理体制全般を網羅する報告書ではありませんが、感染対策のより一層の充実を目指す上で活用して頂ければ幸甚です。

山梨大学医学部附属病院

| | |
|-------------|------|
| 感染対策委員会委員長 | 木内博之 |
| 感染対策委員会副委員長 | 井上 修 |
| 感染管理看護師長 | 矢崎正浩 |
| 臨床検査技師 | 内田 幹 |
| 薬剤師 | 橘田文彦 |

市立甲府病院 感染管理体制に係わる調査結果報告

訪問調査実施日 平成25年6月 3日

結果報告書作成日 平成25年6月17日

山梨大学医学部附属病院

感染対策委員会委員長 木内博之

感染対策委員会副委員長 井上 修

感染管理看護師長 矢崎正浩

臨床検査技師 内田 幹

薬剤師 橘田文彦

1. 感染対策の組織

- 1) 感染対策委員会、感染管理室、感染対策チームが組織され、入院基本料算定要件に規定される構成員となっているが、感染対策委員会・感染対策チーム会設置要綱に記載された構成員と、該当者氏名の一覧表の作成や、任期の規定が望まれる。
- 2) 貴院で感染防止対策の中心的役割を担う、感染管理室に関する設置要綱が策定されていない。また、設置要綱に、抗菌薬適正使用への介入や、ベッドコントロールなどの権限を明文化することにより、さらなる活動範囲の拡充が期待される。
- 3) 毎月1回定期的に感染対策委員会が開催されているが、欠席者への代理出席が求められていない。欠席者とそれに対する代理出席の状況が簡便に時系列で把握できる出席表の作成が望まれる。
- 4) 議事録は適正に記載されているが、検査技師が議事録を作成しており、専任で関わる事務系スタッフの協力体制の確保は必須である。

2. ICT 活動

- 1) 感染対策マニュアルは適宜改訂され充実した内容となっているが、改訂の経緯と内容が把握できる履歴の作成と保存が望まれる。またマニュアル改訂時はできるだけ速やかな院内周知が必要とされるため、広報の手段も同時に検討する必要がある。
- 2) 教育については、年間2回以上の講習会開催や、出張講習会実施といった感染管理室の努力姿勢がみられる。しかし、職員一人当たりの出席率や職種別出席率など、各出席率間での統一性がなく、算出数値の持つ意味が不明確であり、また、出席率改善方策の検討データとして十分活用されていない。感染管理室は、年間を通じて一度も講習会に参加していない職員を把握して、参加させるよう一層の工夫と努力が必要と考える。
- 3) ICT ニュースや院内通知にて随時、感染情報を発信しているが、現場に周知されたか確認がされていない。この確認システムの構築が望まれる。ポスターコンテスト

を企画するなど、感染対策に興味を持たせる良いアイデアが取り入れられている。

- 4) JANIS 検査部門サーベイランスに参加しており、それを通じて、MRSA 検出データは半期ごとに各病棟、各診療科にフィードバックされている。蓄積されたデータに基づいた介入目安の明確化が望まれる。ターゲットサーベイランスは、カテーテル関連血流感染サーベイランスが2病棟で継続的に実施されていた。
- 5) アウトブレイク事例については、いずれも早期より適切な介入が実施され、最小範囲で制圧されていた。介入事例については、発生経過、集計データ、具体策、結果までの一連の経緯が記録に残されており、外部より介入が入った場合でも容易に事例把握が可能であると考えられる。
- 6) 広域抗菌薬・抗 MRSA 薬について届出制・許可制がとられ、感染管理室の薬剤師・医師により全例に監視体制がとられていた。感染症専門医が不在であることから、各診療科への横断的な指導介入が課題とされている。また、申請書に、許可制が取られている LZD の使用が認められない場合の理由を記載する欄を設けるべきである。
- 7) 現場からのコンサルテーションについては、迅速に感染管理室に相談できる体制が確保されており、さらに内容によって専門分野の室員へ振り分けがなされている。コンサルテーション内容の記録は残されているので、集計・分析を十分に行い、感染防止対策の見直しとして活用して欲しい。
- 8) 職業感染防止として、新採用者と中途採用者に対する HBs 抗体検査体制が構築されている。感染管理室において抗体価データの活用も可能であり、有事の際は迅速に曝露後対策が実施できる体制がとられている。今後、個人情報管理に対する、職員の承諾の取得についての検討が必要と思われる。また、麻しん以外に風疹、水痘、流行性耳下腺炎に関しても、同様の体制構築が望まれる。
- 9) ICT ラウンドについては、週1回実施されている。ラウンド結果を受けて、現場から2週間以内に改善報告書の提出がシステム化されている。改善報告書の内容が実施されているかどうかについての確認を報告書への捺印により行われているが、日付記載が必要。また、一年間に全セクションをラウンドすべきであるが、その意味でもラウンド箇所の一覧表があると良い。

3. 外来 (添付資料1 1. 外来 参照)

- 1) 外来正面玄関に手指消毒剤が設置され、外来患者にも手指消毒が推奨されている。咳エチケットに関する掲示もあり、外来患者自身への意識付けの体制は取られている。このような体制が、外来各診療科の窓口等でも取られることが望ましい。台上やポスターにアルコール製剤の付着による汚染が目立つので、より頻回な清掃管理が望まれる。マスクの販売は売店のみで可能であり、患者の動線を考えたときに、自販機の導入なども検討していただきたい。

- 2) 清潔なシンクの横に埃取りが置かれているため、清潔区域と不潔区域の区域分けを検討する必要がある。
- 3) 固形石鹸は細菌汚染を受けやすいため、詰替をしないことを原則とした液体石鹸への変更の検討が望まれる。
- 4) 感染性の患者を隔離して診察するスペースや、採痰ブースの設置がなく、運用上の規定を明確化して、各診療科で円滑に、最大限の隔離対応が取れるよう準備する必要がある。
- 5) ラウンドした診療科の各診察ブースに手指消毒剤が設置されておらず、必要時に適宜、手指消毒を行うことが困難である。手指衛生行動の改善に向けた環境整備を行うべきである。
- 6) 外来処置室スタッフの手袋着用率は高い。交換のタイミングとその際に手指衛生行動を徹底するよう継続教育を期待する。
- 7) 検体搬送用リニア搬送機のラック緩衝材に尿検体の付着あり。検体容器外面を汚染する可能性があり、尿検体の量を厳しく制限するなど改善が必要である。
- 8) 台上に清潔物品と不潔物品が混在しているため、整理が必要である。
- 9) 採血時の腕固定枕に、手術室で使用しているクルムが再利用されていたが、安価なディスポシートを利用し、固定枕は汚染時に清拭消毒が可能な素材のものとするこ
とで、患者ごとの清潔が保持される。
- 10) 外来通院治療センターでは、クリーンベンチでの無菌的調剤がなされているが、横の棚の上には書類等が入ったコンテナが積まれている。無菌的環境整備が整っていない。
- 11) 調剤室内の清浄度を高く保つためにも、埃を除去しやすい環境とする必要がある。入口には簡易的な棚が置かれ、さまざまな物品の保管場所となっている。清潔なリネン、一般ゴミ、感染性廃棄物が隣接して置かれており、清潔と不潔の区域分けがなされていない。清潔物品は埃がつかない扉付きの棚に収納するなど、区域分けを検討する必要がある。

4. 病棟（添付資料1 2. 病棟 参照）

- 1) 各病室に手洗い場と手指消毒剤が設置され、清潔に管理されていたが、ペーパータオルの設置がなされていない部屋があった。水道栓を手で締める際にペーパーを使用できると、手洗い効果がより高まるのでペーパータオルを欠かさないようにすべきである。
- 2) スタッフステーション内の点滴台周辺は、よく整理整頓されているが、空調下に点滴台が置かれているので、埃などの落下防止のため、定期的な空調清掃が重要である。調剤時に使用するマスク、手袋、点滴台を清拭するための消毒用エタノール等の物品配置について、確実な清潔行動が実施されるための効率的な配置を、看護師

の動線に合わせて検討する必要がある。

- 3) 点滴台周辺のスペースを清潔区域とした場合、血液などの付着した点滴ルートが区域内のメディカペールに廃棄されないよう、看護師の作業動線の改善に取り組んでいただきたい。
- 4) 病棟担当薬剤師が配置されており、適正な薬品管理が可能な体制が整っているが、薬品冷蔵庫内において、内服、注射、外用薬の区域分けを明確にしていきたい。また、冷蔵庫の温度表示が正しいか、検定済の温度計を用いての検証が必要である。
- 5) 浴室前洗面台には、複数患者で共用するリスクがあるためブラシを置かず、原則的に患者所有のものを使用する。ドライヤーの引き出しに、髪の毛が溜まっていたため、日常的な清掃が必要である。安全面からカミソリやハサミの管理は厳重にする必要がある。
- 6) 浴室内に清掃用ブラシ・スポンジが置かれているが、乾燥が困難な浴室内に置かれたスポンジは細菌繁殖のリスクが高い。患者が座る椅子との距離も近く、患者を汚染させる可能性もある。これらの環境を整える必要がある。
- 7) 清拭タオル保温車については、細菌が増殖しやすく芽胞形成菌によるアウトブレイクの要因となることから、使用を中止する施設も多いため、運用について検討願いたい。
- 8) 観賞用鉢植え植物の土、生花、花瓶の水、ドライフラワーの表面などより緑膿菌やアスペルギルスなどが培養されることから、運用について検討願いたい。

5. 標準予防策（添付資料1 3. 標準予防策 参照）

- 1) 手洗い・手指消毒を実践していただいた看護師の手順や、手技は適切に行われていた。ラウンド中に観察した医師の手洗いは、短時間で手順も簡略化されたものであったため、医師への手指衛生遵守向上を目的とした教育指導を継続していただきたい。
- 2) 手袋の着用状況は良いが、手袋着用のまま周囲環境に触れる場面も見られたため、着用と外すタイミングについても継続教育を期待する。
- 3) 防護具が必要な病室にはマスク、手袋、エプロンなどが設置されており、必要時、すぐに使用できる環境が整っている。聞き取り調査では、リンクナースが自部署において着脱方法を指導教育しているとのことであった。感染対策実践の充実は、on the job training (OJT) が極めて重要であるため、リンクナース活動の推進に取り組んでいただきたい。

6. 経路別予防策（添付資料1 4. 経路別予防策 参照）

- 1) 院内規定として、経路別予防策が適応される多職種間での患者情報の共有方法が明確ではなく統一性を欠いており、また、病棟にあるネームボードの活用方法も、

病棟ごとで異なっていた。患者に関わるすべての職員が患者情報を統一性のある同じ方法で共有する方法を早急に確立して欲しい。

- 2) 麻しん、水痘、風疹、流行性耳下腺炎に関する対応マニュアルがない。これらの感染症についての連絡体制や感受性者サーベイランスの期間や範囲などを規定した内容を含むマニュアル整備が望まれる。
- 3) 第二種感染症指定医療機関として、感染症病棟があるが日常的には運用されていない。

7. 術後創感染予防

- 1) 除毛については感染対策マニュアルに詳細な内容が記述されている。原則的には術直前に行うとしているが、前日実施の指示を出している診療科が存在しており、マニュアル違反が見られる。
- 2) 周術期抗菌薬については、マニュアル上に規定がある。

8. 医療器材の管理

- 1) カテーテル関連血流感染サーベイランスを継続して実施していることから、自施設の感染率データに基づいて、血管内留置カテーテル管理の評価と見直しを行っていただきたい。
- 2) 人工呼吸器の定期点検や回路交換などは、ME センターで管理されており、医療機器の安全管理を保証する上で有効と考える。

9. 洗浄・消毒・滅菌（添付資料1 5. 洗浄・消毒・滅菌 参照）

- 1) スポンジやタワシの管理が院内で明確に規定されていない。交換時期や乾燥促進を考慮した保管方法など院内規定の策定が望まれる。
- 2) 病棟での洗浄・浸漬消毒が行われているが、対象物が浮かんだまま消毒薬に入れているなど、確実な消毒効果が得られない現状が見られたので改善が望まれる。
- 3) 使用後の鋼製小物を、病棟で一時洗浄してから中央材料室に戻している。しかし、現場での洗浄処理は体液曝露のリスクが高いため、現場での一時処理は、可能な限り行わず、中央材料室で集中的に管理すべきである。
- 4) 喉頭鏡ブレードは、粘膜と接触するためセミクリティカル器材となる。高水準以上の消毒レベルが必要である。使用後は中材でのウォッシャーディスインフェクターによる熱水消毒が推奨される。保管は埃が付かないような保護が必要である。
- 5) 内視鏡センターにおける内視鏡の洗浄、消毒、管理については適切に行われている。消毒薬のバリデーションは業者推奨方法で施行され、結果の記録も取られていた。
- 6) 内視鏡管理の中央化が図られると、より安全性が向上すると考える。
- 7) 患者に貸与するコップや水のみが、一時消毒後に個装され保管されているが、患者

間の共有を回避することを原則として、紙コップなどディスポ製品を活用するなど、業務改善を図ることが望まれる。

10. 医療廃棄物（添付資料1 6. 医療廃棄物 参照）

- 1) バイオハザードマークが表示された適切な廃棄容器が使用されていたが、感染性廃棄物に一般ゴミの混入があり、選別されたい。最終保管庫の表記と施錠の状態は良好であった。

11. 微生物検査室（添付資料1 7. 微生物検査室 参照）

- 1) 安全キャビネットのメンテナンスや、HEPA フィルター交換の定期的な実施が望ましい。
- 2) ダンボール類が床に直接置かれている点は柵上などの埃の堆積が見られた。日常的な環境整備の早急な改善が望まれる。

12. その他

- 1) 感染対策加算の要件に、院内感染対策に関する取り組み事項の掲示は「見やすい場所」に行うとされているため、形式や場所の検討が必要である
- 2) 清掃カートのバケツの中で、スポンジ・ブラシ・布タオルなどが接触しており、洗剤などの蓋がされていない。また、絞った形状のままの布タオルがある。これらの用途、スポンジやブラシなどの管理がどのようにされているかなど、ファシリティマネジメントとして感染管理室で把握している必要がある。
- 3) 使用後リネンの最終保管場所は、清潔リネンと交差することのないスペースが確保され、保管状況も整理されていた。
- 4) 水飲み場の冷水機の定期的なメンテナンスと、水質確認の実施とその実施記録管理も必要である。

【 参考資料 】

1. 「良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律の一部の施行について」医政発第0330010号.平成19年3月30日
2. 「医療機関等における院内感染対策について」医政指発0617第1号.平成23年6月17日
3. 「看護関連施設基準・食事療養等の実際 平成24年4月版」社会保険研究所
4. 「院内感染対策マニュアル2010年版」東京都福祉保健局 平成22年10月
5. 「消化器内視鏡の感染制御に関するマルチソサエティガイドライン」日本環境感染学会等
6. 「病院感染対策ガイドライン 改訂版」国公立大学附属病院感染対策協議会.じほう.2012

添付資料 1

市立甲府病院 感染管理体制に係わる調査結果報告 「院内ラウンド結果」

訪問調査実施日 平成25年6月 3日

結果報告書作成日 平成25年6月17日

報告書作成者 矢崎正浩

1. 外来

1) 外来ホール



外来患者用の手指消毒剤が設置され、手指衛生や咳エチケットを推奨する方策がとられているが、台上やポスターのアルコール製剤による汚染が目立つ。より頻回な清掃管理が望まれる。

また、この付近にマスク自販機が設置されているとより効果的と考える。

2) 外来処置室



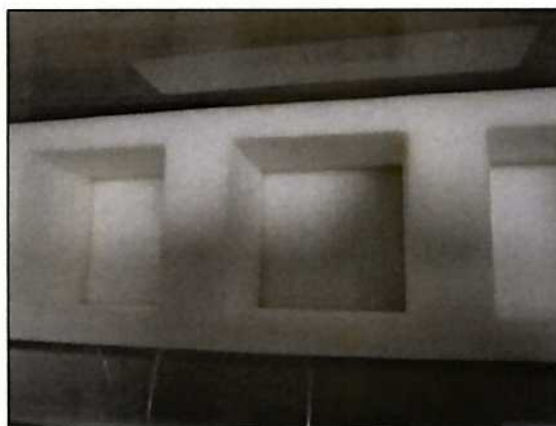
清潔なシンクの横に埃取りが置かれている。清潔区域と不潔区域の区域分けを検討する必要がある。



固形石鹸は細菌汚染を受けやすい。

詰替をしないことを原則とした液体石鹸への変更の検討が望まれる。
スポンジが乾燥困難な容器に入れられている。

添付資料 1



検体搬送用リニア搬送機のラック緩衝材に尿検体の付着あり。検体容器外面を汚染する可能性があり、尿検体の量を厳しく制限するなど改善が必要である。



台上に清潔物品と不潔物品が混在している。整理が必要である。



採血時の腕固定枕に手術室で使用されているクルムが再利用されている。安価なディスポシーツを利用し、固定枕は汚染時に清拭消毒が可能な素材のものとする事で、患者ごとの清潔が保持される。

添付資料 1

3) 外来通院治療センター



抗がん剤調剤室

クリーンベンチでの無菌的調剤がされているが、横の棚の上には書類等が入ったコンテナが積まれていて、日常的な環境整備が困難と考えられる。

調剤室内の清浄度を高く保つためにも、埃を除去しやすい環境とする必要がある。



通院治療センター入口

簡易的な棚が置かれ、さまざまな物品の保管場所となっている。清潔なリネンや、一般ゴミと感染性廃棄物が隣接して置かれており、清潔不潔の区域分けがなされていない。

清潔物品は埃などがつかない扉付きの棚に収納するなど、区域分けを検討する必要がある。

添付資料 1

2. 病棟



病室の洗面台にはペーパータオルの設置なし。
自動水栓ではないため、栓を締める際にペーパーを
使用できると、手洗い効果がより高まると考える。

空調や扇風機の下に点滴台が位置しているため、清
潔エリアに埃の落下のリスクがある。

定期的な空調内の清浄や、点滴台周囲の日常的な清
掃が重要となる。



浴室前洗面台

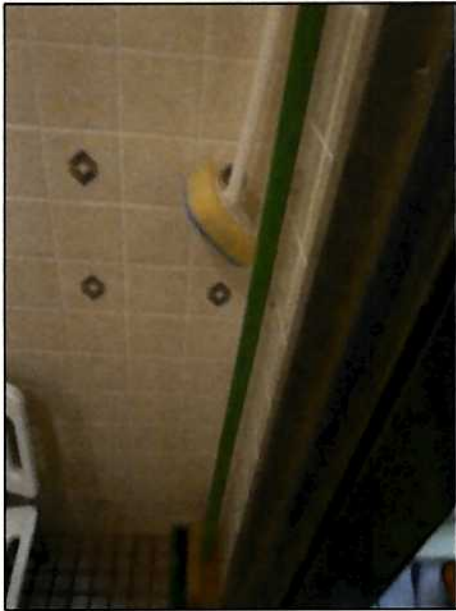
ブラシを複数患者で共用するリスクがあるため置か
ない。

原則的に患者所有のものを使用する。

ドライヤーの引き出しに、髪の毛が溜まっていたた
め、日常的な清掃が必要である。

安全面からカミソリやハサミの管理は厳重にする必
要がある。

添付資料 1



浴室内に清掃用ブラシ・スポンジが置かれている。
乾燥が困難な浴室内に置かれたスポンジは細菌繁殖
のリスクが高い。

患者が座る椅子との距離も近く、患者を汚染させる
可能性もある。

保管場所の検討が必要である。

清拭タオル保温車

濡らしたタオルを畳んで数時間置いておか
なければならぬので細菌が増殖しやすく、
芽胞形成菌によるアウトブレイクの要因と
なるため、運用を中止する施設も多い。

細菌汚染は必須であるため、デバイス挿入周
囲の使用を禁止するなど、使用方法の教育が
重要である。



リネン庫は清潔に管理されていた。

添付資料 1



観賞用の鉢植え植物の土、生花、花瓶の水、ドライフラワーの表面などより緑膿菌やアスペルギルスなどが培養される。

3. 標準予防策



手洗い、手指消毒の実施は、丁寧に手順通りに実施できていた。

ペーパータオルの設置位置がシンクから離れており、濡れた手からの滴下により周囲を汚染する可能性がある。

4. 経路別予防策



耐性菌など感染症患者情報はネームボードに表示することが規定されているが、表示方法が病棟間で統一されていないため、病棟外部職員には把握が困難であると考えられる。院内規定を定めると良い。

添付資料 1

5. 洗浄・消毒・滅菌



器具が浮かんでいて浸漬消毒されていない。
対象物の全体が消毒薬と接触しなければ消毒効果はない。

タッパーは水捌けが悪いため、スポンジが乾燥しにくい。

スポンジ管理については院内統一した方策の検討が必要と考える。



使用後の鋼製小物を、病棟で一時洗浄してから中材に戻しているが、現場での洗浄処理は体液曝露のリスクが高い。現場での一時処理はできる限り省き、中材での集中管理が求められる。

オープントレイではなく、周囲環境汚染のないよう蓋付きトレイが望ましい。

患者の出入りのある処置室入口に置かれていたが、清潔動線と交わらない区域に置くのが望ましい。

喉頭鏡ブレードは、粘膜と接触するためセミクリティカル器材となる。高水準以上の消毒レベルが必要である。

使用後は中材でのウォッシャーディスインフェクターによる熱水消毒が推奨される。

保管は埃が付かないような保護が必要である。



添付資料 1



患者に貸与するコップや水のみが、一時消毒後に個装され保管されている。

患者間の共有を回避することを原則とし、紙コップなどディスポ製品を活用するなど、業務改善を図ることが望まれる。

6. 医療廃棄物



一般ゴミ（アルコール綿包装紙）が混在している。

感染性廃棄物の最終保管場所は、バイオハザード表示がされ、施錠可能な場所に管理されている。保管状況も整理されていた。



添付資料 1

7. 微生物検査室



洗濯後の清潔なガウンが床に置かれている。床から 30cm 以内に清潔品は置かないと考えられている。籐製のカゴは埃が付きやすく除去しにくい。すぐ横に使用後の不潔ランドリーボックスが置かれ、清潔不潔の区域分けが必要である。



ダンボール類の床置きが多いが、床は不潔であること、また床清掃の障害となるため、避ける。歩行などにより埃が舞い上がる 30cm には清潔物（写真左：手拭きペーパータオル）は置かず、棚などに収納する必要がある。

埃が目立つため、湿式清掃が容易となるような整理整頓が必要である。



添付資料 1



スポンジが直置きされている。接触面に水が溜まっていて乾燥が困難である。
スポンジ・タワシの管理方法を検討する必要がある。



血液汚染のあるクロスは、すぐに感染性廃棄物として廃棄する。
針捨てBOXに包装紙が廃棄されている。
転倒など不測の事態に針が飛び出さないように、針捨てBOXは使用後に蓋を閉める必要がある。

8. その他

1) 院内感染対策に関する取り組み事項の掲示



感染対策加算の要件には、「見やすい場所」とされているため、形式や場所の検討が必要である

添付資料 1

2) 清掃カート

バケツの中で、スポンジ・ブラシ・布タオルなどが接触している。

洗剤などの蓋がされていない。

絞った形状のままの布タオルの用途、スポンジ・ブラシなどの管理がどのようにされているかなど、ファシリティマネジメントとして感染管理室で把握している必要がある。



清掃業者が使用する清掃用具処理場の環境を改善する必要がある。

モップヘッド等の処理方法や、洗濯機の管理方法など確認が必要である。

添付資料 1

3) 使用後リネン保管場所



使用後リネンの最終保管場所は、清潔理念と交差することのないスペースが確保されている。
保管状況も整理されていた。

4) 水飲み場



冷水機の定期的なメンテナンスと、水質確認の実施が必要である。
これらの実施記録管理も必要である。

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
＜生理・検体等検査関係業務＞

(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 |
|----|----|-------|---------|-------|
| 14 | 7 | 3 | 4 | 0 |

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<生理・検体等検査関係業務>

[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 |
|--------------------|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| 1 生理検査部門 | | | | |
| | 1 | 『中央検査室 災害時 マニュアル』表紙の作成日が 2112.05 なので修正してください。本文では 2012.05 になっています。 | 作成日は速やかに、修正した。 | 完了 |
| | 2 | 心電図検査について、前回値をチェックするために、MUSE システムから前回値を表示する点では、一手間かかる印象でしたが、現行のシステムでの運用では、チェック機構に問題がないと考えます。 | 電子カルテ導入時より、心電図検査については、MUSE システムにより前回値チェックを行っている。その為、心電図変化がわかり易くなった。これからも、同様なチェック機構をしていく方針である。 | 完了 |
| | 3 | 呼吸機能検査について、フィルターを滅菌後再使用しているようですが、感染対策の観点から、基本的にはディスポーザブルとし、患者毎に交換が望ましいと思われれます。 | 呼吸機能検査のフィルターは、2013 年 3 月より、感染対策面から、滅菌再生ではなく、患者ごとにディスポーザブルに変更した。 | 完了 |
| | 4 | 検査室は整理整頓がなされ、患者動線に電源コードや障害物などが無いよう配慮されています。検査用ベッドの周りのスペースは確保され、ベッドへの移乗にも注意が払われているようです。可能であれば、電動ベッドを用いて、移動の際に上下できれば、落下や転倒防止に役立ちますので、安全対策の観点からお勧めします。 | 現状では、電動ベッドの購入は難しいため、院内にある使用していない電動ベッドの活用も検討したが、サイズが不相当で断念した。なるべく早い時期の購入を働きかける一方、購入されるまでは、検査室医療事故防止マニュアルに記載されているように、患者の移動時には技師が付き添い、必要に応じて数人で介助して、安全にベッドへの移動をするよう注意を払う。 | 次年度以降対応 |
| 2 中央検査室医療事故防止マニュアル | | | | |
| | 5 | 医療事故防止マニュアルの中の誤字がみられます。 制度→精度 | 訂正した。院内 HP 上の医療事故防止マニュアルの中では、訂正されている。 | 完了 |
| | 6 | 全ての文書類に共通なことです。文書の作成者・作成日および承認者・承認日を確認できる様式が望まれます。 | 院内感染対策マニュアル、医療事故防止マニュアルについては、各委員会の承認を得ているが、書式として残していないので、今後院内で統一する。検査室内の業務マニュアルについては作成日と作成者を記入した。次回のマニュアル改訂時には記載の統一も含めて対応する。 | 次年度以降対応 |
| | 7 | 精度管理(内部・外部)の実施にあたっては、記録の保持と、不具合が生じた際の対応策を構築することが望まれます。 | 外部精度管理調査については、A 又は B 評価を得られなかった項目については、原因と対策を記録する検査室共通の様式を 6 月に作成し、平成 25 年度分から記録します。内部精度管理について不具合が生じた際の対応については、部門ごとの業務マニュアルに追加記載する事を周知する。 | 完了 |
| | 8 | 機器の保守にあたっては、同様に記録が必要であり、実施者と実施日を必ず記入する様式を用いてください。 | 機器の保守に関しては、今まで記録様式のなかった分析機については、あらたに様式を作成し、6 月中旬より記録を作成している。 | 完了 |
| | 9 | パニック値の報告時には、必ず記録を残すようにし、所定の様式を設定することを勧めます。 | 検査室共通の様式を作成し、平成 25 年 6 月 5 日分より、記載を始めた。 | 完了 |
| | 10 | 検体・細菌検査オーダ運用フローは、メーカー提示そのままの書式であるためか、少しわかりにくく感じました。共通認識しやすいような独自のマニュアルがあっても良いと思いました。 | 各マニュアルに、検体到着からのフロー図を付け加え、検査の流れ全体を理解できるようにした。運用フローについては、メーカー作成の表を参考に作り直す事とする。 | 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 |
|--------------------|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| 2 中央検査室医療事故防止マニュアル | | | | |
| | 11 | 全体を通して、手順書等は整備されていました。 課題は、それを如何に職員に周知徹底させるかの方法と記録の補助のルール作りが必要と感じました。 | 検査方法の変更等で、検査室職員だけに関係する事については、回覧文書を作り全員が確認している。また必要に応じて検査室内の勉強会を開催している。検査室以外に関連する事項については関連医師・職員に院内メールを送信し、且つ文書にてもお知らせしている。今後は、院内 HP 上に検査室からのお知らせや情報を掲載し、院内の職員が閲覧できるように準備している。 | 年度内完了 |
| (委員) | 12 | 参考文献の記載がないので、追加したほうがよい。手順書の内容が改訂された場合、何がどのように変わったかという更新履歴がほとんどないので、改訂履歴をきちんと残す必要がある。いつ何がどのように変わったかということが全ての手順書に必要と思う。 | 次回のマニュアル改訂時には記載の統一も含めて対応する。 | 次年度以降対応 |
| | 13 | 検体・細菌検査オーダ運用フローや画像生理検査オーダ運用フローについては、メーカー作成の運用フローは参考として、独自に作成すべきである。 | 運用フローについては、メーカー作成の表を参考に作り直すこととする。 | 年度内対応 |
| | 14 | 外注検査のマニュアルも作成したほうが良い。 | 次回のマニュアル改訂時に対応する。 | 次年度以降対応 |

