

令和 4 年度 医療安全監査後の改善報告

令和 5 年 1 0 月 5 日

千葉県立佐原病院

千葉県立佐原病院医療安全監査（令和 4 年 1 1 月 1 0 日）を受け、指摘を受けた事項について、改善状況を報告します。

1. 医療安全管理体制の確立（ガバナンスの確保）

(1) 組織体制について

患者・家族からの相談については、相談窓口が分かりやすく設置されており、入院案内（パンフレット）や医療安全ポケットマニュアル等での文書案内が行われている。一方で、それぞれ表記されている相談窓口の名称が異なるため、相談者が迷わないように統一した名称にする必要がある。

【改善状況】

- 相談窓口の看板と掲示、入院案内、ポスターの名称を「患者相談室」へ統一し、表示を変更した。また、医療対話推進者の業務指針の内容を確認し、患者家族支援体制を確保するための働きかけについて、スタッフへの周知をはかっている。

(2) 医療安全管理体制と権限について

医療安全管理室長、医療安全管理者の責務及び権限について、医師への周知、浸透が弱いと感じる。再度浸透される努力をされたい。

【改善状況】

- 現在、医師への周知方法、ガバナンスの確保について検討している。

医療安全に関する組織体制について、認識の乏しいリスクマネージャーがおり、現場の医師の理解が乏しい。

【改善状況】

- 医師への情報共有が課題となるため、各科のリスクマネージャーの役割、医局スタッフへの周知方法について検討している。

2. 医療安全管理活動

(1) 平常時における医療安全管理活動

薬剤部においては、疑義照会等についても積極的にインシデント報告されるとよい。

【改善状況】

- 薬剤部において、疑義照会もインシデントレポートであり、病院業務の一部であるということを確認した。現在薬剤部で掌握している疑義照会報告のうち、特に照会なく実施された場合、患者への影響が出ると予想されるものについて、インシデントレポートとして報告してもらうように働きかけている。

検体ラベルに生年月日が印字されていないことから、採血時及び検体管理中の患者確認に余分な業務が発生している。改善を検討されたい。

【改善状況】

- 検体ラベルに ID、患者名、生年月日を印字できるようシステム変更を行った。検体確認時はラベルに印字されている 2 つの識別子を照合し、確認できるようになったことで、業務負担が改善された。

口頭指示の受け方について課題がある。『復唱』と『読み返し』の違いが教育されておらず、ある病棟での指示メモは、ポケットマニュアルと異なるものが使用されている。院内全体としての見直しが必要である。

【改善状況】

- 院内共通の口頭指示票に 2 つの識別子を記載する欄を追加し、院内共通の「口頭指示確認票」として、再周知した。使用した口頭指示確認票を回収し、使用方法の問題がないか等の検証している。

臨床検査データのパニック値は適切にノートで管理されているが、可能ならオーダー医師への報告までに要した時間も記載するとよい。また、放射線画像、超音波検査・生理検査等のパニック値を定め、ポケットマニュアルに掲載されたい。さらに、パニック値を発見した医療者が 10 分以内にオーダー医師に伝達できる仕組みを構築されたい。

【改善状況】

- 臨床検査データのパニック値について検討、緊急性のある項目を定め、直接オーダー医師へ連絡するルールとした。その他の項目については、オーダー医師がカルテ画面でパニック値を確認完了するまでの時間をチェックしている。放射線画像、超音波検査・生理検査等のパニック値については、検討中である。

SBAR（情報伝達ツール）についてポケットマニュアルに掲載されているが、その意味についてヒアリング対象者の 70 %が正確に答えられないか、知らなかつ

た。適切に教育されたい。

【改善状況】

- 新採用者を対象に行っていた SBAR 研修に加え、今年度は全職員を対象にチーム STEPPS 研修を企画し、再周知を予定している。

外科系医師の中に強い Disruptive Behavior（怒鳴る、嫌味を言う、恫喝する、罵倒する）が目立つ医師がいることが推認される。Disruptive Behavior は患者の安全を阻害することが指摘されており、早急な対策が必要となる。まずは、インシデント・オカレンス報告基準の中に Disruptive Behavior を含めること、更にチームスキルトレーニング（チーム STEPPS 等）を導入すること（威圧的権威に依らないマネジメント）を検討されたい。

