

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。