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<生理・検体等検査関係業務>
 【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 | 6 | 全ての文書類に共通なことです。文書の作成者・作成日および承認者・承認日を確認できる様式が望まれます。 | 院内感染対策マニュアル、医療事故防止マニュアルについては、各委員会の承認を得ているが、書式として残していないので、今後院内で統一する。検査室内の業務マニュアルについては作成日と作成者を記入した。 | 院内感染対策マニュアル、医療事故防止マニュアルについては、各委員会の承認を得ているが、書式として残していないので、今後院内で統一する。検査室内の業務マニュアルについては作成日と作成者を記入した。 <u>次回のマニュアル改訂時には記載の統一も含めて対応する。</u> |
| 修正 | 10 | 検体・細菌検査オーダ運用フローは、メーカー提示そのままの書式であるためか、少しわかりにくく感じました。共通認識しやすいような独自のマニュアルがあっても良いと思いました。 | 各マニュアルに、検体到着からのフロー図を付け加え、検査の流れ全体を理解できるようにした。 | 各マニュアルに、検体到着からのフロー図を付け加え、検査の流れ全体を理解できるようにした。 <u>運用フローについては、メーカー作成の表を参考に作り直す事とする。</u> |
| 追加 | 12 | 参考文献の記載がないので、追加したほうがよい。手順書の内容が改訂された場合、何がどのように変わったかという更新履歴がほとんどないので、改訂履歴をきちんと残す必要がある。いつ何がどのように変わったかということが全ての手順書に必要と思う。 | — | <u>次回のマニュアル改訂時には記載の統一も含めて対応する。</u> |
| 追加 | 13 | 検体・細菌検査オーダ運用フローや画像生理検査オーダ運用フローについては、メーカー作成の運用フローは参考として、独自に作成すべきである。 | — | <u>運用フローについては、メーカー作成の表を参考に作り直すこととする。</u> |
| 追加 | 14 | 外注検査のマニュアルも作成したほうが良い。 | — | <u>次回のマニュアル改訂時に対応する。</u> |

市立甲府病院中央検査室 監査報告書

平成 25 年 5 月 29 日

山梨大学医学部附属病院検査部

小池 亨

奥山純子



1. 生理検査部門についてのご報告

- ・ 検査システムが構築されており、検査の流れは適切に実施されているようです。
- ・ 検査マニュアルにも、特に指摘する点はありませんでした。
ただし、『中央検査室 災害時 マニュアル』表紙の作成日が 2112.05 なので修正してください。本文では 2012.05 になっています。
- ・ 患者誤認対策は、医療事故防止マニュアルに従って、検査項目や予約時間の確認、ご本人にフルネームを名乗ってもらうなどの注意が図られ、実行されているようです。
- ・ 心電図検査について、前回値をチェックするために、MUSE システムから前回値を表示する点では、一手間かかる印象でしたが、現行のシステムでの運用では、チェック機構には問題がないと考えます。
- ・ 呼吸機能検査について、フィルターを滅菌後再使用しているようですが、感染対策の観点から、基本的にはディスポザブルとし、患者毎に交換が望ましいと思われます。
- ・ エコー検査では、ゼリーを拭くために使い捨てのウェットタオルが用いられ、清潔面・患者サービス面に気遣いが感じられました。
- ・ 検査室は生理整頓がなされ、患者動線に電源コードや障害物などが無いよう配慮されています。検査用ベッドの周りのスペースは確保され、ベッドへの移乗にも注意が払われているようです。可能であれば、電動ベッドを用いて、移動の際に上下できれば、落下や転倒防止に役立ちますので、安全対策の観点からお勧めします。

担当 山梨大学医学部附属病院 検査部 生理機能検査室

奥山 純子



2. 中央検査室医療事故防止マニュアルについて

- ① 医療事故防止マニュアルの中の誤字がみられます。
制度→精度
- ② 全ての文書類に共通なことです。文書の作成者・作成日および承認者・承認日を確認できる様式が望まれます。
- ③ 精度管理（内部・外部）の実施にあたっては、記録の保持と、不具合が生じた際の対応策を構築することが望まれます。
- ④ 機器の保守にあたっては、同様に記録が必要であり、実施者と実施日を必ず記入する様式を用いてください。
- ⑤ 緊急時の体制、緊急連絡網およびパニック値の設定・対処法は整備されていました。
- ⑥ パニック値の報告時には、必ず記録を残すようにし、所定の様式を設定することを勧めます。
- ⑦ 検体・細菌検査オーダ運用フローは、メーカー提示そのままの書式であるためか、少しわかりにくく感じました。共通認識しやすいような独自のマニュアルがあっても良いと思いました。
- ⑧ 全体を通して、手順書等は整備されていました。
課題は、それを如何に職員に周知徹底させるかの方法と記録の補助のルール作りが必要と感じました。

作成：山梨大学医学部附属病院検査部

小池 亨



医療安全体制等検証委員会 委員委嘱式・第1回委員会 会議録

日 時：平成24年7月17日(火曜日)
17時00分～
会 場：第1会議室

出席者

委 員 4名
職 員 16名
事務局 5名

[委嘱式]

- 1 委嘱状交付
- 2 市長あいさつ

[第1回委員会]

- 1 開会及び資料確認
- 2 委員及び職員紹介
- 3 委員会の目的等の説明
事務局から、委員会の目的等について説明。
〔質問・意見〕
特になし
- 4 委員長の選任
事務局から、市立甲府病院医療安全体制等検証委員会設置要綱第5の規定により、委員長は委員の「互選」により定める旨説明。

[委員]

事務局から推薦があればお願いしたい。

[各委員から同意する旨の発言あり]

[事務局]

4名の委員は、それぞれ専門の立場で当院の医療安全を評価・検証いただくということから、医師、看護師、組織運営、法律の専門として就任いただいた。

特に医療安全の運用の中心を担うのは、医師であることから、事務局案としては、委員長を山梨大学の武田正之先生をお願いをしたい。

[各委員から同意する旨の発言あり]

【結果：委員長は山梨大学武田正之委員に決定する。】

5 委員長あいさつ

私が、これまで力を注いできた山梨大学医学部附属病院の医療安全対策の経験と、それぞれ専門の立場にある 3 名の委員の協力を得ながら、市立甲府病院の医療安全体制が万全なものとなるよう全力で当たりたい。

6 副委員長の指名

事務局から、市立甲府病院医療安全体制等検証委員会設置要綱第 5 の規定により、委員長が委員の中から「指名」をする旨説明。

〔委員長〕

病院の医療安全対策は、医師と医師以外の医療関係者とのチームで行わなければならない。そうした中で看護師の力は極めて重要であることから、山梨県立大学看護学部の松下教授に副委員長をお願いしたい。

〔各委員から同意する旨の発言あり〕

【結果：副委員長は山梨県立大学松下由美子委員に決定する。】

7 議事（議長＝委員長）

(1) 会議の公開・非公開について

事務局から、公開・非公開の考え方について説明。

〔委員〕

本日の議事の内容には個人情報が出るということはないので、公開で進めていきたい。

〔各委員から同意する旨の発言あり〕

【結果：本日の会議については「公開」とすることに決定する。なお、議事録の中で個人情報に係わる部分が出た場合は、その部分を除いて市立甲府病院ホームページに掲載していく。】

(2) 市立甲府病院の概要について

① 病院の概要について

事務局から、病院の概要について説明。

〔質問・意見〕

特になし

② 医療安全体制、医療事故防止マニュアルの概要について

事務局から、医療安全体制、医療事故防止マニュアルの概要について説明。

[委員]

統括リスクマネージャーは現在1名で従事形態は専任か。

[事務局]

1名で専従である。

[委員]

リスクマネージャーの複数配置の予定はあるか。

[事務局]

今のところ予定はない。

[委員]

看護部リスクマネジメント委員会は、リスクマネージャー会議よりも先に設立されていたのか。

[事務局]

医療安全管理対策委員会の設立時に、看護部独自に検討する委員会があり、これを看護部リスクマネジメント委員会と称し、医療安全管理対策委員会の下部組織として位置づけた。

※リスクマネージャー会議は、平成24年1月に設置。

[委員]

看護部リスクマネジメント委員会は、リスクマネージャー会議とは別に会議が開かれているのか。

[事務局]

別々に会議が開かれている。医療安全管理対策委員会の会議結果等をリスクマネージャー会議を通じて全職員に周知している。

[委員]

医療安全管理部門の中に統括リスクマネージャーがおり、その下に部門リスクマネージャーがいて、その全体の会議としてリスクマネージャー会議を定期的に行い、職員に周知していくという基本的な形である。

リスクマネージャー会議と看護部リスクマネジメント委員会をどのように有機的につなげていくかが重要であり、どのように考えているか。

[事務局]

ご指摘の点は、リスクマネージャー会議が設立して日が浅いこともあり、今後の課題であると認識している。

[委員]

医療スタッフの中では看護師が一番人数が多く、患者さんとの接点も一番多いことから、ヒヤリハットの報告も一番多い部門である。このため看護部では独立した活動がされている。

病院全体のリスクマネジメントの活動にどのように反映されてくるのが重要な課題である。

[委員]

医療安全管理部門の中に医療安全対策ミーティングがあるが、医療安全対策に係わる取組みの評価等を行うカンファランスを週 1 回程度開催することとなっており、ここで現実的なことを頻繁に協議するのであると思う。それを上位へフィードバックして最終的にリスクマネージャー会議で検証していくという形で動いているということはすばらしいと思う。

③ 医療安全の活動実績について

事務局から、医療安全の活動実績について説明。

[委員]

医療安全職員研修会は、非常に重要なこととして厚生労働省からも実施が求められている。市立甲府病院では年 9 回行われている。

全職員が最低 2 回受けなければならないが、実際は全員が 2 回受講できているか。

[事務局]

平成 23 年度は受講できなかった職員もいたことから、追加研修や DVD による研修を行った。

[委員]

実際の業務が忙しいことから、決められた時間に研修に出席することは大変なことである。病院として追加講習や DVD による研修を実施しており、研修形態としては良いのではないかと思います。

[委員]

ヒヤリハット情報は、この病院ではレベル 0 ないしはレベル 1 としており、件数 479 件はまずまずな数であると思う。あらかじめたくさん報告しておくことが重大な事例を防ぐこととなるので、できればもっと増やして欲しい。

※レベル 0 とは、間違っただけの行為が実施される前に気が付き、患者には実施されなかった事例のこと。

※レベル 1 とは、間違っただけの行為が実施されたが、患者に被害(変化)が生じなかった事例のこと。

[委員]

ヒヤリハット報告は、どこの病院でも同様に看護師が一番多く、

ドクターが少ないが、ドクターの比率をできれば上げて欲しい。
また、複数の部門で同時に報告することも望ましいので件数を増やして欲しい。

[委員]

ヒヤリハット報告は、具体的にどのような手順・システムで報告・集計されるのか。

[事務局]

報告手順は、ヒヤリハットであると認識した時点で、当事者が報告システムに入力する。その内容は各部署のリスクマネージャーと所属長が確認し、分析と対策を検討した上で、医療安全管理室に報告される。

[委員]

このヒヤリハット報告で一番大事な点は、間違いを起こしたことが駄目なことというのではなく、事例の内容と改善策を病院全体に知らせ、スタッフが共通認識を持つことである。

万が一、インシデントのレベルが進んでしまうと重大なことが起こってしまうので、芽が出た段階で止めようとするシステムであり、たくさん報告を出すこと自体に意味がある。

[委員]

ヒヤリハットの報告・集計は、基本的にはデータベース上で入力すれば誰でも閲覧でき、各部門リスクマネージャーが交代でチェックしていくような体制が一番良いのではないかなと思う。

[委員]

ヒヤリハットが数多く報告されるということは、注意力が高まっているということで、安全対策という点では非常に重要なことであると思う。他方でその件数が増大してくるということは問題発生が多くなっているということではないかと思う。

ヒヤリハット報告の合計件数を見ると増加する傾向にあるが、一面ではそういう積極的な側面があるものの、他方では問題発生の芽が増えていると言え、どのように評価したらよいのか。

[委員]

非常に難しい点であるが、ヒヤリハットは10年以上前に厚生労働省が提唱したもので、患者に全く被害が出ない間違いであるレベル0とレベル1をたくさん報告することで、結果として報告件数が減っていくというものであった。しかし、全国の統計をみても必ずしも減る傾向にはない。

レベル4やレベル5のリスクの高い事例が増えることは好ましくなく、これは増えてはいない。

また、患者は高度な医療を求めており、患者数が増えて忙しくな

っても職員数が同じであればリスクが増えてくる。

こうしたことなどを総合的に判断して現状がどうなのかを把握して、様々な方向から対応を考えなければならない。

※レベル4とは、事故により、障害が一生残存する事例のこと。

※レベル5とは、事故が死因となった事例のこと。

[委員]

マクロ分析では、事故レベル別の集計となっているか。

[事務局]

マクロの分析はヒヤリハットであるレベル0とレベル1について集計したものである。

[委員]

ヒヤリハットの増減をみることで、傾向がわかる。

一定基準よりも極端に少ない場合はヒヤリハットの認識が低いなどの職員の資質的な問題が多かったのかもしれない。また、報告件数が多すぎるところはかなり努力して報告している可能性もあるが、リスクが高かったということも言える。

[委員]

何度も報告することには問題はないのか。

[委員]

ヒヤリハットを分析することで、例えばミスを犯しやすい人を特定できる可能性があり、それにより集中的に勉強を促したり、リーダーを通じて研修を促すことができることとなる。

(3) 今後の進め方について

今後の進め方について説明。

[質問・意見]

特になし

【結果：今後の進め方については、1. 総論、2. 放射線関係業務、3. 薬剤関係業務、4. 手術室業務、5. 病棟業務等、6. 医療安全・感染対策体制、7. 生理・検体等検査関係業務、8. その他委員会の指示する業務等の順位で進めていくことに決定する。】

(4) 次回の開催について

次回の開催について説明。

[委員]

今後4回会議を開催するに当たり、検証順位の割当とかはあるか。

〔事務局〕

次回は総論の残り と放射線関係業務についてお願いしたい。

〔委員〕

検証の対象となる資料や具体的な検証課題のようなものなどは、当日配布となるのか。

〔事務局〕

次回は1週間ぐらい前には配布する。

〔事務局〕

それぞれの分野の専門家に事前に調査をしてもらい、その結果を委員会の開催前には各委員に配布し、委員会の中で協議いただくということを考えているが、いかがか。

〔委員〕

事前調査を専門の方をお願いすることが良い。専門家として誰に依頼するかなどは委員会の中で話し合っ て決める。

〔各委員から同意する旨の発言あり〕

【結果：委員会日程は、第2回を9月下旬～10月上旬の間で、第3回を11月中旬～下旬の間で、第4回を2月中旬を目途に開催する。

第2回委員会は、総論の残り と放射線関係業務の検証を議題とする。

資料等は委員会開催1週間前には委員へ配布する。

次回以降は、事前に専門家に調査を依頼し、その結果を委員会で協議・検証する。

以上を決定する。】

8 閉会・院長あいさつ

当院では、「いのちに光を 心にやすらぎを」の基本理念のもと、安全で安心な医療の提供に向けて、医療従事者一人ひとりが危機管理意識を持ち、組織的、体系的な安全対策に取り組んできたが、R I 検査問題により、改めて当院の医療安全体制の欠陥が明らかになった。

問題の把握以降、再発防止に向けて課題への対応や体制の再構築を図ってきたところであるが、より患者様の信頼を確固たるものとするためには、全ての病院職員が医療安全意識を更に高め、日々の業務で実践していくことが必要であると痛感している。

委員には、それぞれのご専門の見識の中で、当院の医療安全体制全般を客観的視点から厳しく評価・検証くださるようお願いする。

医療安全体制等検証委員会 第1回委員会 決定・指摘等事項

〔決定事項〕

- 1 委員長は、武田正之 委員とする。
- 2 副委員長は、松下由美子 委員とする。
- 3 第1回委員会は、公開とする。
会議録は、個人情報に係わる部分を除いて市立甲府病院ホームページに、概要を掲載する。
- 4 検証順位は、次のとおりとする。
 - ① 医療事故防止マニュアル総論
 - ② 放射線関係業務
 - ③ 薬剤関係業務
 - ④ 手術室業務
 - ⑤ 病棟業務等
 - ⑥ 医療安全・感染対策体制
 - ⑦ 生理・検体等検査関係業務
 - ⑧ その他委員会の指示する業務等
- 5 委員会日程は、第2回を9月下旬~10月上旬の間で、第3回を11月中旬~下旬の間で、第4回を2月中旬を目途に開催する。
- 6 第2回委員会は、総論の残りと放射線関係業務の検証を議題とする。
- 7 資料等は委員会開催1週間前には委員へ配布する。
- 8 次回以降は、事前に専門家に調査を依頼し、その結果を委員会で協議・検証する。

〔指摘事項〕

特になし

〔要望事項〕

特になし

〔改善事項〕

特になし

日 時：平成24年9月27日(木曜日)
17時00分～

会 場：第1会議室

出席者

| | |
|-------|-----|
| 委 員 | 4名 |
| 調査チーム | 1名 |
| 職 員 | 17名 |
| 事務局 | 4名 |

〔第2回委員会〕

- 1 開会及び資料確認
- 2 議事（議長＝委員長）

〔委員長〕

議事に入る前に、本日の会議の公開・非公開について、委員の判断を得たい。

第1回委員会の状況なども踏まえ、各委員には、より率直で忌憚のない意見を期待する。特に、これからの具体的な審議を進めていく中では、個人情報に係わる内容や他病院の状況などの情報を用いての意見や説明が必要となってくると思う。

率直な意見交換をする上では、非公開とすることが望ましいと考えるが、委員の判断を伺いたい。

〔各委員から同意する旨の発言あり〕

委員の非公開とする判断を得たので、本日の会議は非公開とする。

(1) 医療安全体制の検証

ア 放射線関係業務

調査チームから、調査報告書について説明。

〔調査チーム〕

8月の約1ヶ月間をかけて、市立甲府病院で使用されているマニュアル等の内容チェック、及び8月末に現場の訪問調査を、RI部門と画像(放射線)診断部門、放射線治療部門の3部門について、それぞれ最も知識が豊富で経験が豊富な者が作業を担当した。

現場の実態の全体評価としては、概ね大きな問題はないということで基本的には総括される。個別に小さな問題はあり対応状況一覧表にまとめられている。

今回の RI 検査問題の検証の背景にあった情報や報告、相談についての閉鎖性に関しては、特に問題なく行われており、お互いにスタッフ間で問題点や相談事があれば話しをしやすい環境になっていた。また、様々な情報のチェックは、ほぼ問題がないと判断している。

[委員]

指摘事項が全部で 35 項目あるが、大きな問題はあったか。

[調査チーム]

特にこれという大きな問題はなく、マニュアルの用語表記が場所によって異なるなどの細かいことであり、すぐに改善されると思われる。

RI 部門に関しては、基本的には事故の再発が起こるような環境・状況はないと見受けられた。

個別には、RI マニュアル記載の投与量が具体的に記載していない。また、テクネシウム 99 の ECD 脳血流シンチに対する成人投与量が、マニュアル上 $600\text{MBq} \times 2$ となっているが、現在もっと小型のものが使えるように規格が変わっているため、 400MBq の 2 倍の方が適当ではないかということである。しかし、決して $600\text{MBq} \times 2$ が法外に高いとかこれ自体が問題な量ということではなく、どちらかといえば $400\text{MBq} \times 2$ の方が良いのではないかと提案のレベルである。

その他、核医学部門では看護師の負担が大きいので、そこに問題が発生すると困るのではないかと、また、文書や帳簿類をもう少し整理したほうが良いのではないかと、あえて指摘しているものである。

診断部門に関しては、マニュアルの細かい用語の修正等の指摘がされている。

核医学以外の診断部門の訪問実態調査に関しては、概ね大きな問題はないと思われるが、撮影方法として、グリッドの使用の仕方とか、高圧にするか低圧にするかということで、グリッドなしの低圧にした方が良いのではないかと、というものである。

血管造影室のモニター配置は、操作室からわかりづらいのではないかと、いうものである。

大事なポイントとしては、造影剤の問診票の確認部分が徹底されていないのではないかと、いう指摘で、再確認を取れるような対応が良いのではないかと、いうものである。

次に治療部門は、事故時の連絡網の徹底や大地震が発生したときの対応についてマニュアルに掲載した方が良いのではないかと、の提案である。

大事なポイントとしては、放射線障害防止法に規定されている放射線業務従事者、いわゆる放射線同位元素に接する場所で業務をしている者に関する教育訓練の定期的(年 6 時間)な実施があるが、院内では実施されていないようであるとする指摘である。

その後、状況を確認したところ、医師や技師については院外で同様の講習会を受講しているということであったが、看護師等に関しては十分ではないとのことである。これは確実に徹底されると良いと思う。

報告書に記載はしていないが、教育訓練を年に 1 回行くと、被曝の話や RI を取り扱うときの注意すべきポイントが非常に細かく指導されるので、放射線障害防止法上は非常に限られた者だけが対象となっているが、出来れば医療法で規定されている放射線診療従事者、フィルムバッジを持っている全てのスタッフ、特に RI 等に出入りしている職員には、できるだけ教育訓練に参加するようにすると、今回のような思い込み等による問題も発生せず、RI に関する知識が病院スタッフに啓蒙されるという良い機会になるのではないかと思う。

院内で実施する教育訓練の対象者を放射線障害防止法だけではなく医療法上の関係者とすればよいとする追加の提案である。

治療部門のスタッフ数に関しては、学会等が提示している基準があるが、若干人数的に少ないのではないかというもので、技師に関してはもう 1 名、医師に関しても少し配置した方が良いのではないかというものである。

サーベイメーターはしっかり校正し、モニターをした方が良いのではないかというものである。

また、放射線治療部門だけではないが、スタッフ間の認識統一のためのカンファレンスを定期的に行い、特に治療部分では頻繁に実施した方が良いのではないかというものである。法律の規定ではないが、医療安全の確保のためには大事なポイントであると思われる。

[委員]

核医学部門のマニュアルの記載方法等は、すでに病院として対応済みのようなものであるが、核医学部門の看護師の負担については、病院側の見解はどうか。

[事務局]

今まで放射線診断部門の医師が行っていた RI の注射を、看護師が実施するようになったのは、医師の多忙が要因で、看護師に行ってもらえないかということで、看護師が行うようになった。

しかし、看護師も多数の検査を掛け持ちしたりして、非常に多忙となってしまっていることから、放射線部門の看護師の増員をお願いしていくこととしている。

[調査チーム]

業務分担を明確にして、看護師の増員が叶えば良いと思う。

[委員]

放射線診断部門のグリッドを使用しないほうが安全性が高いという提案についてはどうか。

[事務局]

小児や乳幼児にはグリッドを使わない撮影が一般的であり、当院では被曝をより少なくしようということでグリッドを使い、電圧を上げることで軟線除去という形で撮影を行っている。

被曝線量自体は実際に検査してみないとどちらが少ないといったことは一概に言えないが、乳幼児に関しては被写体が薄いものであることから、肺紋理がしっかり読影できるかどうかのポイントであると思う。

この点に関しては小児科医師や呼吸器医師とある程度のコンセンサスを得ていろいろな情報交換をしていかないと、どちらが良いのかとは今現在では結論が出ない状況である。

今後、検討していく。

[委員]

小児でも身体の大きさはだいぶ違うが、乳児とか小さいお子様はどちらが良いかとの結論は出ていないのか。

[事務局]

3歳くらいのお子様で立つことが可能な患者様は、グリッドを使って準高圧という80kvから100kv位の管電圧で撮影するのが一般的である。

3歳以下で介助が必要な患者様は、大電流で撮影時間は1,000分の1とか1,000分の2とかで撮影できるので、どちらに主眼を置いていくのかが1つの問題であると思う。

今後、検討していく。

なお、現在の撮影条件では被曝線量が多くなるということは決してなく、被曝低減には十分努めており問題ない。

[委員]

造影剤注射に関する問診票を患者に再度確認する過程については、すでに実施しているか。

[事務局]

はい、実施している。

[委員]

自然災害等に関する備えは、放射線部門だけではなく病院全体の災害マニュアルなど各部門でも用意しておくことが必要である。

放射線障害防止法で規定されている教育訓練の定期的な実施については、病院側の見解はどうか。

[事務局]

医師と専任の技師については、教育訓練が免除可能な対象となっているが、ローテート技師及び看護師に関して実施していない。

指摘により、まずは院内での教育訓練を実施することとし、実際

に看護師から始めた。

今年度は、年度途中であることから、個別実施としているが、来年度からは他施設と同様に教育訓練を実施するよう院内体制を構築する。

〔調査チーム〕

技師が院外の講習で良いとする点については、記録やチェックがされているのか。

〔事務局〕

最初の時点ではなかったが、現段階では免除可能の対象となっており、今回まで実施していなかったものである。

院外講習あるいは取扱主任者講習等に参加することで一部の職員は免除が可能なところに達しているという理解である。

〔調査チーム〕

いつ誰が受講したかということは、記録に残しているのか。

〔事務局〕

記録として残しており、放射線障害防止法の監査で了解を得ている。

〔委員〕

義務ではないが、もう少し上を目指して良い方向にするということでは、医療法で規定されているフィルムバッジを有する医療関係者全員を対象に行うべきではないかと思う。

〔事務局〕

被曝軽減など放射線部に係る基本的な説明は受けているが、放射線障害防止法の範囲内での放射線業務従事者に対する教育訓練を実施していなかったものであり、医療法の範囲内では行われている。

〔調査チーム〕

医療法で規定する放射線業務従事者も講習会の前半部程度に参加することで安全性が高く評価されることとなる。

特に人体への影響や RI の取り扱いなどが評価される。

〔事務局〕

院内で検討する。

〔委員〕

スタッフの増員に関しては、病院の意見はどうか。

〔事務局〕

現在、放射線治療部門は常勤医が 1 名と技師が 2 名となってい

る。技師全体の定数を増員することで放射線治療部門の定数も1名増員の3名となったが、傷病休暇や産前産後休暇などの取得やRI検査問題の対応等によって、一時的に2名となっている。

非常勤医も大学からの派遣があったが、大学の事情もあり途絶えてしまっている。今後は放射線部内で調整するとともに、再度大学へお願いをするなど、スタッフの充実に努めていきたい。

[委員]

県内には放射線治療施設が4台程度と少なく、患者数も増加しているので業務もかなり忙しくなっていると思うので、安全面も考え対応を検討して欲しい。

被曝管理用サーベイメーターの定期的な校正については、病院側の見解はどうか。

[事務局]