【改善状況】

- インシデント・オカレンス報告に「患者安全を阻害する因子」を追加し、適宜報告をあげてもらい医療安全管理室で事実確認を行っている。同様の報告が複数あがるなど、Disruptive Behavior に該当する職員については、3局で共有し、所属局長より面接を行っている。また、全職員を対象にチーム STEPPS 研修を企画し、継続的にチームスキルトレーニングを行っていく予定である。

ハイリスク薬 14 分類はマニュアルにも適切に指定・定義され、運用されていることが確認できた。ただし、周知度が低く、表示は薬剤部内のみで病棟の定数薬にはハイリスクの表示がない。

【改善状況】

- ハイリスクに指定されている薬剤について、病棟薬剤師を中心に病棟での周知方法を検討している。

日本医療安全調査機構の提言などについて、リスクマネジメント部会で共有し、ニュースやメール等で周知を図っているが、ヒアリングやラウンドでは、ヒューマリン 10 単位 = 0.1ml や 6 R について、十分周知されているとは言い難い現状が見て取れる。周知と理解を期待する。

【改善状況】

- 電子カルテ内でどこでも確認できるようシステム変更を行い、医療安全情報の院内への周知につなげている。医療安全セルフチェックなどで定期的に知識チェックを行い、スタッフへの周知や理解を深めている。

閉創時のタイムアウトの際、執刀医の手が止まらないことがある。

【改善状況】

- 執刀医主導でタイムアウトを行うことをマニュアルに明記し、手術室チームで共有した。

目標はできるだけ分子分母を用いた数値指標とするとよい。

【改善状況】

- ポケットマニュアルの記載方法について検討している。

(2) アクシデント発生時の医療安全管理活動

事故性の判断を行う 会議の議事録に、『医療起因性』と『予期性』について、それぞれ根拠とともに明記されたい。

【改善状況】

- 科内カンファレンス、部署カンファレンスでの事例検討について、共通の検討事項に沿って評価できるよう評価項目を作成した。また、医療安全管理委員会での検討時は、医療起因性をどのように判断したか、予期性の有無をどう判断したかについて、検討し、議事録に残している。

アクシデント等に当事者となった職員のケアについて、全職員への更なる周知を図り、より相談しやすい環境や体制を構築されたい。

【改善状況】

- カウンセラーへの相談方法について、ポケットマニュアルで全職員へ周知をはかった。

(3) 院内救急体制の実際について

救急カート内の医薬品について、使用頻度の低い薬剤の定数配置の見直し等をワーキンググループ等で検討する必要がある。また、夜間薬剤師が不在のため、病棟の定数薬剤が大変多い。過去の使用実績をもとに、適切な定数配置を再検討されたい。

【改善状況】

- 必要時にすぐ使用できるように施錠管理を廃止した。施錠管理の廃止に伴い向精神薬を削除するなど救急カート内の医薬品、定数について見直した。また病棟内の定数薬剤については病棟薬剤師に協力を依頼し、定数の見直しを図った。運用状況については毎月 5 S ラウンドで評価を行っている。

二次救命処置の教育は、看護師一部にのみ実施されるにとどまり、貴院の教育体制が整っているとは言えない。

【改善状況】

- 二次救命処置研修等については教育部門と協同し、検討する予定である。

3. 患者の権利保障の取り組みについて

待機手術における他職種の IC 同席は 100 %を目指して欲しい。また、同席の意味・意義・考え方（単なる記録係や、医師の説明の補助ではなく、医師の説明内容は適切か、選択肢が提示されているか、患者家族が大事なポイントを理解できているか等について、批判的吟味を行う）について他職種への教育・研修の充実を望む。

