

## 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ため、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ため、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ため、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をお、KYT(危険予知トレーニング)をお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おうとか、ヒアリングに参加してもらお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おう。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お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行く予定である。

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 本残っているので、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と思う。

[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入室する。」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りが出ていますが、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る。

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。