放射線治療部門に、サーベイメーターは常備されているが、定期的な校正を行っていなかったなので、指摘を踏まえ、定期的に校正をして行きたいと思う。

[委員]

RI部門は定期的に校正しているのか。

[事務局]

通常RIの出入り口でチェックするハンドフットクロスモニターは当院にはないので、サーベイメーターで定期的なチェックをしている。理想は年1回の校正が望ましいとされているが、そのペースでの測定器の校正はしていない。

今後検討していきたい。

[委員]

放射線部門には被曝管理用サーベイメーターは何台あるか。

[事務局]

現在、核医学と放射線治療と、一般撮影系で兼用のものがあり、サーベイメーターとしては2台ある。

[委員]

RI部門のサーベイメーターを是非校正するようお願いする。

カンファレンスについても、他職種も含め定期的なカンファレンスは要求されているので、実施して欲しい。

スタッフの学会活動や研修への参加は、病院の支援として、できる限りお願いをしたい。

[調査チーム]

教育訓練に関しては、取扱主任者が集中的に管理するのは不可能

なので、事務方の支援・サポートによる管理が必要と思う。

[委員]

教育訓練の管理は、どのセクションが行うか。

[事務局]

職員の研修ということになると学術研修委員会があるが、そこで管理をするというものではないので、職員研修の記録管理ということからすると総務課となる。

[委員]

講習会の参加状況の定期的なチェックを、総務課でよろしく願います。

[委員]

マニュアルの統一は、語句だけではなくて体裁を整える必要があると思う。

例えば、放射線部のマニュアルは、冒頭に作成の目的が明記されており、放射線治療室のマニュアルも、はじめが記載され、その後7つにわたる原則が明記されている。

他のマニュアルでは、そうした記述がなく、いきなり手順に入るなど精粗がある。

目的や原則、基本を明示すれば、マニュアルの事項が多数になっても整理され理解されやすいのではないかと思う。

[委員]

確かに指摘のとおり、目次が明記されていないのでわかりづらいと思う。

全体の目次を作成しページ数を入れ、総論各論などの項目や目的を記載した方がわかりやすいと思う。

すべて修正するとなると時間がかかるが、各論は除いて、冒頭部分は統一した方が良い。

放射線治療の同意書は必要ないのか。

[事務局]

放射線治療の同意書は、依頼手順に記載されており、同意書をとることとなっている。

[委員]

放射線科の場合、インターベンションラディオロジーに関してマニュアルが別にあるのか。

[事務局]

マニュアルはないが、患者への説明要旨や同意書はある。

[委員]

インターベンションラディオロジーは、非常に重要な傾向になっており、マニュアルはあった方が良くはないかと思う。

[委員]

放射線関係業務についてはこれで検証を終わるが、病院側から何か意見があるか。

[事務局]

委員から指摘のあった核医学部門の文書帳票類の量の点について補足する。

今回の RI 問題を受けて核医学(RI)検査は、様々な対応を慎重に行ってきた。そのため薬剤師は調剤に係わらなければ配置の必要はないのではとの指摘があるが、違う部門の眼によるチェックをしていきたいという思いがある。

帳票類の多さについても、取り出した放射性物質の線量を測定した値を貼り付けるという手続きを一つひとつ踏んで行うこととしている。病院としては非常に煩雑になるが実施していくとの方針で行っている。

[事務局]

放射線障害防止法で規定されている教育訓練と、フィルムバッヂを持って放射線診療に参加する者の教育について欠けていたので、病院として放射線に従事する者の教育訓練に取り組んで行く。

(放射線関係業務 検証終了)

【結果：放射線関係業務は、調査チームから指摘・要望された 35 項目の改善及び追加提案のあった教育訓練の対象者の拡大と職員研修の管理の検討、委員指摘のマニュアルのフォーマット・用語の統一の改善対応を進めることとし、検証を終了する。】

イ 医療事故防止マニュアル「総論」

[委員]

医療事故防止マニュアル 26 ページに市立甲府病院医療安全管理体制図があるが、院長の下位にある統括医療安全管理者と医療安全管理部門との関係性、指示命令や連携などの関係性が、この組織図ではわかりづらく、また、14 ページにある医療安全管理室の構成の表記とも矛盾しているのではないかと思う。

医療安全管理体制図が現実に則しているのか、機能的なのかという点で疑問を持った。

[事務局]

患者相談部門や医療安全管理対策委員会、医療安全管理室は、法

律で設置が義務付けられており、設置している。

医療安全の総体的な管理責任者は誰であるかという疑問が生じたことから、改めて当院の医療安全管理に関する責任者として院長が指名する者をもって統括医療安全管理者としたところである。この統括医療安全管理者が医療安全管理全体に関する権限を持ち、患者相談部門や医療安全管理対策委員会、医療安全管理部門に関しても全責任を負うということになっている。

また、医療安全管理対策委員会の委員長は、統括医療安全管理者が兼ねることとなっている。

事故調査委員会は、医療事故が発生した場合に開催されるが、開催権限は院長と統括医療安全管理者が持っており、事案の重要度によって決定者が異なる。この事故調査委員会の事務は患者相談室が行うこととなっており、体制図では線がつながっている。

[委員]

実態に即しているのかが良くわからない。

統括医療安全管理者には院長から直接指示が出され、統括医療安全管理者が医療安全対策委員会を招集するようになっているのか。

[事務局]

医療安全管理対策委員会の委員長は、統括医療安全管理者が兼ねることとなっている。また、患者相談室や医療安全管理室の責任者も統括医療安全管理者となっており、指示命令系統もそのとおりになっている。

[委員]

医療安全管理部門との関係性も良くわからないところである。

[事務局]

医療安全管理部門と医療安全管理室とは同意義であり、医療安全管理室は構成や所掌も決まっている。

構成は、室長と専従の看護師である医療安全管理者（統括リスクマネージャー）1名となっており、その下位に各部門のリスクマネージャーを設置している。部門別リスクマネージャーも医療安全管理室の中に入り、医療安全管理者の役割は、リスクマネージャー会議の招集や医療安全対策ミーティングの毎週1回の開催などを所掌しており、体制図では線をつなげた形としている。

また、医療機器安全管理責任者や医薬品安全管理責任者が決められており、統括医療安全管理者の責任範囲に入り医療安全管理対策委員会の下位に位置付いている。この各責任者の上部組織は医療安全管理対策委員会となっている。

[委員]

もう少しわかりやすい表記があるのではないかと思います。

[委員]

統括医療安全管理者は院長ではなくて副院長なのか。

[事務局]

院長が総責任を負うが、医療安全管理の実施などに関しては統括医療安全管理者が指示を出し責任を負う。

[委員]

事故調査委員会を開催する場合の招集も統括医療安全管理者が行うのか。

[事務局]

重大な医療事故の場合は院長が招集する。

[委員]

定期的な会議には院長も入っていると思うが、開催の招集は統括医療安全管理者が行うのか。

[事務局]

医療安全管理対策委員会は、各部門の責任者で構成しており、院長もメンバーとなっているが、医療安全管理対策委員会の委員長は統括医療安全管理者となっている。

[委員]

前日も議論をしたが、様々なインシデントがヒヤリハットとして報告され、統括リスクマネージャーがチェックを行い、重要なものは統括医療安全管理者に報告されるという手順になるか。

[事務局]

ただちに報告しなければならないものは、医療安全管理室長と統括医療安全管理者へ報告する。

[委員]

もっと重要なものは、院長へ報告されるのか。

[事務局]

まず統括医療安全管理者に報告し、統括医療安全管理者の判断で院長に報告する。

[委員]

医療安全管理室長は、統括医療安全管理者の下位に位置づくのか。

[事務局]

統括医療安全管理者の下位に位置づき、医療安全管理室長は医療安全管理室が所掌することの指揮を取ることとなっている。

医療安全管理室の業務は、医療安全管理対策委員会で決定された方針に基づき組織横断的に院内の安全管理を担い、決定事項の各部署への周知や、医療安全対策の実施状況・評価結果の記録・検証など行う。

また、ヒヤリハット報告などリスクマネージャー会議で出された医療安全に対する事項について、医療安全対策管理委員会の議題の作成などが主な業務となる。

〔委員〕

医療安全管理室に係わる各部門のメンバーは、何名ぐらいいるか。

〔事務局〕

部門のリスクマネージャーは 38 名おり、医療安全管理室の職員は専任の室長と専従の統括リスクマネージャーの 2 名となっている。また、患者相談担当が庶務を兼ねて 1 名いる。

〔委員〕

ヒヤリハットが多数あがってきた場合は、統括リスクマネージャーが 1 人で全部処理をするのか。24 時間関係なく報告が出てくるし、処理も紙ベースで行うということであれば、非常に大変な手間が掛かると思う。

〔事務局〕

現在、報告は端末に入力し、そのデータをフロッピーディスクに取り込み、医療安全管理室に届けられる手続きとなっている。

〔委員〕

大量の報告があがってきて、それを 1 人で把握するのは大変なことと思う。複数のリスクマネージャーがローテーションで仕事をするなどのシステムを構築した方が軽減されると思う。

看護部のリスクマネジメント委員会は、師長会に近いのか。

〔事務局〕

師長会とは違う。

看護部リスクマネジメント委員会は、看護部の中のリスクマネージャーで構成する会議である。

〔委員〕

看護部のリスクマネジメント委員会と医療安全管理室を上手く実質的に機能させ、院長から直轄的に統括できるようなシステムの組織がやりやすいのではないかと思う。ただし、病院によって事情は違うので一概には言えない。

ただちに体制を変えるようにとのことではないが、体制図が非常に分かりづらいこともあるので、病院として一番機能しやすい形が良いと思う。

医療安全管理室は、事務職員は係わっていないのか。

[事務局]

患者相談部門（総合相談室）の患者相談担当が事務職員で、同一のフロアで業務を行っている。

[委員]

医療事故防止マニュアルについても、各分野で精粗がある。

例えば小児科を見ると、総論として小児の医療事故の特徴が数点整理されており、その次に医療事故を防止するための基本原則が明記されていることから非常にわかりやすく、また、担当する職員も基本的な方向を認識しながら各論へ入っていきける形となっている。

その他いくつかの部門も同じような形式をとっているが、残念ながらなっていないところもある。

放射線科は、いきなり造影はどうするのかなどが記載され、わかりづらい形となっている。

時間をかけてでも整理・統一化を図り、各部門で特徴・基本はどこにあるかなどを明記することが必要であると思う。この整理を行うことで、いかに詳細な項目が多数あったとしても、マニュアルを理解することが出来るのではないかと思うので、是非お願いしたい。

[委員]

機能評価を受ける場合は、マニュアルを厳しくチェックされるので、時間を掛けても統一したほうが良いと思う。

先程の放射線関係業務についても目次がないことから、全体を統一するフォーマットを作成した方が良いと思う。

[委員]

市立甲府病院医療安全管理対策委員会要綱の第 2 条の任務の中に、「ニアミス」「医療ミス」「医療事故」「医療紛争」などの用語が記載されている。また、医療事故レベルの判断基準には「アクシデント」と「インシデント」という言葉が使われているが、同じマニュアルの中で様々な用語が使われている箇所が多数あることから、基本的な用語の統一も行っていたほうが良いと思う。

また、附表がいくつか掲載されているが、マニュアルのどこに基づく附表なのか記載がないことから、読み取っていくしかないこととなる。

マニュアル全体の整理が必要であると思う。

[委員]

医療事故は、医療者側に過失があろうがなかろうが患者に支障が生じてしまうようなものを医療事故といい、例えば手術で合併症が起こったものなども医療事故に計上することもある。

医療過誤は、あくまでも過失があつて患者に何らかの支障が起こったものと定義している。

インシデントなども定義があるので、最初に用語統一をし、マニュアルの中の用語を一致させていくということは、当然必要であると思う。

用語統一など直すべき点は、継続的に蓄積させ修正し、わかりやすいマニュアルにして欲しいと思う。

[委員]

要望になると思うが、医療安全管理の組織的な取り組みという観点から考えると、医療安全管理対策委員会はどんな活動をしているのか、活動内容が見えるようにする必要があると思う。

[委員]

医療安全管理対策委員会の会議結果は、リスクマネージャー会議を通じて全職員に周知されるということであった。

毎月 1 回行うとか定期的に行うという内容の記載がされていない。

[委員]

実際には実施していると思うが、定期的な開催等が業務内容の中に明示されていない。

[委員]

医療安全管理室は、何を業務として行っているのか見えない状況である。

開催していることはわかるが、実際にどのような活動をしているのか、そこでの成果とかを市民にわかるような形にしていくと、職員も自分たちの行っていることが実感できるし、市民の方々も自分たちの病院が行っている安全活動を理解できることとなるので、外部への発信を行っていった方がよいと思う。

[委員]

医療安全管理対策委員会の業務内容や議事録、医療安全管理室のヒヤリハットを公表するということにはできないので、例えば病院の中で定期的に行っている講習会に、こういう人に来てもらって医療安全について話してもらい、今後の安全対策に役立っているなどのことを、病院のニュースの中で出すことが良いのではないかと。

医療安全活動に関して定期的に講演会は開催しているか。

[事務局]

講習会は規則どおり行っている。

[委員]

全員が年に何回か参加しているのか。

[事務局]

年に 9 回開催し、95～97%程度の参加率となっている。

[委員]

参加率は 100%達成しないとならず、参加状況を年度末まで調べておき、欠席した職員に直接伝えることが必要である。

[事務局]

医師に関しては参加状況を全て調べて、追加講習会に出席しなかった医師にはレポートを提出してもらうこととしている。

[委員]

講習会のビデオを撮影し、そのビデオを 1 週間程度視聴できるようにしておき、それを見に来て、レポートを書いてもらうなどの方法をとらないと 100%にするのは難しいことだと思う。

もっと厳しいのが感染症関係で、講習会の開催回数が少ないことなどから参加者がどうしても少なくなってしまう。

[委員]

5S 活動については、非常に一生懸命行っていると思う。起こってしまった事故への対策というよりも、未然防止のための様々な活動を行っているので、イメージアップが出来るような活動の一端を発信すると良いのではないかと思う。

[委員]

平成 23 年度医療安全に係わる課題の改善状況について、処理状況が完了ということで完結したと思うが、医療安全というのは、例転倒転落事故など同じようなことが繰り返し起こると思う。取り組んで終了ということではなく、取り組んだことが実行され続けるような継続的な PDCA サイクルが回る仕組みづくりをどのように考えているか。

[委員]

各部門での活動内容の報告会やワークショップ形式の事例検討会などは開催しているか。

[事務局]

月に 1 回リスクマネージャー会議を開催し、各部門で何らかの医療安全に係わる取り組みとその効果を含めて報告をしている。事例検討については、医療安全管理対策委員会で検討をしている。

[委員]

職員が参加して、活動につながった方が良いと思うので、活動報告会なども講習会と同様に点数制により行った方が、職員もやる気が出て、効果につながっていくと思う。

[委員]

ワークショップ形式を研修に取り入れることがマニュアルに記載され、取り組まれているので、職員の医療安全に対する姿勢は見えるが、研修会の振り返りや次の評価を行うなど循環する形になればよいと思う。

[事務局]

全部署を対象に5S活動の研修会を行う中で、今年度は部署ごとに成果を発表していくこととしている。良かった内容は表彰をするなど、継続した取り組みを進める。

[委員]

様々な取り組みを行っていると思うが、目標がどのように達成され次年度の目標につながっていくかなどの連続的な取り組みが必要と思う。

[事務局]

看護部の医療安全に係る会議では、各病棟ごとに同様のヒヤリハットが発生した場合はその対策を講じ、3ヵ月後に評価して、会議で発表することとしている。少しでも改善できればと考えている。

[委員]

マニュアル全体に誤字やわかりづらい部分があるので改めてチェックしてほしい。

また、オカランス報告の手順を見ると、事故が起こった場合には出来るだけ早く報告書を作成することとなっているが、期限を区切らないと報告が出てこないのではないかと。

[委員]

インシデント、ヒヤリハット報告が提出された際に、第一報の内容はそのままの文書で残し、あとで内容を確認修正して最終報告書として残すという場合どのくらい時間がかかるか。

[事務局]

インシデントの場合は1週間以内としている。

[委員]

報告の流れは、医療安全管理室にフロッピーディスクで報告があり、内容確認をして、修正が必要な場合はフロッピーディスク担当に戻し、また修正したものを提出してもらうこととなるのか。

[事務局]

報告を受け取って統括リスクマネージャーが修正をし、差し戻すようにしている。

[委員]

報告の第一報は担当者である医師や看護師が行い、その後の修正はリスクマネージャーが行うのか。

[事務局]

そうです。

[委員]

重大な事例の場合に緊急の事故調査委員会を開設するには、1週間程度の時間を要すると思う。

報告の方法については、電子カルテ上に搭載されたシステムで行った方が、フロッピーディスクで移動するよりは、労力も安全性も向上すると思う。

[事務局]

現在使用しているソフトは、電子カルテを搭載している端末では使用できないもので、専用パソコンを使用している。

[委員]

現在、厚生労働省関係から様々なソフトが出ているので、それらを活用した方が簡単ではないかと思う。

[事務局]

来年度の導入に向けて検討している。

[委員]

医療安全に関する基本的な考え方の中に、患者参加、患者の協力を得て、一緒に患者を守っていくという考え方を基本に据えておいた方がよいと思う。

マニュアルにも記載されているが、患者の意識も一緒に高めていったほうが良いのではないかと思う。

[委員]

レベル2以上はどの程度あるか。

[事務局]

レベル2以上は事故報告となり、レベル2が23件、レベル3が46件の69件である。

[委員]

レベル4と5はどうか。

[事務局]

レベル4と5は0件である。

[委員]

レベル 3 の中で 3b はどうか。

[事務局]

レベル 3b は 5 件である。

[委員]

件数は少ないと思う。インシデントは、報告件数を増やしていかなければならないと言われている。報告するシステムが簡単であればあるほど件数は多くなっていくものである。

例えば、薬剤部での処方間違いや手術での合併症なども、処理は大変になるが、現在は報告する方向となっている。

来年の 4 月以降に電子カルテに搭載され、院内コンピュータで活用できるような新しいシステムが入れば、結果報告の仕方も変わると思う。

[事務局]

現在、ソフトの検討を進めているが、導入時期は未定である。

[委員]

頻繁に改正され、しかも膨大なマニュアルが、どのように職員に受け入れられ、受け入れられるよう促しているのかが問題である。

改正し、担当部署へ周知した場合、職員一人ひとりが音読する必要があると思う。

特に、修正した箇所は重要であり、数年前にマニュアルは勉強したから大丈夫という感覚であってはならない。

マニュアルの周知については、どの程度行われているのか。

[事務局]

マニュアルを改定した場合は、医療安全管理対策委員会とリスクマネージャー会議、看護部リスクマネジメント会議において、まず委員へ配布周知し、1 冊ずつある各部署の医療事故防止マニュアルの差替えを配布するとともに、電子カルテ上の院内ホームページにも掲載する。

また、昨年度は、最終の職員研修会において医療事故防止マニュアルの改定についてと題して、統括医療安全管理者から大きな変更点の説明を行った。

[委員]

総論の部分は質問や意見があれば毎回行って行きたいと思う。

[委員]

総論に関しては、大体意見が出たが、引き続き次回以降の委員会で意見を出して行きたい。

放射線関係業務に関しては、指摘のあった点を改善して欲しい。

また、総論の中で重要な点は、マニュアルのフォーマットの統一と用語の統一をして欲しい。インシデントの報告についても、効率的な方法を検討し進めて欲しい。

【結果：医療事故防止マニュアル「総論」は、委員指摘の医療安全管理体制図の再考、ヒヤリハット報告の効率的方法の検討、マニュアルのフォーマット・用語の統一、医療安全活動の情報発信の検討、継続的な活動方法及び結果検証のシステム化の検討、職員に対するマニュアル内容（改正点を含む）の浸透方法の検討の改善対応を進めることとし、次回以降も引き続き検証する。】

3 次回開催について

〔事務局〕

次回の日程については、12月20日に木曜日の午後5時00分からの開催を考えている。内容は、「薬剤関係業務」と「手術室業務」を予定している。

〔各委員から同意する旨の発言あり〕

【結果：次回開催は、平成24年12月20日（木）午後5時00分から開催することとし、議題は「薬剤関係業務」と「手術室業務」を予定する。】

4 閉会・院長あいさつ

放射線関係業務と医療事故防止マニュアルの総論について、指摘のあった事項を改善し、今後の当病院の医療安全体制の確立に向けて取り組んでいく。

医療安全体制等検証委員会 第2回委員会 決定・指摘等事項

〔決定事項〕

- 1 放射線関係業務は、調査チームから指摘・要望された 35 項目の改善及び追加提案のあった教育訓練の対象者の拡大と職員研修の管理の検討、委員指摘のマニュアルのフォーマット・用語の統一の改善対応を進めることとし、検証を終了する。
- 2 医療事故防止マニュアル「総論」は、委員指摘の医療安全管理体制図の再考、ヒヤリハット報告の効率的方法の検討、マニュアルのフォーマット・用語の統一、医療安全活動の情報発信の検討、継続的な活動方法及び結果検証のシステム化の検討、職員に対するマニュアル内容の浸透方法の検討の改善対応を進めることとし、次回以降も引き続き検証する。
- 3 次回開催は、平成 24 年 12 月 20 日（木）午後 5 時 00 分から開催することとし、議題は「薬剤関係業務」と「手術室業務」を予定する。

〔指摘・要望事項〕

- 1 放射線関係業務
 - 調査チームによる 35 項目の指摘・要望事項は、別紙「指摘等事項に対する対応状況一覧<放射線関係業務>」を参照。
- 2 医療事故防止マニュアル「総論」
 - 医療安全管理体制図を再考すること。
 - ヒヤリハット報告の効率的方法を検討すること。
 - マニュアルのフォーマット・用語を統一すること。
 - 医療安全活動の情報発信を検討すること。
 - 医療安全活動の継続的な活動方法及び結果検証のシステム化を検討すること。
 - 職員に対するマニュアル内容の浸透方法を検討すること。

医療安全体制等検証委員会 第3回委員会 会議録

日 時：平成24年12月20日(木曜日)
17時00分～
会 場：第1会議室

出席者

| | |
|-------|-----|
| 委 員 | 3名 |
| 調査チーム | 5名 |
| 職 員 | 24名 |
| 事務局 | 4名 |

〔第3回委員会〕

1 開会及び資料確認

2 議事（議長＝委員長）

(1) 医療安全体制の検証

ア 薬剤関係業務

調査チームから、調査報告書について説明。

〔調査チーム〕

事前調査として約100項目程度のチェックシートを配布し、10月4日に訪問調査を実施した。

方法としては、チェックシートによる事前調査と訪問調査によるヒアリングと視察を行った。

調査結果の総評としては、薬剤関連業務に関する安全体制については、概ね良好であると評価する。ただし、一つ指摘するならば、手術室の薬品倉庫の空調が、室温の範囲を超えていたということがあったので、早期の改善が必要と評する。

全部で10項目程度の評価をしたが、まず、医薬品の安全使用のための業務手順書については、医薬品安全使用のための業務手順書の内容については概ね妥当であると評価するが、従業者の業務が「医薬品業務手順書」に基づき行われているかの評価を定期的を確認することが求められる。全職員に対して業務点検が行われていない状況であったので、改善をしたほうが良いと評価する。

インシデント・ヒヤリハットへの対応は、薬剤部と安全管理室の情報共有が行われており、内容も薬剤師全員に対して事例の周知が図られ適切な体制であると評価する。

医薬品オーダリングについては、医薬品の過剰投与を防止する機能として薬剤最大投与マスタという機能は持っているが、マスタメンテナンスを行う人員が確保されていないことから、利用できていない状況であった。経費がかかるが市販のデータの購入等の検討が必要であると思う。

処方せん、注射指示せんについては、処方せん、注射指示せんに、体重・アレルギー薬等の情報を表示することにより、薬剤師の処方鑑査もより正確で医療安全に寄与できると考えられる。予算がかかるが、システムの改善が望ましいと評価する。また、注射薬ラベル、病棟の注射指示簿には、可能な限り点滴の開始時刻、終了時刻、投与速度等の記載が望まれる。

続いて薬剤部投薬窓口は、複数の診療科から薬剤が処方された場合の患者に対する薬の渡し漏れについて、窓口業務担当者の記憶を頼りに行っている状況があったので、他の薬剤師が対応した場合の患者に対する薬の渡し漏れを防ぐという意味で、投薬手順の整備が必要と評価する。

夜間の薬の払出状況については、病棟常備薬を使用し、薬剤師の鑑査を得ていない状況であった。救急輪番日以外の夜勤・当直、日直などの体制については、対応可能な人員の確保を含めて、今後の検討が必要であると評価する。

病棟常備薬の払出状況は、病棟常備注射薬から医薬品を使用した場合の補充方法について、オーダーで入力されているにもかかわらず、実在庫数のチェックのみで在庫数を補充している状態であり、可能であればオーダーデータと常備薬請求数の照合を行う等、今後の検討が必要と評価する。

抗がん剤調製については、現在、循環型のクラス IIA という安全キャビネットを設置して調製を行っている状態であるが、抗がん剤無菌調製ガイドライン上では、外排気型（クラス IIB）の使用が推奨されている。これも経費がかかってしまうこととなるが、調製に従事するスタッフに対する抗がん剤被爆を防ぐために外排気型の安全キャビネットの設置が望まれるので、検討が必要と考える。

院内製剤については、院内製剤を使用した患者のフォローアップが全くなされていない状況にある。特に特殊製剤については、使用結果報告等を行い、製剤の安全性や有効性データを蓄積していくことが必要と評価する。

医薬品の保管については、最初に述べたとおり病院の中の薬剤部の医薬品の保管状況、温度や湿度の管理・チェックは適切に行われていたが、唯一手術室だけは室温がほとんど 32℃と保管条件を逸脱している状況であったので、改善が必要と評価する。

[委員]

総評としては、概ね良好であるということであるが、手術室の空調が高すぎるという指摘があった。これは一時的なものかもしれないが、調査チームが調査したときには室温が高かったということである。

よく問題になるのは病棟常備薬の管理に関してであるが、病棟常備薬とは具体的にどんな薬があるのか。

[調査チーム]

抗生剤など薬全般である。

[委員]

抗がん剤などは置いてあるか。

[調査チーム]

抗がん剤は置いてない。

[委員]

最低限の常備は絶対に必要であると思う。緊急の患者がいるので管理に関してのチェックをしっかりと行って欲しい。

抗がん剤専門の調剤室で行うが、そのキャビネットの種類が指摘されている。院内製剤は、倫理委員会の確認を経て作っているが、具体的にどのような院内製剤を作っているか。

[調査チーム]

種類は特にこれというのではないが、薬剤の体制として特殊製剤を作って、そのまま患者に交付する。市販されていない薬なので、安全性や有効性を重視しなければならない。

[委員]

6 番の「窓口業務担当者が記憶を頼りに行っている。」とあるが、ルールとしてはどうなっているか。

[調査チーム]

外来患者に薬を交付する手順が決まっていない状態にあり、担当の薬剤師が外来の患者の薬を頭の中で覚えていて行っている。例えば内科と外科から処方が出れば、その患者は 2 科から出ていると記憶して交付するが、担当薬剤師が昼休みなどで不在の際に新しい診療科から新しい処方が出た場合に、先の 2 科の処方を渡し忘れてしまうことになりかねないことから、何らかの手順の改善が必要ではないかということである。

[委員]

手順とは具体的にどのようなものがあり得るか。

[調査チーム]

例えば、現在は電子カルテ化されており、患者へ交付する薬の情報は薬剤部に届いていることから、患者の ID 番号を入れることによって、その日に何の薬が出ているのかを、時間を表示し確認することができるなどの対応が可能である。

[委員]

院内製剤を使用した患者のフォローアップが全くされていないとのことであるが、院内製剤は、一般に市販されているような製薬会社が作った薬ではなく、病院として患者に合わせて調合した薬を作

るとのことであり、その安全性をチェックする体制が必要であると思う。

[委員]

従来、慣習的にも文献的にも通常に使っているものがあるが、製薬会社が臨床試験を敬遠する傾向にあるので各病院で作る薬がたくさんある。医科大学などでは特殊な薬が数多くあるが、規制も厳しくし使用する前に倫理委員会に申請し、文献的な内容を考察して認可を得た後に作るというのが、原則的な取扱いとなっている。何十年も同じ薬を使っている患者もいることなので、安全性に問題はない。ただし、フォローアップの体制は必要と思う。

[調査チーム]

特殊な製剤は多数あり、そのレシピもたくさんあるが、その中でもより良いものを改善していくという観点と情報収集が必要となってくる。

[委員]

一昨年ぐらいに規制が改正され臨床開発は製薬メーカーが実施するようになったことから、特殊なものも開発を始めているところがある。

[委員]

院内製剤の割合は多いのか。

[委員]

割合は少ない。なぜかという、マーケットが大きければ製薬会社が開発を行うわけであるが、経費をかけてもメリットがないと判断されれば作らないこととなる。小児科などでは、大人は一般的に使われている薬であっても子どもには使わないものなどがあり、そうした薬はメーカーで作らない傾向にある。これはやむを得ないところである。

[委員]

経験的に問題なく行われている薬が多いとのことだが、裁判などで問われるところとして、薬にはどういう効用があって、副作用はどういったことがあり、それはごく稀なのか、症状が出た場合はどのような状況であるとかの注意書きなどが付いていることが重要であるが、院内製剤では、そのような注意書きはなじまないものとなるか。

[委員]

公的な文書としてはない。

[委員]

6番と7番、8番の問題を見ると、横の連携の不備が見られる。抽象化してはいけませんが、医療事故防止マニュアル4版の薬剤部のところでは、それぞれの業務の管理について記載がされており、伝達や相互の確認など連携に関することが提示されているが、もう少し確実に実践していくことが必要であり、記憶に頼る仕組みを変えていくとか、次の担当者への連携をルール化する必要がある。

また、前回の放射線関係業務の際にもあったが、薬剤師の役割が非常に高まってきていることから、薬剤師と医師、看護師その他の部門との連携を統一し、ルール化していく必要があると思う。

[委員]

薬剤部だけの問題ではなく、病院運営全体に係わる総論的な問題としての意見である。

調査チームの指摘事項に対して、病院側の見解はどうか。

[事務局]

総評のオペ室の室温については、温度計が壊れていたことから、新しいものに換えた。夏場の温度等が高い場合には空調の温度を低くすることによって室温が下がり、問題のない室温となっている。

温度・湿度は毎日の朝夕2回、手術室の職員が測定している。加えて担当薬剤師がオペ室に入室する際に確認することとした。

2つ目の医薬品の安全使用のための業務手順書については、「医薬品の安全使用のための手順書チェックリスト」を作成したところであり、今後、点検方法や頻度等について各部門と検討する。

3番目の医薬品オーダーリングについては、電子カルテシステム上に薬剤投与マスタがあるが、指摘のとおり人員確保を含めた問題などにより現状は整備が困難な状況にある。人員確保は、来年4月に3名を採用する予定となっている。今後、カスタマイズ等の費用の問題もあるが、市販データを最大限に使用していくこととしている。

4番の処方せん、注射指示せんについては、医療機器システムから出力されており、処方オーダーや注射オーダーを鑑査するうえで必要な医薬品情報、患者基本情報、体重、アレルギー薬等は、システムをカスタマイズすることで可能となる。しかし、これも人員確保やカスタマイズに関する費用等が問題となっていることから、今後、検討する。

注射薬ラベル、病棟の注射指示簿には、可能な限り点滴開始時刻、終了時刻、投与速度等の記載が望まれるとする5番目の指摘については、現状、医師が入力することによって対応が可能なことから、医療安全面を踏まえ診療部に対して入力依頼をしていく。

6番目の薬剤部投薬窓口については、電子カルテ上の内容を参照し、確認後に投薬する方法に変更した。また、窓口業務マニュアルについても改訂した。

7番の夜間の薬の払出状況については、基本的には輪番日以外はオンコール体制であたっている。それ以外については病棟では必要時オーダーを薬剤師も含めて検討し登録してあるので、これに基づき、

看護師が取り揃え、実施している。救急外来には処方オーダーに基づき当直医師と当直看護師が確認の上、投与している。処方内容については翌朝薬剤師が確認し、使用薬剤の補充を行っている。また、輪番日以外の夜勤・当直、日直などの体制については、4月から3名が確保され、最終目標は20名まで増員することとしていることから、今後検討していきたいと考えている。

病棟常備薬の払出状況については、締め切り時間以降のオーダー内容について、医療機器のシステムを用いて病棟毎に集計し出力することが可能である。病棟配置薬の請求との照合を図って、補充方法について検討していくが、カスタマイズ等の費用が必要となることから、今後検討していきたいと考えている。

9番目の抗がん剤調製については、現在、当院ではクラスⅡAの安全キャビネットを使用している。30%の外排気、70%の循環型であるが、これを外排気型にするには、キャビネット自体をクラスⅡBのものに替える必要があり、排気工事も必要となる。現在のものは耐用年数が近づいていることから、平成26年度予算に要求を行い、クラスⅡB型の購入を考えていく。

10番目の院内製剤については、「特殊製剤結果報告書」を作成し、特殊製剤を使用した患者の副作用・有効性を病棟薬剤師は医師とともに検討し、使用終了時に医師又は薬剤師は「特殊製剤使用結果報告書」に内容を記載して薬剤部長へ提出することとした。また、製剤処方箋は別綴りとして保管し、随時処方内容について把握できるようにする。

11番目の医薬品の保管については総論と同様となっている。

[委員]

6番の窓口業務マニュアルは、資料の中にあるか。

[事務局]

「調剤業務の流れについて」の中のP15に窓口業務のことが記載されている。

[委員]

このマニュアルは改正後のものか。

[事務局]

改正前のものであり、訂正はされていない。

[委員]

後日、改正されたマニュアルを配布して欲しい。

[委員]

総論の対応状況の中で担当薬剤師も入室時に確認を行っていくとあるが、現在、担当の薬剤師は週に何日くらい手術室に入っているか。

[事務局]

1ヶ月に1回程度の入室となっている。

[委員]

1ヶ月に1回ということでは、夏場などの温度設定は難しいので、できれば週に1回程度は入室した方が良いと思う。
手術室内の麻薬管理はどのように行っているか。

[事務局]

オペ室には麻薬を常備しておらず、毎日払出している。

[委員]

廃棄した薬、麻酔薬なども毎日払出しているか。

[事務局]

毎日払出している。

[委員]

最近では医薬品を麻酔の医師ごとに一つのカートに乗せて運ぶようになってきている。手術室ごとに必要な器材が決まっているので、セットにして運ぶシステムになっている。

[事務局]

当院では、手術室の部屋ごとに薬剤がセットされており、それぞれのカートで使用したものは、メインのカートから補充し、メインカートを薬剤部に運んで補充する形となっている。

[委員]

メインカートから各カートに補充するシステムであれば、薬剤師が毎回手術室に入らなくても対応できる。

10番の院内製剤に係わるフォローアップであるが、例えば院内の特殊製剤を作成する場合には特定の薬剤師が担当して全てをまとめて作っているのか、あるいは依頼された際にそれぞれメニューに従って作っているのか。

[事務局]

製剤に担当薬剤師を配置しており、作成している。

[委員]

特殊製剤は安定性などに関しての公式な文書がないので、出来れば同意書をとったほうが良いと思う。院内の倫理委員会を通して同意書をとるシステムとした方が、いざというときに安全なのではないか。

[事務局]

特殊製剤の作成に際しては院長決定をとっており、同意書も毎回とっている。

[委員]

同意書は、その薬を使う患者からとるのか。

[事務局]

同意書は、患者からもらう。

[委員]

副作用などの説明は行うのか。

[委員]

病院によって対応は多少異なるが、この薬は法的な規定によって作成したものではないとの文書をつけている。

[委員]

リスクがあると思うが、どうか。

[事務局]

当院では病院薬剤師会で認められている薬のみ製剤しており、倫理委員会にかけ認可を得るほどの製剤はない。

[委員]

従来の薬剤を希釈する程度のものか。

[事務局]

はい。病院薬剤師会の中でも一般的と考えられている製剤である。

[委員]

3番のオーダーリングシステムは、電子カルテシステム上に薬剤投与マスタがあるが、人員等に問題がある中で3名の薬剤師を確保し、今後マスタを作るということであり、また、市販データを用いたデータ作成とシステムカスタマイズを検討していくとのことであるが、具体的にいつ頃を想定しているか。

[事務局]

費用の問題や人員は確保しても新卒者ということもあり、早期の対応は困難と考える。

[委員]

入院患者に抗がん剤を投与する場合は、いろいろなプロトコルがあるが、確実にきちっとプロトコルを投与して、ある疾患名のがん患者にこの量は多すぎるのではないかと、この間隔で投与す

べきではないかということをチェックできるシステムを作るということか。

[事務局]

現在、レジメンオーダをしており、それをチェックしている。

[委員]

院内製剤は決してリスクの高いものではないということか。

[調査チーム]

使用することによって生死に係わるというようなことは基本的にはない。

[委員]

通常製造されている薬では対応できない部分があるということか。

[調査チーム]

通常に製造されている医薬品については、副作用救済制度が適用されるが、院内製剤された薬にはその適用がない。

[委員]

年単位で何十年もその薬を使っている患者にとっては、その薬がないということは非常に困ることとなる。

薬剤関係業務については、これで検証を終了する。

(薬剤関係業務 検証終了)

【結果：薬剤関係業務は、調査チームから指摘・要望された 11 項目の改善を進めることとし、検証を終了する。】

薬剤関係業務については、これで検証を終了する。

イ 手術室業務

調査チームから、調査報告書について説明。

[調査チーム]

総論については、患者誤認・手術部位間違いを防止するためのマニュアルの改訂が望まれる。また、手術室における輸血に関するマニュアルの改訂が望まれる。手術室における防災体制のために備品整備が必要と思われる。手術室担当の臨床工学技士（ME）の増員が必要と思われる。手術室での薬剤師の関与が少ない。看護師長がリーダーを兼任しているので、師長業務に専念できるように看護師増員などの対策が必要と思われる。これらをメインとして、それぞれ各論で述べる。

はじめに、患者誤認防止マニュアルの名称改訂を指摘しているが、

これは修正の必要がないので訂正する。

患者誤認マニュアルでは、ベッド乗り換えホールでまず患者確認を行うが、その手順が明確になっていない。患者に名乗ってもらった氏名と何を確認するのかが明らかになっておらず、何と確認するかが一番問題である。この点は、私が訪問調査する前に山梨大学看護部による指摘がされていたため、訪問時には実施表での照合による改善がされていた。ただし、照合する用紙が正しいのかどうかを予め確認しておくことが必要であると思われる。印刷されたものであったで大丈夫と思うが、人が転記したものであれば転記ミスということがあるので、なるべく申し込みのままの情報が載ったものと照合する必要があると思う。患者に名乗ってもらうだけでなく、術式や手術部位も確認することが重要であると思う。ある程度マニュアルに記述されているが、その点に留意してマニュアルを改訂する必要がある。

また、手術室の入口のホールを超えて各手術室に患者が入室していくが、それぞれの部屋に入っていく際の確認の手順についても改訂が必要であると思う。具体的には、現在、市立甲府病院ではリストバンドのバーコードでチェックしているが、1室でも、2室、3室でもバーコードチェックでは入室できてしまう状況にある。これはシステムの問題となるのですぐに改善することは困難と思うが、現行の方法では単に入室したことを記録しているだけのものであって、患者の名前をチェックしているものではないということを確認しておく必要がある。よって、各手術室に入った際に、再度患者誤認をしていないこと、部屋の間違いないことを確認する手順を、もう一度考慮してマニュアルを改訂することが良いと思う。ある程度は記述されているが、誰が何と何を確認するのかを明確にする必要があると思う。

また、手術室当日の手術の流れや緊急手術によって、部屋が変更になることは多くある。部屋が変更になった場合に各部屋の入室を固定してしまうとバーコードでチェックしたときに入れなくなってしまうとことがあることから、どの部屋でもチェックできるようになっているとのことであったが、人の手で中央廊下と各部屋のホワイトボードを変更することで現在は対応している。

今のところ間違えるようなことはないが、電子カルテやリストバンドチェックもあるので、次回の電子カルテの更新時には、電子的な手術室の割り振りを行い、リストバンドで入室間違いをしないようにできればと思う。その際には、手術室の割り振りの変更処理があるので、電子入力を担当する職員の増員も考えた方が良いと思う。

次に、「同意書等チェックすること。」とマニュアルには記述されているが、同意書は患者と一緒に運ばれてくるだけなので、患者チェックには使えない。同意書は患者がその手術に同意しているだけのものであることから、同意書でのチェックではあまり意味がない。

また、手術を始める前に全職員の仕事を止めて、患者の手術があっているかどうか、患者を間違えていないかなどを、スタッフ全員

で確認しあって手術を始めることをタイムアウトというが、マニュアルにはタイムアウトを行うとの記述はあるものの、実際にはタイムアウトを行っていない診療科がある。

どのような手順で何を確認するかなどタイムアウトの手順を具体的に記載し、全診療科で実施すべきである。他病院では全身麻酔は、術者（助手）、麻酔科医、看護師の3者立会いのもと、手術麻酔申込書と手術同意書を元にして、声に出して手術部位、左右、術式について確認している。また、現在は相互チェックなどでさらに厳しくなっており、各スタッフの自己紹介、手術予定時間・予想出血量・準備血・その他患者の問題点などについても皆で確認し合ってから手術を行うこととなっている。

手術部位については、手術予定表での部位確認や画像での確認などはマニュアルにも記載されているが、左右間違いが問題になる。目の手術の場合は右目の下に矢印を書いたり、印をつけたり、右手であれば右手に印をつけるなどのことをマーキングというが、左右間違いを予防するために行うマーキングが確実に実施されていない。

マーキングだけが左右間違いの予防方法ではないが、マーキングも行わずに手術予定表だけのチェックで手術を行うのでは、間違いを起こす危険がある。

手術予定表も入力自体を間違得ることがあるので、左右間違いを防止する方法を検討したほうが良いと思う。患者が寝た後ではなく、起きているときに何らかの印を付ける等の手順を検討する必要がある。

退室時については、患者が手首に巻いてあるリストバンドがあるが、市立甲府病院ではリストバンドを2つ付けてあり、1つを手術室入室時に外して手術室に置いて行き、もう1つのリストバンドは患者が付けているが、手術室に置いていったリストバンドは、実際には切り刻んで破棄されており、実際の手順をマニュアルに記載して欲しいと思う。

手術室の大きな事故の一つとして輸血の間違いがある。輸血の事故防止マニュアルがあるが、このマニュアルは事故防止というよりも輸血の実施のマニュアルを作成した方が良いと思う。実施の手順が記載されていないので、明確に決める必要があると思う。「病院の輸血施行時のマニュアル」を参照との記載があり、手術室についての記載はないので、どちらかのマニュアルに明確に記載する必要がある。

手術室での輸血製剤の保管に関しては、中央に専用の冷蔵庫があるが、その冷蔵庫に当日の患者の血液が全て入っていることから、1室の患者の血液を2室に持って行ってしまう可能性がある。間違えると大きな事故になることから注意を喚起するとともに、確認手順を決める必要がある。

また、血液型を計るために患者から採決を行うが、採血時に別の患者の血液と入れ違ってしまうという間違いが実際には起きてしまう。2回以上別々に採った検体で血液型は測っておかないと血液型間違いが起こってしまう可能性があるため、この点を周知しておく

必要がある。血液型を判定してクロスマッチを行えばよいが、血液型判定の検体とクロスマッチが同じであれば防止できないので、注意が必要である。

放射線照射の確認がマニュアルに抜けているので、記載して欲しいと思う。

血液型のチェックは、電子カルテでチェックすることとなっているが、電子カルテが他人のものという可能性もあるので、患者本人のものであることの確認が重要である。

T&S の概念として、A 型、B 型以外の抗体があり輸血の副作用があると言われているが、その不規則抗体がないということの確認と、不規則抗体の有効期限が明記されていないので記述するようにして欲しいと思う。

体内異物残存防止に関しては、後ほど看護部から詳しく説明があると思うが、レントゲン撮影などの基準をマニュアルに記述して欲しいと思う。

転落・転倒についても看護部から説明があるが、注意することは、患者が歩いて手術室に入室し手術台に寝るときに、手術台の反対側にスタッフがいないと落ちてしまう危険があるので、反対側には必ずスタッフが立っているようにしたほうが良いと思う。

褥瘡、皮膚の損傷に関しても、後ほど看護部から説明があるが、手術台には頭を支える台や手を支える台が別々に付いているが、しっかりと固定されていない場合は途中で外れると危険なので、固定されているかを確認する必要がある。

熱傷予防について、手術室では熱傷が時々報告されるが、一つは消毒薬に電気メスの火が入ってしまい燃えてしまうことがある。また、患者が冷えないために体温維持の器機があるが、それによって熱傷を起こすことがあり、この点についてもマニュアルに明確に記載して欲しいと思う。

ME 機器に関しては、年 2 回の定期点検を行うこととなっているが、点検の責任者がはっきりしていない。特に手術室担当の臨床工学士がいないので増員が是非とも必要と思われる。

針刺し事故は、単にリキャップしないということだけではなく、リキャップしなければならないこともある。血の付いている針をキャップに入れるときに手に刺してしまうことがあるので、これを防ぐための方法として片手でリキャップする方法なども周知した方が良いと思う。

麻薬管理に関しては、現在は麻酔科科長が全て行っているようであるが、手術室専任の薬剤師を配属して、麻薬・筋弛緩薬・吸入麻酔薬の管理を行うのが望ましいと考えるので、薬剤師の関与を増やして欲しいと思う。

DVT は特に足とかの静脈に血栓ができ、その血栓が血流に乗って肺に達して詰まってしまうことである。「DVT 予防対策マニュアル」と「周術期肺塞栓症対策マニュアル」、患者に配る資料等があるが、なるべく一元化したマニュアルの方が実際には活用しやすいのではないかと思う。

また、マニュアルに掲載している情報量が少ないということで、「ガイドラインを参照してください。」とあるが、予防やリスク分類はそれに順ずるとの記載だけでは対策マニュアルとして不十分である。市立甲府病院として活用しやすいものにする為にも、予防やリスク分類に関して具体的なものを表などにまとめて、マニュアルに掲載されてはどうかと思う。その上で、「肺血栓塞栓症／深部静脈血栓症（静脈血栓塞栓症）予防ガイドライン」のアドレスを記載されると良いと思う。

ただし、このガイドライン自体も古いものとなっており、循環器学会などから新しいガイドラインも出ているようなので、循環器医師や外科医師などに相談し再度作り直したほうが良いと思う。

具体的には深部静脈血栓症から肺血栓塞栓症に至ったものを疑った診断や対応の手順が記載してはあるが、時間の流れでフローチャートなどを作成し、もう少し使いやすいものにしたほうが良いと思われる、一元化したマニュアルの中で検討されてはどうかというものである。

また、主治医が行うのか循環器の担当医が行うのかどちらが行うべき検査かが不明瞭なところがある。

手術の前に DVT が見つかった際の予防目的の下大静脈フィルターの適応についても具体的に記載した方が良いと思う。

患者用のパンフレットが作成されており、啓蒙することは良いと思われるが、看護師に対する看護の点で注意すべきことなども具体的に加えた方が良いのではないかと思う。

その他として手術室で DVT を予防するために足をポンプで締め付けたり緩めたりする下肢圧迫装置という器機があるが、手術室のものは手術室で脱着し、病棟では改めて着け直すこととなっており、台数の問題などもあると思うが、一度外すのではなく装着したまま病棟に移動できるような一元化した管理が良いと思われる。

低用量未分画ヘパリン・低分子ヘパリンなどの薬物的予防法を含めた対策は、各科によって違うと思うが決めておいた方が良いと思われる。

患者の入室・退室の基準があるが、マニュアル間で重複しているところがあるので、同じ内容とすることが必要である。

また、退室に関しては患者がどのくらい醒めているのかなどをチェック項目として具体的な基準を示した方が良いと思われる。

手術室の防災マニュアルについては、「手術室の避難誘導図を参照」となっているが、避難誘導図が無いようなので早急に作成する必要がある。実際の取り決めでは、1 階の屋上に逃げることになっているようであるが、逃げられないときのために 2 方向の動線を確保することが必要と思われる。

また、今回の震災のこともあるが、電力が供給されなくなった際の照明、无影灯などの、どれが使用可能なのかをマニュアルに記載した方が良いと思う。大きな地震の時には酸素の配管が遮断されるとマニュアルに記載されているが、復帰がどのようになっているのかを周知した方が良いと思う。また、酸素の供給が断たれた時に、

手術室における酸素供給は 3 系統程度必要となる。大きなボンベと小さなボンベに、各室の予備ボンベを入れての 3 系統であるが、3 系統目の予備ボンベが各室に無いので、各室への装備が必要と思われる。

人工呼吸器は酸素で駆動するものや空気で駆動するものなどがあるが、それぞれの供給が断たれると動かなくなるので、把握することが必要であると思う。

アンビューバックは、人工呼吸器などの器機全てが動かなくなったときに、手動で患者を監視するための道具のことを言うが、全手術室に対して 2 セットしかなかったことから、各室に揃えるようにして欲しい。

無停電であると思うが、明かりが消えると動きが取れなくなるので、最悪のことを考えて各室に懐中電灯を備えておく必要があると思う。

また、今回の震災などを考えると、担架などや情報の確保手段も備えておいた方が良いと思う。手術室では血液などを吸引するシステムが必要であり、非常用吸引ポンプも備えておいた方が有利と思われる。

自家発電になったときには、水冷式では断水時に使用できないことから、井戸水などの対応が必要と思う。また、院内 PHS システムは全て非常用電源で使用可能かを確認する必要がある。

ベッド乗り換えホールマニュアルは、手術室医療事故対策マニュアルの最初の部分と同様の内容なので、統合した方が良いと思う。

[委員]

7 番、8 番、9 番、10 番の患者誤認については、確認方法として氏名だけでは駄目であるとか、術式や部位の確認が重要であるとかは、それぞれマニュアルに記載されているが、必ずしも同じではないので、これらを一括整理して新しくした方がよいとのことか。

[調査チーム]

まとめられるものはまとめた方が良いが、随時変わっていく部分もあるので、その部分は別に記載しても良いと思う。指摘した部分については、1 つにまとめることはできるのではないかと思う。

ハッチウェイ操作マニュアルやベッド乗り換えマニュアルなどいくつかあるが、これらは 1 つにまとめれば利用しやすくなると思う。

[委員]

手術室や病棟など部署によってそれぞれ運用が異なると思うが、整合していない部分がある。また、術者と情報が分離してはならないとの指摘があったが、バラバラな印象を受けた。

[委員]

場面によって確認の仕方が違う。例えば入院患者に薬を与える場合、病棟の中にいる当該患者であることを確認するためには、本人

に名乗ってもらった上でリストバンドの名前とバーコードで確認する方法が摂られている。特に薬を注射する場合は副作用などの危険があるので十分な確認が必要となる。

手術室では、間違っただ手術や左右の間違えはあってはならないことなので、起こらないようかなり細かくチェックしている。ある程度元気な患者であれば自分で歩いて入室するので、入室時に患者に名乗ってもらい、あらかじめ手術室に届いている情報やバーコードで突合せを行い予定されている患者であることを確認することとなっている。その後1番の部屋へ入ることになっていたものが、緊急手術などで部屋が変更になったときなどに、新たな部屋でも間違わないように確認するシステムが必要となってくる。

そして、麻酔をかけるときにも間違わないで麻酔をかけ、手術をするときにも手術する側があらかじめ自分で記録してきたものと手術室に来た資料とを突き合わせて、タイムアウトの話があったが、術者と看護師と麻酔医その他スタッフが手術内容を一緒に確認するが、手術室に来た情報も間違っ来ないようにどうやって確認するかが必要である。術者は覚えているが、看護師などは普段患者と顔を合わせていないので、手術室の中でいかに正しい情報を正しく伝えるかというシステムを改善する必要がある。

病棟と手術室では確認する方法も異なっており、ある一つの決まったシステムではなかなかできないものである。

手術室に入ってきた患者を間違わずに確認し、正しい手術室にお連れして、麻酔医が正しく麻酔をかけ、術者が部位を間違えずに正しく手術を行えるかというところまでは、ある程度チェックすることはできているが、更なるチェックが必要ということである。

14番の輸血事故防止の手術室における輸血実施に関する手順の記載が無いとのことであり、病院の輸血処理のマニュアルが使われていると思われるが、手術室での輸血に関することが記載されていないと指摘されている。輸血は間違いが起りやすいので、間違わないようかなりしっかりしたシステムが必要である。

また、30番のME機器は年2回定期点検を実施しているが、点検の責任者として臨床工学士が明記されておらず、手術室におけるME機器管理を行うためには、手術室担当の臨床工学技士の増員が必要と思われるとの指摘である。MEを増員するといっても定数の問題などがあり難しいことであるが、できれば専門の職員を増やして定期的にチェックすることで、より良くなるということは何の病院でも言われることで重要な点である。

その他の32番、33番では、先程薬剤業務の中でも聞いたが、手術室における麻薬管理に関する手順がマニュアルに記載されておらず、これは全部薬剤部で行われているということであるが、次の33番で手術室内の薬品の点検が1か月に1回薬剤師が2名しか入らないというのは少ないとの印象を受けた。毎日とは言わないが週に1回程度は薬剤師が手術室に入られた方が良いと思う。特に麻薬や筋弛緩薬などの管理はしっかりできるようにした方が良いものであり、指摘のとおりであると思う。

35 番以下は、下肢動脈血栓と周術期肺塞栓症対策マニュアルであるが、最近よくエコノミー症候群と言われているが、長時間同じ体勢をとっている血栓が出来てしまい、血栓が肺に達して命が危うくなることがある。これについて、術前からの予防や実際に起こってしまったときの対処などのマニュアルがあるが、手術室の中での肺塞栓マニュアルが記載されているが、すこし内容が少ないと思う。具体的にどのようにするかなどが、あまり書かれていないように思う。また、患者用のパンフレットも改善した方が良いと思う。肺塞栓マニュアルに関しては 35 番から 46 番までの指摘がされている。手術室防災マニュアルも、指摘内容を踏まえた改善が必要である。では、ここまですら関しまして、既に対応している状況等を病院側から説明をお願いします。

[事務局]

患者誤認に関しては、患者確認の照合は電子カルテから出力した手術予定表を使用しており、患者名や術式、血液型も記載されているので、この手術予定表により確認することと変更した。それ以外の指摘事項については改善していく予定である。

また、リストバンドについては、輸血事故防止にも関連するが、リストバンドをなぜ切断して使用しているかという輸血をするためであり、輸血する際にはまずリストバンドで患者を認証し、輸血製剤にあるバーコードを読み込み、一致しないと先に進めないシステムとなっている。このため切断して使用している。この方法であれば輸血間違えという事故はほとんど起きないと考える。また、あえて手術室の輸血マニュアルを定めていなかった理由は、手順が病棟と全く同じであるということで手術室専用のマニュアルを作っていない。

放射線製剤の運営に関しましても、当院では放射線照射済の製剤のみの使用としており、オーダも照射済の製剤のみの選択しかできないシステムとなっている。

タイムアウトに関しては、世界保健機関（WHO）のチェックリストを利用し、また、看護師が強制的に医師に対してタイムアウトをさせるような、強制的な実施を考えている。WHO のチェックリストを病院の体制に合わせて改訂し使用する。限られた時間の中で実行できるようなチェックリストとしていきたい。

マーキングに関しては、当院では全く行っておらず必要なことなので、シールを貼るとか、丸を付けるとかの方法でマーキングを実施することとした。

DVT に関しては、改訂前は細かな要領やガイドラインがあったが、簡素化した。改訂以前に戻し、より具体的な手順やフローチャートなどの内容を記載することとした。

また、予防目的の下大静脈フィルターの設置は、当院の循環器内科が行うことになっている。ある程度リスクの高いものに関しては、必ず循環器内科を受診して下大静脈フィルターも検討するという方法となるような項目を作ってマニュアルを作成して行く。

防災に関しましては、酸素の供給が遮断されたときは、使用できる数が限られており、既に麻酔器への予備酸素ポンベの装着は行っており、アンビューバックも発注をした。その他の指摘についても改善できるところは実施して行く。

[委員]

DVT に関して、36 番の間欠的下肢圧迫装置の一元管理についてはどうか。

[事務局]

術後のポンプを使用しているのは整形外科だけであるが、次回の整形外科の機器の更新の時には合わせるようにしていきたい。

[委員]

患者が立ち上がって安全が確認できなければ外さないというのがルールであるので、一度外してしまうと意味がなくなってしまう。手術室から病棟に行く間は付けたままにしておき、病棟に着いたところで再稼働させるようにした方が良いと思う。装置などを付けていたか付けていなかったかということが後に問題となる場合がある。続きまして看護部で行った調査の指摘内容について、説明をお願いします。

[調査チーム]

手術室看護業務管理及び医療安全管理に関しては、先の報告と重複する部分があるので、割愛しながら説明する。

患者誤認防止に関しては、入室時に乗り換えホールで患者が先に行き、カルテは申し送り後手術室に運ばれる状況があった。カルテと患者が離れることの危険性は 1999 年の横浜市立大学の患者取り違え事例のようなことがあるので、間違いを防止するためにも、患者とカルテは一緒に移動できるよう検討が必要と思う。

手術部位の確認（タイムアウト）に関しては、先に報告があったので、割愛する。

また、薬剤管理に関しては、まず、払い出された麻薬は、麻薬用金庫に保管されて、施錠できる机の引き出しに収納されていた。しかし、麻薬用金庫は手提げ金庫で、金庫の施錠をしないまま引き出しのみ施錠している状況があった。鍵の管理を含めて、更に徹底した管理が必要であるとともに、手提げ金庫は持ち出される可能性があるため、速やかに固定された金庫等の設置が望まれる。

また、手術野での薬品の取り扱いについては、現場確認時に麻酔科医師と看護師の相互の確認が行われていない状況があったので、声出しによる確認は是非実施して欲しいと思う。

輸血の管理については、先程報告があったので割愛するが、一点、輸血の保存に関して、輸血保冷库の庫内温度記録について現場確認時には確認できなかったが、記録をしている場合は継続して欲しいと思う。また、毎日の温度記録を残すことによって適正な管理が実

施されていることの証明にもなるので、是非実施して欲しいと思う。

もう一点、手術室から病棟に持ち出した血液は、何時間以内であれば使用可能とするのか明確ではなかったので、基準を作成して欲しいと思う。

5 番の体内遺残防止については、閉創時の器械カウントについて器械出し看護師がリストを基に行う方法や器械出し看護師がリストを外回り看護師に渡し読み上げてもらい確認する方法などがいくつかの方法が混在している状況が確認された。後者の場合 2 回目の器械カウントは、使用した物を看護師の記憶に頼って実施しているとのことであったので、かなり不確実であると考えられる。また器械及びガーゼ・消耗品のカウントの一致を声に出して確認し合うなどの行為は限定的であった。カウントの一致と共有が図られているとは言いがたいので、今後は、カウント方法を統一し、外回り看護師と器械出し看護師の責任の所在を明確にして、カウントの一致をする際には、はっきりと声を出して、手術に関係したスタッフ全員で確認できることが望ましいと考える。不一致の場合は全員で探すということが必要と思う。

また、手術器械の点検に関しては、器械出し看護師が器械カウントを行う際に、器械の員数点検は行っていたが、器械の動き・破損の有無・先端の一致などの点検を行っていない状況があった。器械の故障は、後で判ることがあるので、手術中の使用に伴う破損や破損した器械の一部が体内遺残するケースもあるので、員数点検とともに器械の動きや破損の有無などの確認が行われることを望む。

ガーゼ・器械カウントについては、マニュアルの中に「ガーゼ等の迷入の可能性が極めて少ない術式に関してはカウントしない」とされているが、根拠及び該当する術式を明確に示し、手術室の職員全体で共通理解する必要があると考える。また、X 線に映らない白ガーゼの使用基準も同様に考えられるため、「ガーゼ・器械カウント不要」「白ガーゼ使用」に関するルールを明確に示すことが重要であると考えられる。

6 番の転倒・転落防止に関しては、先に報告もあったが、加えて患者が乗り換えホールから手術台に移って各手術室に別れるときに、手術台に患者が臥床した状態で搬送しているが、固定が殆どされていない状況が見られた。確かに前後や左右に職員が付いているときもあったが、転落防止・危険予防の観点から術前に麻酔の全投薬を打っている場合などは、患者をマジックベルト等で固定することが望まれる。また、ベッド乗り換えホールで、弾性ストッキングを装着した患者が歩行入室していたが、スリッパに履き替えており、一般的にスリッパは病棟でも転倒リスクが高いことから、なるべく履かせない方向で指導されるものであり、転倒リスクを高めることになるので、履いてきたもので入室するか履物の検討が必要と思う。

7 番の ME 機器の管理に関しては、先程報告があったので割愛する。

8 番の手術部看護部門管理に関しましても報告があつたが、加えて手術部門全体の業務を見直すことによって、看護師数を増やすこと

だけではなく、看護師以外でも行える業務を明確にし、それぞれの役割を分担することで、より効率的な手術部門の運営が可能になると考えられる。

その他として、患者が入室時に着物の着用がなく下着 1 枚で入室する状況がみられたが、患者のアメニティーへの配慮を考えて欲しいと思う。

タイムアウトに戻るが、全身麻酔の場合と局所麻酔の場合はやりが違うので、局麻の場合には患者がクリアーなので患者に参加してもらい、自分の術式や左右、氏名を確認してもらおうと、非常にスムーズに進められる。全麻と局麻のそれぞれのマニュアルを作って行ったほうが実施しやすいのではないかと思う。

[委員]

ここで病院側から対応状況等について説明をお願いする。

[事務局]

患者誤認防止については、手術予定表を見ながら確認している。

指摘があったように、患者自身に術式や左右を言ってもらい確認したうえで各手術室に入室するようにしているが、マニュアルへの具体的な記載がなかったことから改訂する。

タイムアウトに関しては、現在マニュアルへの記載を行っているところであり、手術室内のホワイトボードにガムテープで名前、術式、左右を書いて提示し、執刀医、麻酔医、外回りなど手術に係わるスタッフで確認している。

麻薬金庫については、固定型の金庫を発注している。

輸血に関しては、毎日の温度記録を残すこととなっており、記録紙が出力されている。

体内遺残防止について、器械の確認は準備する際に器材が破損していないか確認しながら 1 回カウントし、器械出し看護師がさらにカウントをしている。3 回目は途中で器械などを追加することがあるので、外回り看護師が追加数を記録し、器械出し看護師と外回り看護師とで器械数、ガーゼ数などをダブルチェックしている。カウントしている間は執刀医も手を止めて確認し、全てが一致しても最後に X 線での確認を行う。

転倒・転落防止に関して、ベッド乗り換えホールから手術室入室時のスリッパの履き替えは、履き替えなくても入室できるようにしたいと思う。

下着 1 枚での入室については、手足の一部が出ている以外は全てバスタオルで覆うようにしている。

同意書に関しては手術が始まる前に、術式や部位などの情報を電子カルテから確認している。

薬剤師の係わりであるが、今後、麻薬や筋弛緩薬、向精神薬に関しては、薬剤師が手術室に出向いて、使用簿と残薬数、空アンプル等の確認をして補充していく方法を検討している。また、手術室担当薬剤師は、現在 1 名であるが 2 名に増員し月 1 回程度ではなく回

数を増やしていくよう検討している。

白ガーゼのカウントについては、小さいものはカウントしていなかったが、白ガーゼ使用に関する基準等をマニュアルに掲載していきたいと考えている。

臨床工学技師の増員の関係について、現在、当院の臨床工学士は、人工呼吸器や輸液ポンプ、シリンジポンプなどのポンプ類の点検と透析室を中心に業務を行っており、手術室にはなかなか入っていない状況にある。今後は業務全体を見直す中で、増員も含めて業務の方法などを検討していきたいと考えている。

手術部看護部門の管理については、指摘されたように現在は看護師長が行っており、看護師長が不在時は副看護師長となるが、手術調整から事務的な連絡、業者対応など全てを行っているのが現状である。

手術部門全体の業務を整理見直しし、看護師長の役割、副看護師長の役割を明確化するとともに、リーダー的な看護師を養成して、看護師長、副看護師長の補佐ができるような体制にしていきたいと考えている。また、他職種、特に臨床工学士や薬剤師の係わりを増やし、専門的な知識・技術をもととした管理・点検などへの協力を求めていきたい。手術後の片付けや部屋掃除など看護師以外の職員ができる業務は、看護助手を増員するなどして役割分担を図っていきたいと考えている。

[委員]

60番ですが、カルテと患者が離れていたという指摘の部分について、患者ファイルという言い方があるが、患者ファイルとはカルテのことでしょうか。7番の患者誤認のところでも手術予定表という言葉がある、同じ意味でしょうか。

[委員]

本来電子カルテになると、カルテそのものがなくなってしまうが、書類が入るケースは残っている。そのケースと患者が離れてしまうという指摘であり、常に誰かが持っているわけにはいかないことから、患者が先に行ってしまうたり、逆に書類が先に行ってしまうりしてしまうことがある。同時に移動しないと間違いが起こる可能性があるというものである。

[委員]

カルテと患者が離れてしまうことを防止する手立てとしてはどのようなものが考えられるか。

[委員]

患者が入室したことを確認した時点で、必ず付き添いの人が看護師に申し送ることが必要である。

[委員]

手術室に必ず申し送りをしたかなどは、チェックポイントとしてマニュアルに記載されたルールがあるが、事情があって実行されていなかったということか。

[委員]

例えば、ある時間だけ患者が集中してしまいスタッフの対応が間に合わないなどの状況がある。この場合も本来であれば手術の開始時間を遅らせても、一人ひとりの確認をしっかりと行わなければならないと思う。

朝から手術を行う病院などでは、患者が集中するので少しずつ開始時間をずらして行うところもある。

66 番の麻薬の鍵の管理は誰が行っているか。

[事務局]

手術室の看護師長、副看護師長である。

[委員]

24 時間対応か。

[事務局]

24 時間は無理なので、鍵のかかる別の場所に保管している。

[委員]

夜中の救急対応の場合はどうか。

[事務局]

手術室の職員はわかる場所となっている。

鍵を手にするまでには 3 段階の手順を踏むこととなっている。鍵で開けたところを、さらに鍵を使って開き、またさらに別の場所を開いて初めて麻薬を手にすることができるようになっている。

[委員]

時間帯ごとに、誰が鍵を管理しているか把握しているか。

[事務局]

夜間は担当看護師が常に鍵を持ち歩いており、日中の鍵の管理は、特定の職員に限定すると各手術室で行われている手術ごとに必要となる麻薬を取り出す場合に非常に煩雑になってしまうことから、特定の場所に鍵を保管する方法をとっている。

[委員]

確実に管理者を決めておいたほうが問題は起こらないと思うので、検討して欲しいと思う。

最後の感染管理と褥瘡対策の説明をお願いします。

[調査チーム]

ファシリティ・マネジメントに関する清掃については、全域において埃が除去され清潔が保たれていると感じられた。また、「環境整備チェックリスト」が作成されており、日々のチェックがされていた。しかし、看護師が清掃を行っており、補助者への業務委譲など看護業務改善が望まれる。これについては先程看護部長からその方向性で考えているとの話があったので、是非よろしくお願ひしたい。

血液などの湿性生体物質による汚染部分の処理方法については、プロベスト、これは第4級アンモニウム系薬剤であるが、これを使用しており、中水準消毒薬によるピンポイントの消毒が適切と考えられる。したがって、界面活性剤による生体物質の除去の後に、中水準消毒薬による環境消毒の手順を整備して欲しいと考える。これは、手術室だけでなく病院全体のマニュアル化が必要と考えられる。

空調に関しては、手術の途中で空調が作動していないことに気付くといった状況があった。これは現場確認の際に空気が流れていない状況が確認されたものであり、手術室の清潔度は空調清浄度の差であることから、作動状況の確認が徹底されるようお願いしたい。

水質は、手洗いに RO 水が用いられており、年1回の水質調査が実施されているとのことであったので、これは問題がない。

感染性廃棄物に関しては、耐貫通性のバイオハザード表示のある容器が使用されており、足踏み式ホルダーが活用されていない。蓋がされずに開放のまま床置きされていた。基本的には感染性のは蓋をしておくこととなっており、感染性廃棄容器は蓋付きのものにして欲しいと思う。また、ホルダーの活用についてスタッフへの周知をお願いしたいと思う。

手術終了後のゴミ集めの場面で、感染性廃棄容器に手でオイフを押し込む状況があった。針刺し事故のリスクが非常に高いことから手で押し込まないことの徹底が必要であると考えられる。確認したところ、その容器の中には危険なものはいれないとのことであったが、職員の入れ替わりもあるので、徹底をして欲しいと思う。

液体、血液や体液など鋭利物以外のオイフも耐貫通性容器に入れていたが、バイオハザード表示のダンボール廃棄容器であれば容量も多くコスト削減につながるのではないかと考えられる。

一時的保管場所は施錠可能な場所で、収集通路への搬出も一方向性が確保されていたので、これは良いと思う。

リネンに関しては、血液等湿性生体物質汚染のリネン容器に蓋がないので、蓋の設置をお願いする。

各自の手洗いに関しては、ブラシの使用ではなくラビング法が推奨されており、使用されている洗浄消毒剤、アルコール手指消毒剤も問題はなかった。手洗いシンクも清潔に保持されていたが、手洗い後の水はねが目立っていたので、シンク周囲の乾燥保持のために適宜の清掃が必要であると考えられる。

標準予防策について、手指衛生はスタッフ個々によって実施状況に差が見られた。手指衛生行動の向上は継続的に取り組んで欲しい

と思う。床に落ちた包装紙を素手で拾いポケットに入れ、その後は手洗いをしていない。または手指消毒をしていない。手袋を脱いだあと手指衛生がされていない。このとき手袋を脱いだときもアルコール消毒が必要であるが、実施されていないなどの場面が確認された。

防護具、手袋、マスク、ガウン、エプロン等について、各部屋には手袋は常備されていたが、マスクやエプロンなどの設置がなく、必要時にすぐに使用できる環境ではなかったため、整備が必要と思う。看護師のゴーグル着用は徹底されていたが、メガネ使用者のゴーグル着用率が低かったため検討が必要と考える。器材片付け時の手袋、尿破棄時のエプロンなど、必要な防護具が着用されていない場面があった。手袋装着の目的が不明と思われる場面があり、例えば、手袋装着した手で患者の健康な皮膚や病衣に触れ、その後そのままの手袋で周囲機器類に触れるなどの行為が見られた。

器材の洗浄・消毒・滅菌に関しては、器具の洗浄効果の確認、生物学的・化学的インジケータを用いた滅菌保証は、定期的実施され記録が残されており、保持されていると考える。外注職員が器材を洗浄する際に、袖なしのエプロンを装着していたが、血液などの跳ね返りも予測されるため、袖付きガウンが適当であると考えられる。ガウンの配置がないところがあったため、撥水性もしくは防水性ガウン、又はロング手袋の導入の検討をお願いする。

既滅菌器材の保管に関しては問題はないが、クリーンゾーンの入口にエアシャワー設備が設置されており、入口は良いが各手術室に自由に入室ができるため、スタッフが出入りしている場面が確認された。クリーンゾーンと手術室とでは空調が等圧であることから、クリーンゾーンをクリーンゾーンとするのであれば各手術室に対して陽圧設定に空調する必要があるとともに、スタッフの動線を規制するなどの取り組みが必要であると考えられる。

内視鏡の自動洗浄機に関しては、洗浄槽の汚染が確認された。定期的なメンテナンス実施と、日々の濃度チェック実施、及び記録の必要があると考えられる。また、管理マニュアルの作成が必要と考えられる。

スポンジやタワシ類の管理については、病院全体での規定を明確にすることが望ましいと考える。例えば 1 日ごとに捨てるのか、1 回ごとに捨てるのかの検討をお願いしたい。

気管内チューブのカフエア注入用の注射器、胃管の空気注入用の注射器など単回使用器具のリユース、1 回使ったものがそのまま机などに置かれて使われていることが確認された。取扱説明書に単回使用と表示のある器具のリユースについては、部署内及び病院としての規定が必要であると考えられる。確認されたリユースとしては、消毒薬ボトルを排液ボトルとして使っている。クルムを排液ボトルの固定ヒモとして使っている。手術時手洗いの際に使用した手拭きペーパーを雑巾として使用しているなどが見られた。

針刺し事故防止に関しては、局所麻酔薬のリキャップはすくい上げ法で実施されていた。針捨て BOX は、基本的には 80%以上廃棄

されたものがあつたので、70~80%での廃棄を徹底してする必要があると思う。一杯に入っていると針刺しにもつながるので、是非検討をお願いしたい。

術者と直接介助者との持針器やメスなど器械の受け渡しでは、危険な渡し方・受け方をしている場面が見られた。また、相互の声掛けが少ないと感じられたので、事故防止の面から器機の受け渡しにおける安全な手順や声出しの必要性を検討して欲しいと考える。

院内感染防止対策マニュアルの中で確認したことは、CJD 対策、手術時手洗い、廃棄物処理、手術野消毒薬、手術器材処理、針刺し事故防止、除毛、手術室設備管理、SSI 対策について確認をした。これらの項目については記載があることを確認したが、内容に関しては、各項目で概念記述が多く、臨床現場における具体的行動レベルでの表記へ改訂すると、より活用が促進されると思うので検討をお願いする。

手術室の褥瘡対策については、手術中の褥瘡発生の可能性やリスク、手術時間、手術中の低血圧状態の頻発、術中のシーツ対応の経過などによって、褥瘡が発生しやすい状態などがあるので、是非手術中の褥瘡対策を実施して欲しいとの考えから指摘する。

まず術前訪問については、体位固定によるリスクをアセスメントすることが目的の一つになっているが、術前訪問の対象者が明確に示されていない。褥瘡対策の視点からも訪問対象患者の基準が必要であると考えられる。

術中の褥瘡対策については、全手術室の台に「ウレタン素材のマットレス」が新規使用されていたが、褥瘡対策を意識した活用になっているとは言えない状況が見受けられた。また、上肢・下肢・特殊体位、腹ばいになったりとか、横になったりとか、座っての手術とか、載石位などで必要となる体圧分散用具の補助具は整備されていない現状があつたので、是非褥瘡対策の視点での活用と整備が必要と思う。

褥瘡発生時の報告ルートについては、褥瘡対策は医療チームとして係わる必要があり、病棟や褥瘡対策チームとの連携が重要である。褥瘡発生時の報告ルートが明確になるとすばやい対応ができ、また手術室のことを病棟に申し送ってそこでの対応ができるので、是非そのルートも明確にして欲しいと思う。

褥瘡対策マニュアルについては、手術によって褥瘡発生リスクが高まることから、褥瘡マニュアルの中に「手術室における褥瘡対策」の項目を是非設けて欲しいと思う。

手術室で使用する体圧分散用具の選択基準に関しては、看護師個々の判断に任せられている状況があつたので、褥瘡予防管理ガイドライン等を活用して選択基準を作成することが望まれる。

神経障害予防の体位については、具体的な体位の取り方はマニュアルに記載されているが、更に科学的な裏付けが記載されることによって、状況に応じて神経障害を予防する看護師の判断の幅が広がると考えられるのでお願いしたい。

褥瘡発生要因のシーツの皺については、マニュアル内にはシーツ

の皺を「きれいにのばす」と記載されていたが、実際の場面では確認できなかった。是非、実施して欲しいと思う。

手術中の観察項目については、「褥瘡好発部位」が記載されており、紙面でのチェックはされていた。しかし、観察を行った上でのチェックとは見受けられないので改善が望まれる。

術前及び術後の皮膚の観察については、挿管前や切開する前の皮膚の観察が実際に行われているかは訪問調査時には確認できなかった。術後の観察はハッチウェイで側臥位になった時に、看護師の目視により行われていることは行動から確認できたが、声に出すなどの行為は見受けられなかった。皮膚の観察はチェックリストに基づき観察し、目視と共に触れることが必要であると思う。

褥瘡対策のマネジメントについては、手術体位を整える場面で褥瘡予防の知識を活用することは有効であり、また皮膚観察の視点を持って目視に加えて触診、触ってみることが非常に大事なので、手術部での発生の特徴と言われている深部損傷褥瘡、DTIと言われるが、その予測が可能となると考えられるので、積極的な褥瘡対策マネジメントをお願いしたい。

周手術期の看護及び診療報酬改訂による褥瘡対策として、褥瘡対策のマニュアルの整備、褥瘡のデータ分析、手術室で使用する体圧分散用具の整備、褥瘡対策の実際の実施を、今後期待する。

[委員]

手術室業務マニュアルの中に褥瘡対策はあるか。

[調査チーム]

体位固定の基準があり、手術体位を取るときに手術に適した体位について、褥瘡予防という視点を踏まえた体位の取り方が考えられることから指摘した。

[委員]

病院側から対応状況についての説明をお願いします。

[事務局]

清掃については、湿性生体物質による汚染部分の処理方法は、プロベストを使用していたが、訪問調査後に0.5%ピューラックス溶液による環境消毒を実施している。

空調に関しては、通常は稼動しているが、訪問調査時には稼動しておらず指摘を受けた。

針刺しに関しては、以前は蓋付きのフット式廃棄物ボックスを使用していたが、スタッフの用務が煩雑になることなどからキックバケツを廃止し、感染性廃棄容器を使用することとなった。現在のボックスには、絶対にメスや針などは入れない決まりになっており、危険物が入っていない。再度フット式にするにはどのような運用が必要かを検討する。

手術室への段ボール廃棄容器の設置については、菌や虫などが付

くことから採用していない。安価であることは承知しているが、当院の手術室ではダンボール容器は一切採用していない。

手洗いシンクの周りについては、看護助手が清掃をしている、使用者が絶えず手洗いしていることから、時間帯を決めて清掃している。

標準予防策については手袋のみであったが、指摘を受けた翌日にはマスク、ガウン等を各手術室に整備した。再度、標準予防策については徹底して行く。

器材を洗う際に袖付きのエプロンを装着していなかったが、変更する。ロング手袋は配備してある。

内視鏡の自動洗浄器は使用していない。一般的な洗浄は滅菌室で全て行い、スコープ類は内視鏡室に依頼しており、現在は一切使っていない。

気管内チューブのカフエア注入用注射器などについては、再利用しないようにする。

手術中に使用する鋭利な器械の受け渡し方法の徹底と、受け渡し時の声かけの徹底を周知する。

褥瘡対策の徹底については、認定看護師がいなかったものの、今年配置できたので、体位等について検討し啓蒙して行く。また山梨大学の認定看護師にも体位等の写真など情報をもらう中でマニュアル作成チームを編成し整備を進めている。

[委員]

体位固定を行い、合併症が発生したというような場合は、固定をした責任者は手術をした外科医なのか、麻酔医なのか、誰になるのか。

[事務局]

最終的な責任者は執刀医となる。

[委員]

手術室業務に関して、総括するにはかなり膨大なので後でまとめる。かなり細かい指摘もあることから、議事録の中でまとめる。

患者確認に関しては、一貫したものがあるのかとの指摘は正しいと思う。常にスタッフも思っているが、患者もいろいろな状況にあり、常に同じ対応で行うことは難しいものである。しかし、手術室の対応は究極的にやらざるを得ないので、こういう話は非常に重要である。

[委員]

86番でダンボールの廃棄容器なら容量も多く、コスト削減にもつながるとの考えによる指摘に対して、病院側ではダンボールは虫が発生するなど予測されるので変更しないという明確に見解が違うと思ったが、どうなのか。

〔調査チーム〕

提案したダンボールは医療廃棄物用のバイオハザード付きの特殊なダンボールであり、それを使うと良いのではないかということである。

〔委員〕

バイオハザードとは、血液が付くなどして何らかの感染を持つ可能性があるものであり、耐貫通性というのはプラスチックのしっかりしたもので、針などが突き通ったりしないものことで、耐貫通性の容器には基本的には何を捨てても良いというものである。ただし経費がかかってしまう。手術中に使ったガウンや布などの血液で汚染されたものをまとめて入れ、外に置いても大丈夫なようなダンボールに入れておいたほうが、容量も一杯使えコストも安いので使い分けてはどうかとの提案であり、検討して欲しいと思う。

ME や薬剤師が常駐では病院でも、ほぼ毎日手術室に入っており、特に薬剤師は麻薬など管理もあるので、毎日入ったほうが安全と思うことから改善をお願いします。また鍵の管理の改善もお願いします。手術室業務については、これで検証を終了する。

(手術室業務 検証終了)

【結果：手術室業務は、調査チームから指摘・要望された 104 項目の改善を進めることとし、検証を終了する。】

手術室業務については、これで検証を終了する。

3 閉会・院長あいさつ

指摘、指導いただいた事項は、それぞれの責任者から対応状況の説明したが、特にスタッフの確保の問題などを踏まえ、病院としてできる限りの改善に努めていく。

医療安全体制等検証委員会 第3回委員会 決定・指摘等事項

〔決定事項〕

- 1 薬剤関係業務は、調査チームから指摘・要望された 11 項目の改善を進め、特に薬剤師の手術室への関与を増やすよう努めることとし、検証を終了する。
- 2 手術室業務は、調査チームから指摘・要望された 104 項目の改善を進め、特に ME や薬剤師の手術室への関与を増やすとともに、麻薬管理の改善に努めることとし、検証を終了する。
- 3 次回開催は、平成 24 年 3 月 19 日（火）午後 5 時 00 分から開催することとし、議題は「病棟等業務」を予定する。

〔指摘・要望事項〕

- 1 薬剤関係業務
 - 調査チームによる 11 項目の指摘・要望事項は、別紙「指摘等事項に対する対応状況一覧<薬剤関係業務>」を参照。
- 2 手術室業務
 - 調査チームによる 104 項目の指摘・要望事項は、別紙「指摘等事項に対する対応状況一覧<手術室業務>」を参照。

医療安全体制等検証委員会 第4回委員会 会議録

日 時：平成25年3月19日(火曜日)
17時00分～
会 場：第1会議室

出席者

| | |
|-------|-----|
| 委 員 | 3名 |
| 調査チーム | 5名 |
| 職 員 | 25名 |
| 事務局 | 4名 |

[第4回委員会]

1 開会及び資料確認

2 議事

(1) 医療安全体制の検証

ア 病棟等業務

調査チームから、調査報告書について説明。

[調査チーム]

検証方法は、看護部及び看護部が所管する部署について、事前にマニュアルを検討し、チェックシート及びヒアリングによる現場視察を平成24年10月23日に実施した。

ゼネラル・リスクマネージャーを専従で配置し、医療安全体制確立のための努力を日々積んでいることを確認した。

その一方で、今後取り組むべき課題も見られたので、指摘事項には医療安全から若干離れる内容も含まれるが、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ことと考えられるため、あえて掲載をした。

Iの医療安全管理体制で、医療事故等の報告制度については、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。

2の安全管理のための職員研修については、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への医師等の参加が望まれる。

3の医療安全管理者については、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、より安全な体制づくりのために人員増を図ることが望ましい。

4の患者・医療者のパートナーシップについては、患者・医療者のパートナーシップが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。従って、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、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の説明と同意については、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のナースの労働環境における必要な安全保護として、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リーダーとの間の効果的なコミュニケーションが図られるための方策を検討すること。

7の医療安全上の改善策では、その策定、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の病棟での医療機器安全管理体制として、1のモニターは時間がズレていたので、正確な時刻が合わせられる工夫を検討すること。

2の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の近年、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を使用している。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人工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のモニター類、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ので、改善が必要である。

病棟については、全体として似た傾向となっていることから、まとめて報告する。

5Sの観点としては、安全を確保するため、活動を今後ますます活発化することが望ましいと思われる。

転倒転落防止対策の観点としては、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ていないので、改善を要する。

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等では転倒の危険がある。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と思われる。安全性の高い点滴台の導入を望む。

薬剤の管理の観点としては、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た場合は、紙媒体に頼る方法であると新しい指示を見落とすことが危惧される。電子カルテを活用した確認作業を検討する必要がある。

注射薬のダブルチェックの方法が病棟によって若干異なっている。

マニュアル通りの方法で統一する必要がある。

ミキシングで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たが、針刺しの危険があるので、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いておくと良いと考える。

ベッドサイドでの6 Rightによる確認のうち、日付・経路については、呼称確認がされていない病棟があった。

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と思う。

患者確認の方法では、患者にフルネームで名乗ってもらうことが遵守されていない病棟があった。

点滴の目的・薬効に関する説明を行っていない職員もいた。マニュアルの遵守徹底が必要である。

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ため、システムの改良について検討が望まれる。

内服・外用薬に関して、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確になりやすいため、棚卸等の時期などで交換することが望ましい。

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の検討が必要である。

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った。後日の確認が簡潔に行えることとなるのが望ましいと考える。

中止薬は分別されていたが、5西病棟では5Sの観点から整理が必要である。

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った。

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たが、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かった。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。

「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、他の基準との関係や実務上の安全性を考慮し、院内管理の統一及びマニュアルとの整合性を図ることが必要である。

マニュアルの「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。

その他の観点として、身体拘束に関しては、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。輸血時の受け取りを1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した方が良い

と考える。

外来フロアーについては、連携として、紹介機関の診療機能について明確に表示がない。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が出来る紹介方法や体制の検討が望まれる。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。

患者の権利と安全確保という点で、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が重要かと思われる。

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、職員や病院利用者・市民への周知を図ることが必要と思われる。

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が重要である。

同意書をとることを医師が看護師に委譲することがあるが、実施手順を遵守していない医師が見られた。マニュアルの周知徹底を図ることが必要かと思われる。

患者サービスという点では、患者・家族の意見を聞く手段として投書箱が設置されており、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の表示がされていない。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を望む。

患者・家族の意見の尊重に関しては、モニター制度の導入等の検討を望む。

一部外来で診療担当医師の表示が不明瞭なところが見られた。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と思われる。

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ことから、患者サービスのための更なる努力が望まれる。

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と考える。また、その相談対応者がコンフリクト・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と思われる。

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が見られない。

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が望ましいと考える。

その他外来化学療法室において、医師のオーダ入力を守られない実態があった。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。

血液浄化療法室に関して、5Sの観点では、倉庫内に物が重ねて置いてあり奥の物が取り出せない、あるいは翌日のダイアライザー等の準備が雑然とされていた。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。

看護業務の観点では、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ので、日々のアセスメントの充実に期待したい。

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必要があると思う。

マニュアルについては、薬剤の準備や対外循環などの細部は略する。全体としてマニュアルの記載内容についてのまとめとして、透析室は常に看護師と臨床工学技士が協働しているため、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とした方が良いと思われる。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。

その他、看護師が使用している電子カルテシステムと臨床工学技士が使用している透析管理システムにデータの連携がないことから、患者情報が共有されにくくなっている。

産科病棟では、安全対策の観点から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ったが、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が重要と思われる。

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

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。

組織・仕組みの観点からは、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良いと考える。

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が行われていない。助産ケアの質保証のための取り組みは、新人を対象に行われているが、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、自己点検を促すことで質を保証していくことが望まれる。

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が、急変時や緊急時の対応として院内待機が望ましいと考える。

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が必要と思う。

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されることが望ましいと思われる。

TPNの薬剤管理は看護師が実施しているということであるが、薬

剤師との協働を進めることが安全管理の観点からは望ましいと思う。

[委員]

報告書の 2 ページの患者・医療者のパートナーシップについて、市立甲府病院ではほとんど取り上げられていなかったとのことであるが、基本的にはどういう取り上げられ方が重要なのか。また、患者の意見や困ったことなどが率直に反映されることが重要と思うが、それ以外に、またそれ以上にこのパートナーシップを築き上げる仕組みとして、何かあるか。

[調査チーム]

安全管理指針の中に、市立甲府病院職員の姿勢として入れ込むことが重要かと思われるが、まず患者さんに知っていただくことへの工夫が必要と思う。

病院の中の医療安全については、職員だけではなく患者も一緒に医療安全を作っていこうという時代になっているので、患者自身も自分の安全を守るためにどんな情報を医者から聞き出すか、どんなことをしたら良いかということをお患者に教育していくことも非常に大事であると思う。

一緒に医療安全を作っていくということがこれからは望ましいと考える。

[委員]

例えば、定期的な話し合いの場を作るとか、意見や発表ができる場やモニター制度の導入など具体的なプランはあるか。

[調査チーム]

患者が参加できる仕組みを作ることが大事であると思う。市立甲府病院では、「患者さんに参加をしていただいて医療の安全を守っていくというところを明示していく」という、その仕組みづくりが必要である。例えば注射の実施に対しては必ず名前を名乗ってもらうということを表示していくことなども「お任せにしない」という点においては大事なことであると思う。

転倒・転落に関して患者さん自身が、どうすれば転倒しないのかということ、KYT(危険予知トレーニング)を患者さんと一緒に行っている病院もあるので、そうした看護師と患者・家族とが一緒に行っていくことが必要であると思う。

[委員]

パートナーシップとは少し違うが、患者サービスとして患者・家族の意見を聞く手段として投書箱が設置されており、「定期的に回収し検討している」とあるが、こうしたものは患者の意見を取り入れるという点では良いことである。しかし、一番問題になるのは回収の頻度がどのくらいかということである。監査のときにも頻度を聞かれることがあるので、「置いてあって使っているはずである」ではなく、せ

めて1週間に1度、2度、3度と適切に行うことが大事である。

また、回収された資料をどのように職員全体に知らせているかということも重要です。患者が実際に思っていることを職員も把握できるので、それを参考にして改善していくことが可能となる。市立甲府病院では定期的に回収され改善もされているとのことであり、良い状況であると思う。

実際に患者に診療へ参加してもらおうとか、高齢の患者が多いので家族に説明し、家族にも参加してもらい、例えば転倒を防ぐのにはどうすれば良いのか一緒に行っていかなければ、いくら病院で取り組んでもダメなことがある。

調査チームの指摘事項に対して、病院側として既に対応している状況や見解の説明をお願いします。

[事務局]

1 番の医療事故等の報告制度については、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に対する意識啓蒙を行うとともに、医療安全対策職員研修を平成 25 年度は 10 回開催する予定であるが、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、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た。職員が報告しやすい環境を整えていく。

2 番の安全管理のための職員研修参加については、今年度、各部署における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。しかし、若干未受講者がいたことから 3 月に補習を実施した。

来年度は、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、研修時間も 90 分では集中力に欠けるとの意見から、60 分に変更するなどの運営方法の見直しを行った。

「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。

3 番の医療安全管理者については、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。より安全な体制を作るため、また後任の GRM を育成するためにも、人員増が必要なことから看護師 1 名の増員配置を予定している。

4 番の患者・医療者のパートナーシップについては、以前はあまり求められていなかったが、最近かなり求められるようになってきた。患者の権利や役割の明示や患者の治療への参画、患者・医療者間での信頼の構築が重要であり、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。

次に説明と同意については、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を確認した。サイン欄を設けていなかったものは、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、院内も各種同意書について作成基準を検討する。

ナースの労働環境において必要な安全保護に関して、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、必要時はリリース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。

看護スタッフとその他の職種リーダーとのコミュニケーションについては、各部署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を依頼し、連携を図っていく。しかし、看護スタッフと他職種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。

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との指摘については、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。

[委員]

よく検討されていると思うが、気になるところとして 2 番、4 番、5 番などの語尾が「検討する」「検討していく」となっている。いつまでにどのように検討していくのかという道筋やゴールを明確にしておかないと、忙しさの中で取り組まずに済ませてしまうことが多いことから、他の項目のように具体的な取り組みを記載すること。

[委員]

先程、患者と医療者のパートナーシップについて、近年求められるようになったとの話しであるが、患者と医療者のパートナーシップという概念がよく分からない。また、取り組みとして対応するとの内容がよく分からない。

患者に対するサービスであるとか、インフォームドコンセントの問題など、患者にもよく理解してもらって事故を防止する対策をとらなければいけないなどの各論的なことはよく分かるが、パートナーシップという概念があって、それに向けて具体的な取り組みをするのだということだが、どういうことを目指しているのかといったことを教えてもらいたい。

もう 1 点は、インフォームドコンセントが困難な場合に、どのように説明するかとの手順が見当たらないということであり、今後は明文化するとのことであるが、具体的にはどのような手順で、どのような処

理を行うのか。例えば判断能力に問題がある方に対する治療などで、よく高齢者の施設で問題になるのは本人に完全に判断能力はないけど胃瘻にしてしまうなどの問題がいくつも起きているが、現状ではどうなっているのか。

最初のパートナーシップの具体的な事例、他病院の事例・情報でも良いが、今後の検討に関するものがあるか。

[事務局]

患者と医療者のパートナーシップの概念については、治療のために協力し合うパートナーとして患者を診ていくということで、分かり合える医療を行っていこうということが基本概念となっている。

具体的には、患者の権利、あるいは患者に行ってもらわなければならないことを文章化している病院が多い。十分な説明と同意、安全な医療を心掛け、患者と一緒にやっていこうというのがパートナーシップの概念となる。

資料を集めているが、それらを鑑みた上で、市立甲府病院の患者と医療者とのパートナーシップについて作成していきたい。説明と同意や安全な医療など各論的には作成されているが、パートナーシップという概念で取りまとめていないところがあるので、それらをまとめて新しく作成していこうという考え方である。

また、判断能力のない人の場合の説明と同意については、具体的には当院では患者家族に説明をして、同意を得ているというのが現状である。

[委員]

インフォームドコンセントが困難な場合というのは比較的多くあり、例えば救急で意識不明で運び込まれた人や子供など、いろいろな場合があるので、基本的な同意書のマニュアルは作成されていると思う。

パートナーシップについては、具体的な例を全て挙げるのは難しいが、ある程度判断能力がある方には自己管理してもらうとか、ヒアリングに参加してもらうなどの具体例はあるか。

チーム医療という考え方では、医師だけでなく他職種と一緒に考える中で、患者にも参加できれば参加してもらう。ただし、患者はあくまでもサービスを受ける側なので、理解してもらい自分でできることはしてもらうという感じになると思う。

それでは1番の医療安全管理体制については、「検討していく」という点をもう少し具体的に記載するようお願いし、2番の病棟の医療安全機器安全管理体制について、説明をお願いします。

[事務局]

1番のモニターの時間のズレについては、11月にMEセンターから各病棟看護師に対し、モニターの時刻合わせの方法を説明し指導を行った。毎月1日を「安全確認の日」に決めており、「安全確認の日」に時刻を合わせることにした。今後は継続的に実施を促すとともに、

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している。

また、リスクマネージャーと臨床工学技士が病棟に出向いたときには、できるだけモニター類の時刻等は適切に表示されているかの確認を併せて行っている。

2 番の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という指摘については、当院では医療機器の日常点検は PDA システムを用いていない。当院ではペーパーベースで日常点検の項目を決め行っているが、各病棟で取り扱いが異なっているところがあるので、医療安全管理室と ME センターを中心に現在マニュアル化している。

3 番の近年、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。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という指摘に対しては、現在、日常点検項目と点検の実施時間を決め、マニュアル化をしている。臨床工学技士が中心になって点検表を作り、それに基づき各病棟が同じ目線で点検できるような形に移行している。臨床工学技士のラウンドについては、本来は毎日実施したいが人手が足りないこともあり、できるだけ毎日行けるような形で対応する。

4 番は、器材庫にあったポータブルトイレを廊下の収納スペースに移し、カバーをかけてわかりにくい様に工夫して置くように改善した。

[委員]

基本的に医療機器を管理する場所というのは各病棟に置いて、それを臨床工学技士が定期的に確認しているという形なのか。

[事務局]

共通で使用します輸液ポンプ、シリンジポンプ、呼吸器、体動コールに関しては、共通機器であり ME センターで一括管理している。

[委員]

4 番目に記載されている同じ場所に保管されているというのは、中央管理のスペースのことか。

[事務局]

小児の呼吸器のことで、小児に関してはすぐに使えるようにとのことで小児病棟の器材庫に置くこととしている。

[委員]

基本的には ME センターで中央管理し、そこで全て点検できるようになっており、病棟へ貸し出したり戻したりするという形をとっているが、特殊な NICU や小児、ICU に関しては、ある程度必要な器

材はその場で保管しているということか。

医療機器は非常に大事なものである。PDA システムは、他病院では基本的に輸血とか輸液の購入確認で使っており、機器の点検には使っていないが、別の PDA システムというのがあるのか。

[事務局]

当院でも PDA で点検するという形はとっていない。

[委員]

PDA システムは使いやすいものであるが、台数がないと使いづらいものとなる。

[委員]

3 番のチェック表はあるが活用されていないという問題について、点検項目などをマニュアル化するとあるが、マニュアルにあるチェック表が使われていないことへの対応がはっきりしていない。なぜチェック表があったにもかかわらず、活用されなかったのかということが一つの問題であろうと思う。チェック表が煩雑であるとか、実際には不用であるかもしれないが、活用されなかった理由が明確にならないと、ただマニュアル化すればよいというものではないのだと思う。

チェック表があったが、なぜ活用されなかったのかその原因はどこにあるのか。

[委員]

看護記録と PDA を使用すると書いてあるが、PDA を使うとその場でチェックできて一番簡単な方法である。実施したことは必ず記録しなければならず PDA を活用すれば点検記録が残る。

市立甲府病院では PDA を使用していないとのことで、チェックリストをその都度チェックし、それを記録として残しておかないと意味がないが、チェックリストは使いにくくて使わなかったのか、スタッフに対する教育が完全でなかったことでチェックリストを使わなかったのか、その辺はどうか。

[事務局]

指摘のとおり、呼吸器に関しては日常点検の表をつけておらず、各病棟では業務の流れの中で必要なところを中心に点検するような形となっていました。

現在は ME センターを中心に看護部と協力しながら点検表を作成中であり、出来次第各病棟に点検方法の変更をアナウンスし、点検表も呼吸器の横につるしていつでも記載できるような形で行く準備を進めている。

[委員]

マニュアルにチェック表はあるが、実際には使えないものであったということか。

[事務局]

マニュアルのチェック表は、点検項目が若干ずれてきているので、マニュアル自体を変更していく予定である。

[委員]

新しいチェックリストを作り、定期的なチェックをし、チェックリストに記録した内容も残しておくというシステムを作るということであれば、そのように対応状況の記載を書き直すようお願いする。

[事務局]

5S については、15 項目の改善を指摘いただき、13 項目は全て改善をした。

2 項目の救急カートの上になんらかのものが置かれている。救急カート内の物品配置が病棟によって異なっているという指摘については、「救急カート設置基準マニュアル」が医療事故防止マニュアルの中にあり、救急カート内の物品・薬品の配置は、内容と場所を統一し、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、今回を機会にさらにマニュアルを含め、物品配置や救急カートの上に物品を置かないなど全部署で統一できるよう現在検討している。

転倒転落防止対策の観点の小児科のアセスメントツールの活用が見られないとの指摘については、転倒・転落事故防止マニュアル内にあり「乳幼児の発達と起きやすい転倒・転落事故」を参考に小児用のアセスメントスコアシートを現在 3 階西病棟で作成している。今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予定である。

点滴台が 4 本足の物はバランスが悪いという指摘については、平成 21 年度に全病棟で 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したが、未だ 4 本足の点滴台が数台残っており、再度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した。しかし、セクションによっては 2~3 本残っているため、それらについては使用しない又はどうしても使用するという患者にのみ使うという形をとりたいと考えている。

保持ハンドルについては、新規購入の際に設置していく予定である。

[委員]

良くまとまっていると思うが、物品配置等を全部署で統一できるように検討するとの部分は、全部署で統一できるようにすると直すこと。

[調査チーム]

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思う。

[委員]

定期的に 5S 活動を行っていくなど具体的な方法があるか。

[事務局]

看護部の委員会活動として、3ヶ月ごとに写真を撮り改善した状況の確認を年 2 回行っている。また、医療安全管理対策委員会の全職員に対する研修の中でも 5S 活動について研修し、各部門で 1 つの 5S 活動を発表するなど推進している。

[委員]

具体的にそのように記載を修正すること。

病棟の 3 番薬剤の観点の中での注射について説明をお願いします。

[事務局]

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が、指示が変更された場合は、新しい指示を見落とすことがないかと危惧されるので、電子カルテを活用した確認作業を検討する必要があるとのことについては、指示が最新のものが分かる仕組みは重要であるが、当院では準備・実施作業において、電子カルテで注射・点滴があることの確認は、患者一人一人の画面を開かないとすることができない。一括ではできず作業手順の煩雑・所要時間延長が考えられる。現時点では、パソコンを持ち込むスペースも手狭であることから困難な状況にある。

なお、準備時と実施時には PDA を用いて、混注確認をしており、患者のところではバーコードで認証確認をしている。また、認証確認までに変更・中止などを医師がコンピュータに入力すれば PDA の確認で変更や実施できないような仕組みになっている。必ず混注前には PDA を確認し、患者のバーコードの認証を確認し、もちろん患者にも名前を名乗ってもらうなどの確認作業を行い、対応している。中止・変更などの入力については、医師に入力をしてもらうよう徹底する。

注射処方箋には、ラベルに医師の指示が入るが、流量や開始、終了などを入力していないと反映されないことから、入力徹底を主治医にお願いしている。

また、電子カルテ上で予定していたものは確認できるが、緊急で生じたものは入力されるまでラベルに出すことができないので、電子カルテのシステム変更を検討していくことが必要となる。

指示後の変更については、「指示変更及び中止の伝達基準」のマニュアルに従い、必ず看護師に口頭伝達することとなっているため、徹底を促す。臨時の指示については、入力と同時に必ず看護師に声をかける仕組みとなっている。

注射薬のダブルチェックについては、マニュアルにダブルチェックの定義があるので、現場確認や職員への指摘・指導を行うなど、再認識させるよう周知徹底を図っていくとともに、院内ラウンド時も指導を行っていく。

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ということで指摘を受けたが、現在はミキシング専用のメスキュードボックスの購入を検討しており、各セクションでミキシング専用のメスキュードボックスについて、サイズや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的に実施し決定していく予定でいる。

ベッドサイドでの6 Rightについても、統括リスクマネージャーや部門リスクマネージャーによる現場確認において周知徹底を図っていく。

混注した抗生剤のバイアルをミキシング直後に廃棄しているため、ボトルの確認のみで実際の中身の確認はできていないという指摘については、現在の方法では、患者へ実施する際に処方箋とボトルのラベルだけの確認になっているので、ミキシングをしたときに空バイアルは残しておき、実施する際に患者のもとに持って行き、処方箋と空バイアルを確認するという作業を今後していきたいと思う。現在手順を検討している。

患者確認の方法については、フルネームで患者に名乗ってもらうことの徹底を図る。

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という指摘については、はじめに医師からどのような効能の薬を使用するかとの説明があるので、その後、初回時は看護師から説明するよう、医師・薬剤師の協力を得ながら検討していきたいと思う。

点滴のラベルの注射時間が手書きとなっているとの指摘については、医療機器システムから発行されるラベルでは、医師が電子カルテ上に投与時間を入力すると印字がされる。平日16:00以降や祝祭日時に緊急扱いでオーダ発行される場合には、病棟に電子カルテシステムからラベルが発行されるが、投与時間を入力すると印字がされる。医師に対し入力 of 徹底を促していく。

[委員]

電子カルテを活用した確認作業を検討する必要があるという指摘に対して、回答で準備時と実施にはPDAを用いていると書かれているが、患者のバーコードと点滴とを自動的に電子カルテを使っていることとなると思うがいかがか。

[事務局]

まず準備時に点滴のボトルのバーコードと患者さんの認証とを合わせ確認をする。

実施時には患者のバーコードにより確認をする。

[委員]

それはできているということではないのか。基本的には良いのではないかと思う。

混注した抗生剤のバイアルをミキシング直後に廃棄したとあるが、

普段ミキシングはどこで行うのか。

[事務局]

看護室のミキシング台の上で行う。清潔区域である。

[委員]

何を点滴しているのか確認するために空バイアルをつけるなどいろいろな方法があるが検討していただきたい。

患者確認の方法に関しては、患者にフルネームで名乗ってもらうということだが、PDAを使えば実際はできることではないか。ただし、PDAは台数が限られているでしょうから、使えないということもあるが、病棟には何台配置されているか。

[事務局]

病棟に6台ある。

[委員]

結構多い数が配置されているので、あまり競合することもなく使えると思う。

内服・外用薬の説明をお願いします。

[事務局]

常備薬は半年から1年ごとに使用頻度や内容について看護師とともに見直しを行っている。頻度が低い常備薬に関しては半年を目安に交換を行っている

5階西病棟における指摘について、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たということであるが、中止薬は放置せずに速やかに返品又は廃棄処理を行い、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。

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ったとの指摘については、「口頭指示マニュアル」では、ファイルにまとめて保管することとなっておらず、患者のカルテごとに必ず保管することとなっているので、マニュアルの徹底を図っていく。

中止薬の分別については、毎週木曜日に病棟薬剤師が回収し整理することとした。

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ったということについては、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き、必ず確認することとした。

また、マニュアルでは、麻薬与薬時は1患者1施行ごとに1トレイで患者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とした指摘については、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 ヶ月に 2 回、確認のための巡視を行い指摘事項は改善されている。今後も維持できるよう巡視等で指導を行っていく。

麻薬の内服が確実に行われたかの確認方法の検討については、マニュアル上、麻薬の内服確認は、「配薬したその場で麻薬は服用してもらい、飲めたかどうかをその場で確認する。」ということになっている。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に必ず記録を残すことになっているので、周知徹底を行う。

「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おり、マニュアルと実際の管理に乖離があるという指摘については、「医薬品安全使用のための業務手順書」で、「マスキュラックスは救急カートへの配置薬とする。」ことにマニュアルを変更し、マスキュラックスは毒薬であることから、全病棟で鍵付きの引き出しに保管している。

また、その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、徹底している。

「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ということで、医療事故防止マニュアルには「与薬過誤時の対応フロー」が作ってあるが、具体的に、誰が誰に報告するなどの細かい説明がないので、どのような状態、どのタイミングで医師へコールするか判断基準や、平日と時間外でどの医師にコールするのかなど、具体的に数値や役割を示すようマニュアルを改訂する予定である。

病棟のその他の観点について、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とのことであるが、身体抑制に関する説明・同意書には、抑制を必要とするアセスメント、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、記入するようになっているので、記入漏れがないよう適正な運用を周知徹底していく。

輸血の受け取りを 1 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の指摘については、現在、同時の受取りは行っていないが、輸血マニュアルに記載がなかったため、輸血前の準備の項目に加筆することとした。

また、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、払出しの項目に追加することとした。

[委員]

輸血は PDA で確認するのか。

[事務局]

PDA で確認する。

[委員]

口頭指示書について、基本的には口頭指示は好ましくないので、口頭指示マニュアルにどのくらいのことが記載されているか確認できていないが、口頭指示を受けた場合にどのように記録を残しているか。

[事務局]

「口頭指示マニュアル」があり、口頭指示があった場合には必ず口頭指示用紙に記録し、電話で口頭指示が行われた場合には復唱することとなっている。看護記録にはどの先生からどのような内容で指示が出たという記載をするが、細かく理由や薬剤の規格、どのくらい使ったか、投与方法、投与速度などを記載しサインをしてから実施して、翌日、医師に実施の確認をもらい、電子カルテヘスキャナで取り込む。紙ベースは患者のフォルダに保管する。電子カルテにデータとして保管されているので、患者の退院時には廃棄する運用となっている。

[委員]

マスクラックスの管理に関しては、救急カートに乗せる必要はないので、回答のとおり直せば良いかと思う。

外来フロアーの連携からその他までの説明をお願いします。

[事務局]

外来フロアーの連携については、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きたいと考えている。

患者の権利と安全確保の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、現在、正面玄関あるいは北玄関、外来窓口等に掲示してあるが、指摘のとおり掲示物のサイズが小さい、あるいは文字サイズが小さく読みづらいという状況がある。このことから掲示物を「ポスターサイズで大きくする。」あるいは「掲示物の文字のサイズを大きくする。」「掲示物と同じ内容のチラシを作成し、患者が手に取って確認できるようにする。」などの改善の検討を進める。

組織的な検討課題として安全確保に関する「患者の義務」についても明文化するようにとの指摘については、現在、「情報を提供する責務」「医療に協力する責務」を明記してあるが、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、患者の基本的な権利を尊重するとともに、患者に守ってもらふべき事項の明確化も必要であるということで、今後、「患者の義務」についての再検討を行っていく。

セカンド・オピニオンについては、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の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。

同意書をとることを医師が看護師に委譲することがあるとの指摘については、内容の説明責任は医師にあることから、マニュアルの遵守の徹底をお願いします。今後は、時代の流れから同意書の作成など、

他職種への委譲可能な部分があればガイドライン等で確認して、当院で許可する等の検討を行い、仕組みを作っていきたい。

患者サービスに関する投書箱の設置の件については、患者からの意見等に対する改善に向けた対応手順等を文書化し、掲示していきたいと考えている。病棟の投書箱の設置位置は、昨年度の見直しで現在の場所に変更したが、記載場所も含めて、再度検討する。また、投書箱の大きさや存在を知らせる掲示などについても、より分かりやすくなるよう検討する。

次にモニター制度の導入であるが、他院の状況なども調査する中でしばらく時間をいただいて検討していきたいと考えている。

また、一部外来で診療担当医師の表示が不明瞭なところが見受けられたとのことについては、外来を担当する非常勤医師が曜日で異なることから「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。

待ち時間について、現在は各患者の受付番号が予約時間順に表示されている。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ことから、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。待ち時間に関しては、患者サービスの向上を図るために、番号の表示方法などを引き続き検討していく。

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との指摘については、病院施設内のスペースにも限りがあることから、有効かつ効率的に活用する方途を他の施設も含めて検討している。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ていく。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今後検討していく。

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」の活用することという指摘については、お薬手帳の活用を啓発するパンフレットを外来掲示板に表示した。

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との指摘については、患者の権利と安全確保で申し上げたとおりである。できるものから改善していく。

その他については、時間内オーダーを原則としているが、緊急の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状況である。

[委員]

委員が指摘したとおり、「検討する」「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。

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う。これは早目に作らないといけないと思う。

投書箱の件について、他院でも指摘されたことがあるが、どのくらいの頻度で投書箱を開けて、誰が確認をしているのかが重要であるが、市立甲府病院ではどのようなになっているか。

[事務局]

週に2回投書箱を開けて回収している。

[委員]

患者等からの意見は職員にどのようにフィードバックしているか。

[事務局]

回収した「院長への手紙」については、関係セクションに回覧で回付し、最後に院長に届き、改善を図るようにしている。

[委員]

投書箱の場所は1箇所では良くないといわれており、投書しやすい場所をいくつも作っておかなければならないと思う。現在、何箇所に設置してあるのか。

[事務局]

外来のフロアーに1箇所と、病棟のデイルームに4箇所の計5箇所に設置してある。

[委員]

患者・家族の相談では、相談室は相談専用室としてのスペース確保が望ましいとあるが、ソーシャルワーカーの近くに確保するとか具体的な考えはあるか。

[事務局]

現在、ソーシャルワーカーがいる医療相談室では、確立された相談室があり対応している。また、患者からの意見や要望を聞く患者相談室という部屋があるが、これは完全に隔離はされていなかったが、レイアウトを変更し以前よりは隔離されたスペースとなっている。

[委員]

患者相談室の職員には、コンフリクト・マネジメント研修を受講した人はいるか。

[事務局]

メディエーターの資格を持った職員がいる。

[委員]

血液浄化療法室の対応について説明をお願いします。

[事務局]

5S の観点について、倉庫内に物が重ねて置いてあり奥の物が取り出せない。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 の推進を望むとの指摘については、倉庫内や血液浄化療法室内も整理整頓 5S に取り組みたいと思う。また、取り出しやすい配置や透析室内は透析後の透析装置周辺の整理と清掃を行っている。

看護業務の観点で、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とのことについては、現在カンファレンスは毎日行っているが、電子カルテや看護記録へ記載することが少ない状況であるので、今後は週 2 回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を行い、カンファレンス内で意見交換した内容も含めて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きたいと考えている。

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については、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、教育等についても、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り、今後も業務改善等にも取り組んでいく。

マニュアルに関する薬剤の準備については、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を指しているならば、それことをマニュアルにも明記し、より具体的な記載をしておくことよとのことから、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。

体外循環の患者間違い、体重測定間違いが生じやすい場面で、例えば車椅子使用患者、認知症患者の場合などの対策を明記するよとのことには、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いただ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。また、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て、患者個々のトレイを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。

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よとのことには、接続部分の確認を「透析開始時、穿刺・接続・操作・確認・記録を 2 人でダブルチェックする。」と明記した。

また、抜針予防対策として「患者の皮膚に合ったテープを選択すること。体動が激しい患者には、十字固定やループ固定等患者に合った固定を行う。」と明記した。

ダブルルーメンカテーテルの管理において、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はないかということには、「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」と追加した。

感染防止のところで、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ようにとのことに関しては、「急な発熱・下痢等があった時には、来院前に血液浄化療法室に電話を連絡してもらい、必要に応じて内科の受診をしてもらい来室する。」と明記した。

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に関しては、「個室を隔離室として使用する疾患としてインフルエンザ、ノロウイルス、MRSA 等感染対策が必要な疾患」と明記した。

グローブの明記がないということに関しては、「グローブ」を追加した。

ベッド及びベッド周辺の清拭も明記するようにとのことについては、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。

装置故障時の対応ルートを明記することについては、透析装置に関し「装置故障時は、臨床工学技士が予備部品で修理する。臨床工学技士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。

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との指摘については、「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。

輸血以外の薬剤で例えば昇圧剤の持続投与、輸液等の投与に関する注意事項も記載をとのことには、「昇圧剤等の輸液投与時は、薬剤名と希釈方法をダブルチェックする。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。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。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。注入量、注入速度をダブルチェックする。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。定期的な流量、残量、患者様の状態を確認する。」と明記した。

マニュアルの記載内容のまとめの中で、透析室は常に看護師と臨床工学技士が協働するために、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との指摘については、血液浄化療法室の役割分担を「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になって処置やケアを行う。」と明記した。抜針予防に関しては「体外循環」に追加した

その他では、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ということで、患者情報が共有されにくくなっているかとの指摘については、透析管理システムが電子カルテとが連動している部分が今のところ少ないため、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が、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行っている。

透析システムの次回更新時には連動できるよう検討していきたいと考える。

[委員]

電子カルテシステムは新しくなっても透析管理システムは変わらないので、どうしても連携できない。患者のデータを見たいとなると別々のシステムを開いて見ないとならないと非常に面倒なこととなるので、次の更新で早目に連携した方が良いと思う。忙しいときに両方見なければいけないとなると間違いが発生するものとなるので、是非とも行っていただきたい。

次の産科では災害発生のおことが出ていますが、他の病棟とか他の場所では災害対策のおことが入っていない。東北の大震災のときも血液浄化などが問題になったと思うが、血液浄化療法室では地震などの大きな災害が発生したときにどのように対応するのか、その対策を教えてください。学会でも指摘していると思う。

[事務局]

災害が発生したときは水の確保が一番大事となることから、当院では水を確保できるようにしている。また、当院は災害拠点病院であり、他の施設からの患者収容も必要となることから、マックスの患者の3日分の材料・薬品等を備蓄している。

災害に対する詳細はマニュアルを作成し対応している。

[委員]

非常に細かくマニュアルの方も対応できていると思う。具体的かつ指摘内容に沿った対応がされている。

[委員]

産科病棟から NICU までの説明をお願いします。

[事務局]

産科病棟の安全対策の視点として、産科病棟には産科独自の安全対策が明文化されていないという指摘については、産科病棟独自の安全対策を病棟内で検討し作成している。産科急変時の対応フローチャートは2月に作成し、看護師室と分娩ホールに掲示してある。出血時の対応マニュアルについても、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についても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については、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している。さらに母親にも説明をしている。

分娩時、医師のコール体制については、今後医師を含め病院内全体で検討していかなければならない課題であると考えます。

救急対応・災害対策の訓練については、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 月に実施している。今後は病棟内で年 2 回、計画的に実施していきたいと思う。

組織・仕組みの観点では、正常・異常の判断に対応した相談体制のフロー図について、医師を加えた相談体制のフロー図を 2 月に作成した。看護室と分娩ホールに掲示し活用している。

助産ケアの質の向上については、助産師の助産ラダーを平成 25 年度中に作成し、平成 26 年度より導入する予定になっている。導入までは、今までどおり病棟内の勉強会や山梨大学で開催される助産師外来研修、院内助産研修等で学習を進めていく。助産ケアの質の評価については、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業務改善に努めている。

NICU における施設基準については、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行っているが、NICU の安全管理については、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と考えている。

NICU の徹底した感染防止対策では、NICU は極めて感染リスクの高い部署であることから、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している。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・指導を実施していく。

次の注射部位をカルテに記載する際に皮膚の観察のチェックリストを活用するとのことについては、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の見直しを行い、皮膚の観察項目を具体的に加えて活用している。

TPN の薬剤管理は薬剤師と協働してとの指摘では、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いる。また、小児・NICU カンファレンスには薬剤師も参加し協働している。

[委員]

産科病棟の安全対策の観点では、今後医師を含め病院として検討するとのことであるが、他の項目は具体的に記載されているものの、この項目だけ分かりづらいので具体的な目標を掲げていただきたい。

産科病棟では NICU と合同で年 2 回災害を想定した訓練を行っていくと、病院全体としても当然行っていると思うが、それ以外に産科と NICU は訓練を行っているということか。

[事務局]

病院の訓練にも参加をしているが、それ以外に実施している。これまでも年に1回は必ず行っていたが、今後は年2回実施していく。

[委員]

病院全体の訓練は何回実施しているのか。

[事務局]

昼間想定と夜間想定を1回ずつ計2回実施している。夜間想定は昼間の時間帯に夜間を想定して実施している。

[委員]

今後、防災など災害想定はかなり要求されてくるので、是非一生懸命取り組んでいただきたい。

[委員]

全体としましては、概ね良くできていると思う、「検討する」「検討していきたい」という記載が多いので、具体的に修正していただきたい。

病棟等業務については、これで検証を終了する

(病棟等業務 検証終了)

イ その他

[委員]

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こ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。

【結果：病棟等業務は、「検討する」とした対応状況について、より具体的内容となるように修正し、調査チームから指摘・要望された72項目の改善を進める。また、マニュアルには「参照」「準用」などの表記をなるべく使わないこととし、検証を終了する。】

(2) 次回開催について

〔事務局〕

事前に各委員に確認させていただいたが、7月9日火曜日の午後5時から、この会場でお願いしたい。

予定議題は、最後となる感染対策と検査業務の2点について行っていききたいと思う。

3 閉会・院長あいさつ

看護関係業務に対する指摘・意見については、病院として受け止め対応し、医療安全の推進に努めていく。

医療安全体制等検証委員会 第4回委員会 決定・指摘等事項

〔決定事項〕

- 1 病棟等業務は、「検討する」とした対応状況について、より具体的内容となるように修正し、調査チームから指摘・要望された 72 項目の改善を進めることとし、検証を終了する。
- 2 マニュアルには「参照」「準用」などの表記をなるべく使わないこととする。
- 3 次回開催は、平成 25 年 7 月 9 日(火)午後 5 時 00 分から開催することとし、議題は「感染対策」と「検査業務」を予定する。

〔指摘・要望事項〕

- 1 病棟等業務
 - 調査チームによる 72 項目の指摘・要望事項は、別紙「指摘等事項に対する対応状況一覧<病棟等業務>」を参照。

医療安全体制等検証委員会 第5回委員会 会議録

日 時：平成25年7月9日(火曜日)
17時00分～
会 場：第1会議室

出席者

| | |
|-------|-----|
| 委員 | 3名 |
| 調査チーム | 3名 |
| 職員 | 28名 |
| 事務局 | 3名 |

[第5回委員会]

- 1 開会及び資料確認
- 2 議事（議長＝委員長）
 - (1) 医療安全体制の検証
 - ア 感染対策について

[調査チーム]

一言で言うと非常によく体制が作られており、参考になるところが多々あった。非常にハイレベルな施設であると、調査に入ったスタッフ一堂共通の感想である。

これから細かなところに入るが、メジャーな問題というところは無く、コメントもマイナーなところに限られている観がある。

報告した項目は、国立大学病院感染対策協議会が出している統一したチェック項目に準じて行った。

まず、感染対策マニュアルの報告として感染対策の組織に関してであるが、入院基本料算定要件に規定されている構成員で構成されているかということが重要になるが、感染対策委員会、感染管理室、感染対策チームが組織されており、特段問題点はない。あえて言うと、感染対策委員会や感染対策チームの設置要綱に職種の記載があるが、該当する者が誰か、今年度は誰かという一覧表の作成や任期の規定が望まれる。

マニュアルにはあるが、委員会の名簿やチーム員の名簿が一緒になっていると、マニュアルを利用する者にメリットが無いことから改善点となっている。

組織の中に感染管理室があるが、感染管理室が実際にどういう組織なのか設置要綱が見当たらない。マニュアル上に、権限やメンバー、組織などが分からないという点があった。感染管理室という組織が活用しやすくなるように、組織がどういうものかということをも明文化されるようお願いする。

感染対策の委員会に関しては、毎月 1 回定期的な会議が開催されているが、欠席者が出た場合にその代理出席が求められていない。代理者が出る必要があると思われる。時系列で継続的に欠席者や代理出席を簡単に把握できる出席表が作成されると良いと思う。代理出席が多い委員は、交替をした方が良いとの判断材料にもなると思う。

議事録に関して、内容は非常に適正に記載されており、記録として充分であったが、作成は業務の合間を縫って臨床検査技師が担当している現状であった。専門的な文言や表現のことなど医学的なスキルが求められる業務内容であるからとの説明であったが、将来的に業務が拡大していくとボランティア的に行っていくのは無理であることから、専任で関わる事務系スタッフを確保していく必要があると考える。

続いて ICT 活動であるが、感染対策マニュアルは適宜改訂され、内容としても充実したものとなっており、すばらしいと感じた。さらに加えるならば、年々改訂されていくが、どこが改訂されたのか、改訂の経緯と内容を簡単に把握できる履歴の作成と保存が望まれる。また、マニュアルが改訂された時は、できるだけ速やかに院内へ周知する必要があるが、情報交換の場を設けるなど広報の周知手段も検討していく必要があると考える。

教育活動に関しては、年間 2 回以上の講習会が開催されており、出張講習会の実施は特にすばらしいと感じ、感染管理室の努力姿勢が見受けられる。しかし、職員一人当たりの出席率や職種別の出席率などが算出が不十分であり、出席率をどのように改善するかの検討データとして十分活用されていないことが残念であった。実際に参加回数が 0 回という職員も出てきてしまうと思うが、そうした職員を把握して、参加させるようさらに工夫があれば良いと思う。

情報の発信については、ICT ニュースや院内通知で必要な情報は随時発信されていることを確認した。ニュースなので発信はするが、実際に現場にどのように浸透されているのか確認できるアイテム、例えば名簿に名前を記載するという簡単な仕組みもあるので、是非検討いただければと思う。ポスターコンテストなど、感染対策に関心を持たせる良いアイデアが取り入れられている。

次にサーベイランスとコンサルテーションであるが、サーベイランスに参加しており、これは検査部門の参加が望ましいとする努力項目であるが、参加することは非常に良いことである。また、MRSA の検出データを半期ごとにアップして、各病棟、各診療科にフィードバックされており、問題はない。その他の検査データについても集めているようなので、蓄積されたデータを活用していけば、市立甲府病院の状況を反映した検出や改正の状況を見ることができると、そういったローカルな状況を反映した現場介入の目安といったものを作っていくことができると考える。ターゲットサーベイランスは、カテーテル関連血流感染サーベイランスが 2 病棟で継続的に実施されているということで、非常にすばらしい状況であった。なかなかできないことである。

アウトブレイクが発生した場合の介入では、早期に介入されており最小範囲で制圧されているという印象を受けた。こうした介入を行った事例は、発生経過、データ、具体策、結果がどうなったかまでの一連の経過が記録に残されており、後日外部から調査が入った場合に、どういう事例でどういう経過であったかを非常に簡単に把握することが出来ると感じた。

続いて、広域抗菌薬・抗 MRSA 薬に関して、届出制や許可制がとられており、感染管理室に所属する薬剤師・医師により全例に監視されている状況が確認できた。許可制を取っている薬剤に関しては不許可の事例が出てくると思うが、申請書に不許可の理由の欄を設けると内容がさらに充実すると考える。また、適正使用に関して各診療科で横断的に話題とすることは非常に難しいことであるが、今後、横断的な指導や介入をどのように行っていくかが課題と考える。

次に、現場からのコンサルテーションを受けた場合、感染管理室に簡単・迅速に相談できる体制が確保されており、内容によって誰に振り分けるか、誰に相談したらよいか専門分野の室員への振り分けがされており、これも良いと思う。コンサルテーション内容の記録が残されているので、現場でどのような場合に困っているのかなど、その内容を集計・分析して、今後の感染防止対策の見直しに活用すれば、さらに良いと感じた。

職業感染防止は非常に重要なことであるが、HBs 抗体に関して新採用者と中途採用者に対する検査体制が構築されており、漏れがないことが確認できた。また、抗体価も非常時に感染管理室においてデータを活用することが可能となっており、何か事故があった場合に、曝露後対策が実施できる体制がとられている。現在、対策がとられている結核、麻しんに加え、風疹、水痘、流行性耳下腺炎に関しても、今後、同様の体制が構築されることが望まれる。また、個人情報に関することであるが、個人情報の観点からは職員の承諾を得るような方策を検討していただければと考える。

ICT ラウンドについては、毎週 1 回の実施が求められているが、最低でも週 1 回実施されていることが確認された。ラウンド結果を受けて、現場からは指摘事項に対する改善報告が 2 週間以内に上がってくる仕組みが構築されており、大変すばらしいと感じた。上がってきた改善報告書に関して実施されているかどうかについての再確認がされており、再確認された場合は報告書に捺印して保管されるというすばらしい流れとなっている。あえてコメントすると確認を行った日付が無いので、いつ確認したか日付を残すようにしたほうが良いと思う。また、年間を通じてどのセクションで実施したかを把握するために一覧表として管理したほうが良いと思う。

次に、実際に実地ラウンドを実施した結果について報告する。

まず外来関係であるが、外来入口に手指消毒剤を複数並べてあり、外来に来た人も、出て行く人も視野入る場所に設置されているので、非常にわかりやすく、大変よろしいかと思う。咳エチケットに関する掲示もあり、外来患者自身への啓蒙策も取られている。非常に難しいことなのであるが、あとは実効性をどのように高めていくかと

いうことであり、今後さらに工夫していく必要があると思う。また、咳エチケットに関して、マスクは売店で購入できるとのことであるが、患者の動線を考えると、売店に行かずとも購入できるような、例えば入り口付近のエレベータホールや病棟の談話室などの必要時に購入しやすい、自販機の導入なども検討していただければ良いかと思う。

次に、外来処置室であるが、理想としては感染性の患者を隔離して診察するスペースや採血ブースの設置が望まれる。出来る限り必要時に隔離対応がスムーズに出来る設備面での整備の検討が必要かと思う。

また、診療科の診療ブースに手指消毒剤が設置されていない箇所があったので、診察室周囲の環境整備をさらに行っていく必要があるか考える。

シンク周りに手を洗うスペースがあるが、その横にちり取りが置かれており、手を清潔にするところに不潔なものを置かないという区分けの考えを取り入れていく必要があると考える。

また、固形石鹸や乾きにくいスポンジなども見受けられ、最近は固形石鹸を使わないことになっている。どういう目的で使用するのか、スポンジは乾きにくく細菌汚染の温床になるので、どのように廃棄していくか交換していくかなどの統一した基準が必要と考える。

次に採血をする中央処置室では、手袋を着用して、主に採血業務であるが、非常に手袋着用率が高い状況であった。手袋の交換のタイミングやその際の手指衛生行動の徹底に関しては、引き続き指導を続けていただきたいと思う。

次に検体搬送用のリニア搬送機のラック緩衝材の白いスポンジ部分に尿検体の付着があり、検体容器外面を汚染する可能性があるため、運用に関して改善が必要と考える。

作業台の上に採血前の試験管があったが、少し下の離れたところに採血後の汚染された可能性のある物品や尿検体のラックが置かれている状況があり、清潔物品と感染の疑いのある不潔物品との区分に工夫が必要であると考え。

次に、外来通院治療センターについて、室内は清潔が保たれていたが、棚の上に青いラックに入った紙ベースの書類が置かれている状況があり、埃などが溜まりやすく日常的な清掃が困難な状況が認められた。棚の上には極力物を置かないようにし、清浄度をもう少し高く保つ工夫が必要か考える。

通院治療室入り口付近は、簡易的な棚が設置されており、いろいろなものが置かれていた。清潔なりネンの隣に一般ゴミや感染性廃棄物が置かれており、清潔なもの和不潔なものが混在している。清潔と不潔の区域分けをし、清潔なりネン類は塵がつかないように扉付きの棚などを設置し収納するなど、区域分けの検討が必要と感じた。

病棟では、各病室に手洗い場が設置されており、蛇口の周りは乾燥した状態で管理され、非常に良いと思う。ペーパータオルが見当たらない場所があり、自動水洗ではない場合にはペーパーを使って水を止めることが理想とされているので、ペーパータオルの設置に

ついて配慮していただけると良いと感じた。また、手指消毒剤が各病棟に設置されており、入退室時に患者も利用しやすい利便性に配慮した設置がされていた。

スタッフステーション内の点滴台周辺は、非常に整理整頓されており、使いやすい状況となっていた。構造上の問題で仕方のないことであるが、点滴台の上に空調があり、清浄エリアに埃などが降ってくる心配があるので、埃などが落ちてこないように、定期的な空調清掃が重要と考える。

調剤時に使用するマスク、手袋、点滴台を清拭するための消毒用エタノール等の物品配置は、看護師など実際に作業する者の目線にあわせた効率的な配置を検討し、改善していく必要があると感じた。

清潔と不潔の区域分けの話になるが、ゴミを捨てるスペースが点滴台の下にあり、血液などが付着したものが、点滴などの清潔なものを扱う台の周辺に無いよう動線に合わせた配置場所などの改善が必要と考える。

各病棟には担当薬剤師が配置されており、適正な薬品管理に関して非常に良い体制が整っている。薬品の保存用の冷蔵庫は内服、注射、外用薬の区域分けを誰にでも判るように明確にすると良いと考える。また、設備面の安全管理に関わってくるが、冷蔵庫の温度管理が必要と感じた。冷蔵庫に設置するデジタル温度計で温度の記録はされているが、実際にデジタル温度計が正しい温度を示しているかの補正がされていない。庫内の温度の管理については、デジタル温度計の他に検定済の温度計を用いての定期的な検証が必要と考える。

次に、患者などがお礼の気持ちなどで置いていくものとも思うが、鉢植えや生け花など、湿った土の上の植物がスタッフステーションの台上にある箇所が見受けられた。緑膿菌やアスペルギルスなどの発生源となるので、置かないようにし、見舞者や患者、スタッフに対して、引き続き協力を依頼していく必要があると思う。

[委員]

感染対策の組織、ICT 活動、外来と病棟の指摘等に関して、市立甲府病院側からの検討状況の説明をお願いします。

[事務局]

感染対策の組織の感染対策委員会・感染対策チームの設置要綱に一覧表の作成や、任期の規定が望まれるとのことについてであるが、院内感染防止対策委員会・感染対策チームの構成員は、院内感染防止対策委員会・感染対策チームの要綱に記載されており、一覧表についても作成した。しかし、構成員の任期について記載されていないため、院内感染防止対策委員会・感染対策チームの要綱を改訂し任期を記載する。

次に、感染管理室に関する設置要綱が策定されていないということについては、感染管理室は、甲府市事務分掌規則により規定されている組織であり、院内感染防止対策委員会の方針に従い、感染対

策の中核組織の一つとして活動している。感染管理室の感染対策に関する具体的な活動や権限は、今年度中に感染防止対策マニュアルに明示する予定である。

欠席者への代理出席については、当院の規模では、なかなか代理出席を出すのは困難な状態であるが、セクションへ確実に委員会の内容を周知していくために、1名は出席できるよう指導していく。また、出席状況については一覧表を作成しているが、正式に記録として残すようにする。

議事録は、事務担当者が作業を分担することで作成することとした。

ICT 活動に係る感染対策マニュアルの改訂履歴の作成と広報については、改訂時には改訂日を記載していたが、改訂内容の記載が無かったため、次回改訂時からマニュアル更新履歴を作成することとした。また、マニュアル改訂時には、ICT ニュースで院内に広報しているが、改訂内容がわかるように通知も配布し、院内全体に周知できるようにしていきたいと考えている。

研修会の出席率データを改善計画に十分活用していないとのことについては、職員が年2回以上研修会に出席するよう関係部署に働きかけているが、職員一人一人の出席回数などの出席率は出していなかった。職員一人一人への働きかけが出来るように、今年度から、研修会への職員の出席回数や職種ごとの出席率を算出し、出席状況の把握を行ない、研修会に参加していない職員に対して通知を出すなど研修会への参加を促す活動を行っていく。

ICT ニュースや院内通知が、現場に周知されたかの確認がされていないとの指摘については、今年度から、メールによる配信や回覧時の署名など、部署にあった確認方法を用いて、周知状況は感染対策チームのラウンド時に確認することとした。

サーベイランスの介入目安の明確化については、蓄積データに基づいて介入基準を明確にするようにし、マニュアルにも記載をしていく。例として、MRSA の場合は新規検出3例という形で、どの菌がどれだけ検出されたかによって介入するかを決めていきたいと思う。

広域抗菌薬・抗 MRSA 薬については、届出制・許可制をとっているが、その理由の記載が無いことから、薬剤部で申請書の見直しを行い、理由記載欄を設けて改善する。

抗菌薬の適正使用の介入については、当院では感染症専門医が不在であることから、感染対策チームに内科系医師・外科系医師を配置し、介入できるよう体制を整えている。

コンサルテーションの内容把握については、今年度からはどのような相談が多いのかということを経営的に処理し、多くの職員に共通している相談内容等については、マニュアルを改訂し追加していきたいと考えている。

麻しん以外に風疹、水痘、流行性耳下腺炎に関しても、同様の体制構築が望まれるとの指摘については、今年度は、風疹に関して検査と必要者に対する予防接種を実施しており、水痘・流行性耳下腺

炎に関しては、来年度以降の実施を検討していくこととしている。また、個人情報の同意については、感染対策上必要となる場合には、データを感染対策チームや感染管理室で活用することについて必要時に対象となる職員個人から同意を得ているが、今後は職員全員に文書による同意を得ていきたいと考えている。

ICT ラウンドについては、改善計画書の確認日を記載するとともに、ラウンドした部署が明確にわかるようになるよう一覧表を作成する。

[委員]

評価にもあったように、マニュアルは系統的、体系的に整理されているように見受けられた。理念から具体的な問題まで整理されている。参考文献や引用文献が、それぞれきちんと提示されているおり、非常に良いことであるが、残念ながら参考文献の表示が統一されておらず、出版社や年次が無いもの、あるものなどまちまちになっている。何を参照しながら作ったのかという重要なことである。マニュアルに参考資料の記載で、年次が記載されているものもあるが、他のところには記載がないので、共通にすべきと考える。

また、ネット上の参考資料の提示についても、参照先の団体名は明示されているが、何時のものなのかの記載が無い。ネット上の資料として感染管理に関するガイドブックとの記載があるが、どこが出しているのかわからない。ネット上のアドレスだけを明示すればよいということではなく、どの団体なのか、いつの時点のものなのかを明示する必要がある。このアドレスを検索したところ掲載されておらず、見るができなかった。Web上の資料とは、すぐに消えてしまう可能性があるため、その取扱いは慎重であるべきと思う。

参考文献として、うがいに係るグラフが掲載されているが、信用のおけるものなのか。団体名は有名なところであるが、データの信頼性のチェックはどうなっているのか。また、1996年のデータというものがあるが、その他の資料のほとんどは2000年以降の直近の資料であり、この部分だけが非常に古いデータとなっている。

参考資料は非常に大事なものなので、その取扱いをきちっとすべきではないかと思う。

[委員]

非常に重要な指摘と思う。各章の最後に文献が載っているものもあるが、乗っていない章もある。また、参考文献名だけが載っており、発行年数が記載されていない。作成責任者については苗字だけとなっており、承認の年月日は記載されている。

表記を統一し、できれば最新の文献にしていきたいと思います。よろしいでしょうか。全て修正するのは大変なことと思います。

[事務局]

なるべく早く参考文献の表記の見直し等を実施する。

[委員]

ICT 活動の検診について、今年度は風疹に関して検査と必要者に対する予防接種をしたということであるが、今年度は風疹のワクチンが不足しているが、確保は充分されているのか。

[事務局]

風疹の流行に加え、市町村の補助事業等の影響もあり、かなり不足している状態であり、9 月以降に新しいワクチンが供給されることから、陰性者に対する予防接種はそれを確保し接種を実施していくこととしている。

[委員]

他院でも同様の状況があり、必要者や希望者に対する接種が充分に行われていない。

[事務局]

正面玄関への咳エチケットのポスター掲示及びマスク自動販売機の設置については、各診療科の外来受付窓口に患者に明確に分かるようにポスター等の掲示ができていないので、上半期中にポスターの掲示を検討する。

また、正面玄関や北口玄関に設置している手指消毒剤を設置している台については、定期的な清掃を清掃業者に依頼するとともに、感染管理室でも清掃状態を確認する。

マスク自動販売機は、10 月 1 日からは正面玄関等に設置する予定となっている。

清潔なシンクの横に埃取りが置かれていたことについては、5S の視点からも問題であり、清潔区域に汚染の原因となるものは置かないなど清潔区域・不潔区域について意識し管理するように指導を徹底するとともに、ICT チームによるチェックを行う。

固形石鹸は、当院では使用しないこととなっているため撤去した。液体石鹸は一部詰め替え式を使用しているが、詰め替え式でない液体石鹸の配備を、来年度以降の予算に措置していくこととしている。

各診療科ブースへの手指消毒剤の設置については、外来のすべてのブースに手指消毒剤を設置するとともに、実施を促すポスターを掲示していきたいと考えている。

外来処置室スタッフの手袋の消毒については、感染対策チームや看護部感染対策ナースチーム会スタッフからも職員へ働きかけ、消毒を徹底していきたいと考えている。

検体搬送用リニア搬送機ラックの尿検体付着については、量が多いことでリニア搬送中に尿がこぼれてしまうという事例があったことから、検査に必要な量以上の尿をカップに入れられないよう、検査時に患者に説明し協力を得ることとした。

台上の清潔物品と不潔物品との区分けについては、清潔・不潔の徹底を図るよう現場に指導する。

外来通院治療センターの無菌的環境整備が整っていないとのことについては、棚の上に置かれているコンテナなどは撤去し、何も置かないこととした。

また、感染対策チームで環境整備について確認し、問題がある場合は継続して整備できるよう指導していくこととした。

外来通院治療センター入口にゴミが乱雑に置かれており、清潔と不潔の区域分けがなされていないとの指摘については、定期的に整理・整頓を実施し、環境整備することとした。また、シーツなどの清潔物品は、今年度中に扉付の棚が導入できるよう関係部署と協議していくこととした。感染対策チームで適時ラウンドを実施し環境整備ができているかを確認し、継続的な整備ができるよう指導する。

ペーパータオルの設置については、一部病室にペーパータオルが設置されていないことから、感染対策上手指衛生が必ず必要な患者の病室にはペーパータオルを必ず設置していくこととし、全病室への一斉設置については、多額の費用がかかることから来年度以降に予算措置していく予定である。

空調の清掃については、引き続き埃等で汚れていないかチェックするとともに、定期的に清掃していくこととした。また、点滴台周辺の物品配置については、点滴台の点滴作成時に使用する手袋やマスク等の物品は、作業効率が適切なものとなるよう点滴台の上やカートなどに必要な物品をセットすることとした。

次に、点滴台周辺のスペースにメディカルペールが置かれているとの指摘について、メディカルペールは、病棟ではナースステーションと汚物処理室に設置しており、ナースステーションでは点滴台の周囲にメディカルペールを設置しているが、医療法の立ち入り検査時の指導に従い、点滴台から一定の距離をおいて設置している。また、看護師には湿性生体物質等に汚染された器材等による交差感染が起きないように清潔・不潔の動線を分けるよう指導する。しかし、メディカルペールには、実際、注射針や使用した个人防护具、血液の付着した点滴ルートなどを廃棄しており交差感染が起こる可能性があることから、ナースステーションに設置しているメディカルペールには、湿性生体物質で汚染された点滴ルートや个人防护具は一切破棄しないこととした。湿性生体物質などに汚染された物はすべて汚物室に設置されているメディカルペールに廃棄し、メディカルペール付近に分別を徹底する旨のポスター等を感染対策チームで作成し貼付するとともに、ラウンド等で実際に分別ができているか確認し、必要時には指導していくこととした。なお、今年度中に、メディカルペールの撤去の可否も含め管理方法の見直しを行う予定である。

薬品冷蔵庫内の分別の徹底と温度管理については、薬品冷蔵庫内の内服、注射、外用薬について明確に区分けすることとした。また、冷蔵庫の温度表示が正しいか確認できるようにするため、冷蔵庫内にも温度計を設置することとした。

観賞用鉢植えについては、病棟ナースステーションのカウンターなどに観賞用の植物が置かれていたが、易感染性の患者が入院して

いることから、植物などは置かないこととした。また、お見舞いのために持ち込まれる花などについては、すみやかに自宅に持って帰るよう患者に協力を依頼することとした。

[調査チーム]

病棟の汚物室に廃棄するとの取り組みに関して、理想的には良いと思うが、実際に運用上の問題はないか。

[事務局]

既に撤去した病院の話しでは、実際に撤去してしまっても習慣化されれば適切に分別ができているとのことであったので、その意見を参考に検討し、実施することとした。

[委員]

カミソリやハサミの管理については、共通・共同で使う洗面台に、個人用のカミソリやハサミは持ち込まないということで、これは感染問題ではなく医療安全の問題となるが、カミソリ等の持ち込みが問題を起こすこともあるので、売店にはカミソリなどを置かないこととしている病院もある。持ち込みも禁止している。

報告による様々な危ないものが置かれているので、医療安全の観点から管理をした方が良いと思う。

清拭タオル保温車については、使わない方向でとのことであるが、これについて無くしてしまうということか。

[事務局]

理想的には完全に廃止してディスポタオルすれば良いが、実際には経費がかかることから、バシラスなどの菌が発生しアウトブレイクの事例もあったということが文献でも確認されているので、まず第一段階として、いきなり廃止はせず、基本的には使用する日に乾燥したタオルから必ず使用し、清拭が終了した段階で清拭車は必ず空にして保管することとした。使用しなかったものについては、必ず洗濯に出すという対応としている。また、今年度中に清拭タオルや清拭車をどうしていくかについては、関係部署と検討する。

[委員]

予算や手間が大変であるが、感染の原因となり得るものなので適切な対応をお願いします。

[調査チーム]

看護師の手洗いは、時間や手順も適切であったが、医師については、時間も短く手順も簡略化されたものであった。手指衛生を実施するからには実効性が伴わなければならないので、実施率に加えて実効性を担保するよう、引き続き指導をしていただきたいと考える。

防護具に関しては、実際にどうやって付けて、どうやって外すか、手袋を最初に外してからという順番があるが、リンクナースは必要

なときにそのセクションで自らが見本となっていくなど、仕事をしながら教えるというのが一番効率が良いと思うので、リンクナース教育を引き続き推進していただきたいと考える。

続いて経路別の予防策として、経路別の予防策にプラス α の標準予防策が必要となってくるケースもあるので、そういう策をとる場合は、患者に係わる全ての職種が簡単に情報を共有する必要がある。ある病棟ではネームボードに標準予防策が必要という記載があったり、違う病棟ではそれがホワイトボードであったりするので、どこを見れば良いのか統一した方策が必要である。全病棟で全職種が共通した情報を共有する方策を確立していただければと思う。

風疹や麻疹、水痘、風疹、流行性耳下腺炎に関する対応マニュアルを整備してもらいたいと思う。

次に術後創感染予防については、マニュアルに規定されており問題はない。

医療器材の管理に関しても、特段問題はないが、サーベイランスの結果を見直しにつなげていただければと思う。

人工呼吸器の回路の交換や点検については、ME センターで管理しているとのことで、安全管理を担保する上で非常に有効であると考えられる。

洗浄・消毒・滅菌については、浸漬消毒は行われているが、物が浮かんだ状態となっていた。液に漬かっていないところは消毒効果が得られないので、消毒交換が必要にならないような業務化を進め検討いただければ業務の簡素化につながると思う。

使用後の鋼製小物、血液が付着しているハサミなどは、血液が固まると洗にくいということがあり、病棟で一時洗浄しているが、病棟での一時洗浄は体液曝露のリスクが高まるので、病棟での一時処理は省いて、中央材料室で集中的に消毒管理する方向で検討いただければと思う。

内視鏡センターは、非常によく管理されており、消毒液の管理から全てチェックされていた。非常に素晴らしいと思った。あえて要望するとすれば、内視鏡はいろいろな診療科で使用するが、できれば中央化し一括管理できるようにすると安全性が向上すると考える。

次に医療廃棄物であるが、特段問題はない。

微生物検査室では、安全キャビネットのメンテナンスや、HEPA フィルター交換の定期的な実施ができる体制を整えていただければと考える。また、ダンボール類が床に近いところに置かれていたおり、日常的な環境整備の必要性が見られたので、職業感染の醸成という観点からも改善が望まれる。

その他では、水飲み場に冷水機が設置しているが、定期的なメンテナンスと水質確認の実施、その実施記録管理が必要と考える。

[事務局]

感染対策は全ての職員で実施するものであり、看護師ばかりではなく医師にも手指衛生の実施が必要であることから、院内感染防止対策委員会・感染対策チームに所属する医師には率先して現場の医

師に指導していただくこととした。

経路別予防策で、感染症患者の情報の共有方法が統一されていないとのことについては、感染症に関する情報を統一するため、年度内に院内感染防止対策マニュアルに経路別予防策の表示に関する項目を作成して、院内に周知し統一できるようにしていく。

医療器材の管理におけるサーベイランスについては、引き続きデータを活用して、見直しを実施していきたいと考えている。

洗浄・消毒・滅菌のスポンジやタワシの管理については、スポンジ等は使用したら洗浄し乾燥できるよう保管することとなっているが、交換の時期については明確になっていなかったため、交換時期を使用開始後 1 週間とし、汚染がひどい場合にはすぐに交換することとした。また、使用後は洗浄し固く絞って、吊るして乾燥できるよう保管することとし、今年度中に、スポンジの代替品やコストなどを検証し、スポンジを廃止するか、使い捨てにするか検討する。

使用後の鋼製小物の病棟での一時洗浄については、廃止することとした。使用後の機材については凝固防止剤を塗布した後に、蓋つきの箱に入れ一時保管し中央滅菌室に搬送することとした。

微生物検査の安全キャビネットのメンテナンスについては、可能であれば予算処置し、メンテナンスを実施することとした。なお、今年度実施できない場合には、来年度実施することを検討する。また、ダンボール類が床に直接置かれているなどの日常の環境整備については、段ボールを直接床に置かないよう職員に対して、再度注意喚起を行った。また、一時的な保管のために段ボールを使用する場合は、床に直接接触しないよう台を設置することとした。感染対策チームでラウンドを実施し、実際に環境整備ができていのかどうか継続して確認することとした。

その他の水飲み場の冷水機の定期的なメンテナンスと水質確認については、チェックリストを作成し残留塩素の測定を含めた定期的な点検を行うこととし、点検結果は、事務局(施設担当)で保管することとした。

[委員]

標準予防策の医師の手洗いについては、どこの病院でも指摘されることである。病棟の患者の病室を出入りするときに必ずアルコールで手指消毒をするように言っても、実施している医師が少ないのが現実である。定期的に手洗い未実施者のチェックをするなどが必要と思われる。個人名を挙げないと実施されないところもあり、ある大学では、感染担当の先生が全ての教授の手洗い状況を一覧表に作成し実施を促したとのことである。しかし、それもしばらく経つと元に戻ってしまい院内感染の原因になってしまうとの話があった。これはどこの病院でも難しい問題と考える。

洗浄・消毒・滅菌では、医療関係者の感染を防ぐという視点でいくつかの新しい方策を行うというのは非常に良いことであると思う。

内視鏡の管理は、中央管理化すべきであると言われているが、消化管内視鏡だけであれば中央管理化も可能と思う。いろいろな診療

科を含めた場合には非常に難しく、また、予算も非常にかかることとなる。中央化することで必要台数が数倍に増加し、加えて洗浄用の器材も揃えなくてはならなくなる。

現実的には消化管内視鏡を中央管理化して、それ以外は各科で保管し、洗浄機を購入して複数台で行うのが一番良いと思う。

[事務局]

消化器と呼吸器の内視鏡については、内視鏡室で全てを一括洗浄・消毒をしている。泌尿器科、耳鼻科でも使っているが、人員等の制約があって各外来看護師が、内視鏡室看護師の指導を受けながら洗浄・消毒をしている状況である。

[委員]

洗浄機を使っているのか。

[事務局]

自動洗浄機で行っている。

[委員]

その方法が一番現実的であると思う。

その他の清掃業者が管理している物品の取扱いについては、病院側から指摘しても徹底されない部分もあり、どこの病院でも苦労していると思う。

感染対策については、これで検証を終了する。

(感染対策 検証終了)

【結果：感染対策は、調査チームから指摘・要望された 56 項目の改善及び参考・引用文献の表記方法の統一化（団体名、発行年月日、最新化など）を進めることとし、検証を終了する。】

イ 生理・検体等検査関係業務

調査チームから、調査報告書について説明。

[調査チーム]

生理検査部門については、マニュアルの表紙の作成日が異なっていたところがあったので、修正をお願いします。

心電図の検査については、前回値をチェックするために、MUSEシステムから前回値を表示する点では、一手間かかっているような印象はあるが、現行システムの運用では、チェック機構に問題はなく、うまく運用されていると思う。

呼吸機能検査については、フィルターを滅菌後に再使用しているということがあるが、感染対策の観点から、基本的には可能なものはディスプレイすることが望ましいと思われる。

検査室は全体的に整理整頓がされており、電源コードや障害物な

どがないよう配慮されているが、検査用ベッドは移乗があるので、可能であれば電動ベッドの導入が望まれる。

医療事故防止マニュアルについては、本質的な問題ではなく、一部に誤字あったので、修正をお願いします。

各マニュアルについて内容的な問題はないが、マニュアルはいつ作成され、誰が承認したのかということは重要であり、文書の作成者・作成日および承認者・承認日を確認できるような書式が望まれる。

精度管理は、内部・外部を含め、実施にあたって記録の保持は当然であるが、不具合が生じた際の対応として、各検査室内で具体的な事例に対してどのように対応するかの策を構築することが望まれる。

機器の保守にあつては、先程と同様、記録は当然に必要であり、実施者と実施日を記入できる様式を用いて機器の管理を行っていただけだと思う。

検査データでパニック値を報告する手順書はできているが、その際に診療科へパニック値を報告したという記録は検査室内で保管し、その報告に対してどのようにレスポンスがあったかを含めて記録することを勧める。

検体・細菌検査オーダ運用フローがあるが、メーカーが提示した書式のままのためにわかりにくい。マニュアルは誰が見ても、特に新人が来たときも同じ操作でできることが重要でなので、共通認識ができるようなマニュアルを、できれば独自のマニュアルがあっても良いのではないかと思う。

全体を通して、手順書等はかなり整備されており、特に何か足りないというものはない。

問題は如何に作られた手順書が実際に運用できるかであり、検査が変更になった場合に、検査室の職員はもちろん、全職員に周知徹底をしなければならないので、その周知徹底の方法と記録をどのように行っていくか検査室内でのルール作りが必要と感じた。

[事務局]

生理検査部門のマニュアルの表紙の作成日については、速やかに修正した。

心電図検査の前回値をチェックするためのシステムについては、電子カルテ導入時より、心電図検査については MUSE システムを導入した。過去のデータに対して前回との比較が速やかにできるようになっている。問題があればさらに過去の検索もできるようになっている。心電図変化が、このシステムを導入してから非常にわかりやすくなっており、医師も即時に見れるようになっている。

これからも同様なチェック機構をしていきたいと思う。

呼吸機能検査のフィルターについては、滅菌後再使用していたが、2013年3月に実施されてから、感染対策面から滅菌再生ではなく、患者ごとにディスポーザブルに変更した。

電動ベッドについては、現状では、電動ベッドの購入は難しいた

め、院内にある使用していない電動ベッドの活用も検討したが、サイズが小さく移動ができないことから、超音波検査に使うには不適當ということで断念した。なるべく早い時期に購入できるよう働きかける一方で、購入できるまでは、検査室医療事故防止マニュアルに記載されているように、患者の移動時には技師が付き添い、必要に応じて介助して、安全にベッドへの移動をするよう注意を払っていく。

マニュアルの誤字は修正した。文書の作成者・作成日及び承認者・承認日を確認できる様式については、院内感染対策マニュアル、医療事故防止マニュアルは、各委員会の承認を得ている。しかし、院内全体の問題ともなるが、書式として残していないので、今後院内で統一していきたいと思う。検査室内の業務マニュアルは、作成日と作成者を記入した。

精度管理の外部精度管理調査については、年間 3 回ほど実施しているが、現行の精度管理調査では A 又は B 評価を得ることが望ましいとされており、得られなかった項目は、原因と対策を記録する検査室共通の様式を 6 月に作成したので、平成 25 年度分から記録する。毎日行っている内部精度管理は、不具合が生じた際の対応について、部門ごとの業務マニュアル中に追加記載するよう周知する。

機器の保守について、今まで記録様式のなかった分析機は新たに様式を作成し、6 月中旬から記録をつけている。

パニック値の報告は、検査室共通の様式を作成し、平成 25 年 6 月 5 日分から記載を始めた。

検体・細菌検査オーダ運用フローがわかりにくいとの指摘については、フロー図を活かす中で、検査部独自で作成した検体到着からのフロー図を付け加え、検査の流れ全体を理解できるようにした。

手順書等の職員への周知徹底方法については、検査室では検査方法等の変更で、検査室職員だけに関係することは、回覧文書を作り全員が確認している。また必要に応じて検査室内の勉強会を開催し職員が身に付けるようにしている。検査室以外の職員に関連し徹底させる必要のあるものについては、院内メールを送信し、かつ文書でも知らせしている。今後は、院内 HP 内に検査室からのお知らせや情報を掲載し、院内の職員が閲覧できるような仕組みを作る準備している。

[委員]

災害時のマニュアルの勤務時間外に災害が発生した場合の職員参集の規定が、震度 5 以上の地震となっている。東日本大震災の場合も甲府市では震度 5 強の揺れがあったが、特に大きな被害は無かったことから、参集基準を震度 6 以上に修正した病院等もある。

市立甲府病院では、どのように考えているか。

[事務局]

院内全体の災害対策マニュアルの見直しが計画されているので、検査室の災害時マニュアルもその方針に従った形で検討する。

[委員]

検査の更新日付が問題になっているが、表示が月だけとなっている。例えば 2011 年 5 月となっているが、日にちまで表示すべきであると思う。

[調査チーム]

手順書の内容が改定された場合、何がどのように変わったかという更新履歴がほとんどないので、改訂履歴をきちんと残す必要がある。いつ何がどのように変わったかということが全ての手順書に必要と思う。

[委員]

検体・細菌検査オーダ運用フローや画像生理検査オーダ運用フローについては、マニュアルとして採用するのか、参考資料として採用するのかどちらなのか。

[調査チーム]

メーカーから提示されているものは参考資料として取り扱うこととしている。その資料を基にして独自のマニュアルを作っている。メーカーから提示されたものをそのまま使える場合もあるが、できればメーカー提示のものは参考資料にした方がよいのではないかと思う。

[委員]

感染対策でも指摘があったが、文献がほとんど記載されていない。

[調査チーム]

一つひとつの検査項目について標準作業手順書を作ると、当然それに対する引用文献や参考図書などが全て出てくると思う。それらは手順書につけて作るべきであると思う。また、機器に関しても若干参考図書などがあると思うので、ある場合は表記した方がよいと思う。

[委員]

外注に関してのマニュアルを作る必要はあるか。

[調査チーム]

今回指摘はしていないが、本来は外注に関するマニュアルも作った方がよいと思う。

[委員]

外注に関しては、毎年、項目が変わるとともに外注項目も多いので、あらかじめ雛形を作り、今年度は何を外注するかを決めるというような方法はどうか。

[事務局]

外注に関するマニュアルを作成していなかったため、今後検討する。

[委員]

臨床を行っているため外注項目は非常に重要である。

病理検査マニュアルで、例えば他院から紹介されてきた患者が検査標本プレパラートを持ってきた場合に、市立甲府病院では診断をするか。

[事務局]

行っているとは聞いていない。

[委員]

セカンドオピニオン的に来院し、診断をして欲しいという場合がある。診断をする病院もあるが、その場合、病理プレパラートに関しては、後で返却するようなものは証拠が残らないことから行わないこととしており、全部寄贈されるものだけを診断するとのルールを決めている。あるいは無染色のプレパラートを借りてきて追加で染色するなどがある。今後、こうした依頼は増えてくると思う。

生理検査部門は、いくつか指摘された点があるが、このまま精度管理等に努めていただきたいと思います。文献については記載する方がよいと思う。改訂についても年月日を表示すること。業者作成のマニュアルについても使いやすければ良いが、比較的使いにくそうなものは独自のものを作成していただければと思う。

(生理・検体等検査関係業務 検証終了)

【結果：生理・検体等検査関係業務は、調査チームから指摘・要望された 11 項目の改善及びマニュアルへの参考・引用文献の表記、改訂履歴の作成、運用フローの再考、外注マニュアルの作成を進めることとし、検証を終了する。】

(2) 今後日程について

[事務局]

本日をもって予定した検証作業を一通り終了した。

今後、本日の第 5 回の分と過去 4 回分についても、指摘事項に対する対応状況について直近の内容に修正し、5 回分をまとめて委員に報告し、その後公表していきたい。

3 閉会・院長あいさつ

第 1 回目の「医療事故防止マニュアルの総論」にはじまり、本日の「感染対策」と「生理・検体等検査関係業務」まで、医療安全の多岐にわたり詳細な検証をいただいた。

RI 検査問題の把握以降、再発防止に向けて課題への対応や体制の再構築を図ってきたが、当検証委員会からの指摘により改めて多くのことを気付かされた。

患者様の信頼を確固たるものとするために、全ての病院職員が医療安全への意識を更に高め、日々の業務の中で実践していく。

医療安全体制等検証委員会 第5回委員会 決定・指摘等事項

〔決定事項〕

- 1 感染対策は、調査チームから指摘・要望された 56 項目の改善及び参考・引用文献の表記方法の統一化（団体名、発行年月日、最新化など）を進めることとし、検証を終了する。
- 2 生理・検体等検査関係業務は、調査チームから指摘・要望された 11 項目の改善及びマニュアルへの参考・引用文献の表記、改訂履歴の作成、運用フローの再考、外注マニュアルの作成を進めることとし、検証を終了する。
- 3 本日の第5回分と過去4回分の指摘事項に対する対応状況について直近の内容に修正し、5回分をまとめて委員に報告し、その後公表する。

〔指摘・要望事項〕

- 1 感染対策
 - 調査チームによる 56 項目の指摘・要望事項は、別紙「指摘等事項に対する対応状況一覧<感染対策>」を参照。
- 2 生理・検体等検査関係業務
 - 調査チームによる 11 項目の指摘・要望事項は、別紙「指摘等事項に対する対応状況一覧<生理・検体等検査関係業務>」を参照。

医療安全体制等検証委員会に係わる活動実績(H24.7.17～H25.7.9)

- 1) H24.7.17(火) 17:00～ 市立甲府病院 第一会議室
委員委嘱式及び第1回委員会
 - (1) 委員及び職員紹介
 - (2) 委員会の目的等の説明
 - (3) 委員長の選任
 - (4) 委員長あいさつ
 - (5) 副委員長の指名
 - (6) 議事
 - ア 会議の公開・非公開について
 - イ 市立甲府病院の概要について
 - ・病院の概要
 - ・医療安全体制、医療事故防止マニュアルの概要
 - ・医療安全の活動実績
 - ウ 今後の進め方について
 - エ 次回の開催について
- 2) H24.8.2(木) 11:00～
院内視察 堀越芳昭委員
- 3) H24.8.20(月) 15:00～
調査チーム 現地調査 「放射線関係業務(放射線診断部門)」
- 4) H24.8.22(水) 11:00～
院内視察 田邊 護委員
- 5) H24.8.23(木) 15:00～
調査チーム 現地調査 「放射線関係業務(核医学部門)」
- 6) H24.8.29(水) 15:00～
調査チーム 現地調査 「放射線関係業務(放射線治療部門)」
- 7) H24.9.27(木) 17:00～ 市立甲府病院 第一会議室
第2回委員会
議事
 - ア 医療安全体制の検証
 - ・放射線関係業務
 - ・医療事故防止マニュアル「総論」
 - イ 次回の開催について

- 8) H24.10.4(木) 13:30～
調査チーム 現地調査 「薬剤関係業務」
- 9) H24.10.23(火) 9:00～
調査チーム 現地調査 「病棟業務等」
- 10) H24.10.31(火) 10:00～
調査チーム 現地調査 「手術室業務」
- 11) H24.11.21(水) 9:40～
調査チーム 現地調査 「手術室業務」
- 12) H24.12.20(木) 17:00～ 市立甲府病院 第一会議室
第3回委員会
議事
ア 医療安全体制の検証
・ 薬剤関係業務
・ 手術室業務
・ 医療事故防止マニュアル「総論」
イ 次回の開催について
- 13) H25.2.27(水) 17:00～
調査チーム 現地調査 「生理・検体等検査関係業務」
- 14) H25.3.19(火) 17:00～ 市立甲府病院 第一会議室
第4回委員会
議事
ア 医療安全体制の検証
・ 病棟等業務
イ 次回の開催について
- 15) H25.6.3(月) 10:00～
調査チーム 現地調査 「感染対策」
- 16) H25.7.9(火) 17:00～ 市立甲府病院 第一会議室
第5回委員会
議事
ア 医療安全体制の検証
・ 感染対策
・ 生理・検体等検査関係業務
イ 次回の開催について

市立甲府病院医療安全体制等検証委員会 委員名簿

| | | |
|------|--------|--------------------|
| 委員長 | 武田正之様 | 山梨大学 医学部長 |
| 副委員長 | 松下由美子様 | 山梨県立大学 看護学部教授 |
| 委員 | 堀越芳昭様 | 山梨学院大学 経営情報学部非常勤講師 |
| 委員 | 田邊護様 | 柳町法律事務所 弁護士 |

市立甲府病院医療安全体制等検証委員会設置要綱

平成24年7月17日

甲病第2号

(趣旨)

第1 ラジオアイソトープ（R I）検査において、日本核医学会の推奨投与量を越えて放射性医薬品を使用した問題を契機として、市立甲府病院における医療安全体制全般を客観的視点から評価・検証し、その結果を反映させることで医療安全に係る体制の再構築と向上を図るため、市立甲府病院医療安全体制等検証委員会（以下「委員会」という。）を設置する。

(所掌事項)

第2 委員会は、次の各号に関する事項の評価及び改善策を協議し、その結果を病院長に提言する。

- (1) 組織面及び運営面における安全管理体制に関すること
- (2) 安全管理教育に関すること
- (3) 医療事故、ヒヤリハットへの対応に関すること
- (4) 医療事故防止マニュアルに関すること
- (5) その他医療安全に関して病院長が要請するもの

(組織)

第3 委員会は、委員4名をもって構成する。

- 2 委員は専門的知識を有する者の中から、市長が委嘱する。

(委員の任期)

第4 委員の任期は、委嘱の日から2年間とする。ただし、再任は妨げない。

- 2 補欠委員の任期は、前任者の残任期間とする。

(委員長等)

第5 委員会に委員長及び副委員長各1名を置く。

- 2 委員長は、委員の互選で選任し、副委員長は委員のうちから委員長が指名する。
- 3 委員長は、委員会を代表し、会務を総理する。
- 4 副委員長は、委員長を補佐し、委員長に事故等があるときは、その職務を代理する。

(会議)

第6 委員会の会議は、委員長が招集し、その議長となる。

2 会議は、原則として公開する。ただし、委員会が公開すべきでないと判断した場合は、会議の全部又は一部を公開しないことができる。

3 前項ただし書きの規定は、委員長が委員の同意を得てこれを決定するとともに理由を明らかにする。

4 会議の結果については、その概要をプライバシーに充分配慮しながら、市立甲府病院のホームページ上に掲載し公表する。

(委員以外の者の出席要請)

第7 委員会は、必要があると認めるときは、委員以外の専門的な知識を有する者に対して会議への出席を求め、意見若しくは説明を聞き、又は必要な資料の提出を求めることができる。

2 出席者の選定及び出席の要請は、委員長が委員の同意を得てこれを行う。

(守秘義務)

第8 委員は、委員会の職務に関して知り得た情報を他に漏らしてはならない。この場合において、委員の職を退いた後も同様とする。

(庶務)

第9 委員会の庶務は、市立甲府病院事務局総務課が行う。

(その他)

第10 この要綱に定めるもののほか、委員会の運営に関し必要な事項は、委員長が委員会に諮って定める。

附 則

この要綱は、平成24年7月17日から施行する。