【改善状況】

- インフォームドコンセントにおける看護師の同席基準について、再周知を行った。電子カルテ内へ記録する際、確認ポイントを共通項目として入力できるようワードパレットの活用を推奨している。今後の研修企画等については教育部門と調整しながら検討する。

医師による説明内容の標準化・患者の自己決定に必要な情報の説明漏れを防ぐといったひな型作成の目的を理解し、ひな型を用いることが病院としての患者の権利保護の意思表示であるという認識を持って取組んで欲しい。

【改善状況】

- 説明内容の標準化をはかり、患者の自己決定を支援できるよう、IC文書（手術・処置）ひな形を作成した。新規作成の文書については、必要な情報の説明漏れを防止できるようひな形に沿って作成し、既存文書についても順次修正をはかっている。

化学療法等、内科診療の IC においては、治療計画のフローチャート等を示し、全体の治療計画や、自身が治療のどの時点にいるのかを患者が理解できるように介入して欲しい。

【改善状況】

- クリニカルパス導入を検討しており、今年度中に運用が開始できるよう準備中である。

セカンドオピニオンについて、希望した患者数、実際にオピニオンを受けた患者数等、実績調査をされたい。

【改善状況】

- 実績調査方法について検討中である。

4. 高難度新規医療技術等導入のプロセスについて

高難度新規医療技術を導入する際の申請・審議体制、管理部門の設置が急務と考える。腹腔鏡手術、内視鏡、心臓カテーテル等、短期間での技術的進展が予想される診療もある。導入予定の有無とは関係なく、病院全体での審査システムの構築が必要である。

【改善状況】

- 現在検討中である。

1 %ピオクタニン液に関する発がん性が近年指摘されているにもかかわらず、安全であるとの記載があり、見直しが必要な項目が確認された。

【改善状況】

- ピオクタニン液は院内廃止とした。

5. 事故防止策の実際について

遠隔画像診断の報告書の確認漏れを防ぐため、当直医や主治医による読影結果の確認の有無をチェックしているが、フロー通りに、副当直医や診療部長の最終チェックが実施されていないケースが見受けられる。

【改善状況】

- 遠隔画像診断の運用方法については、非常勤医師、常勤医師で共通認識が図れていない現状があり、オーダー医の確認までに時間を有しているケースがある。フローに沿った運用が行えるよう、ルールの再周知をはかる予定である。

麻酔用鎮痛薬の持続使用について、マニュアルの整備・見直しはされているが、呼吸抑制時における中和拮抗薬に関する取組みが乏しい。院内全体で協議され検討されたい。

【改善状況】

- 事例について全職員へ再周知を行った上で、救急カートへ中和拮抗薬（ナロキソン）を配置することとした。今後も周知をはかり活用できるよう整備する。

6. 感染対策の実施状況

(1) 感染対策の組織体制について

感染防止対策加算における相互チェックで、他の医療機関から指摘された内視鏡の一元管理等について、検討や明確な改善が認められないため、早急に改善に取り組んでもらいたい。

【改善状況】

- 内視鏡の一元管理を行うための人員確保が困難である。一方、内視鏡の安全な管理は必要であり、CE が中心となり洗浄機や内視鏡の定期的な確認ができる体制整備を進めている。

(2) ICT(感染対策チーム)活動、AST(抗菌薬適正使用チーム)活動の評価について

看護師の業務負担が大きい。また医師や検査技師、薬剤師も主の業務の傍らで行っているため、現状の医療法、診療報酬上で求められている業務量に見合っていない。事務職員の配置などを早急に検討し、各職種が本来すべき業務に専念できる環境を病院として整える必要がある。

【改善状況】

- 医療安全管理室に、事務担当として看護補助者が10時間/週が配置された。データの入力や資料の印刷等を依頼できるようになった。

感染対策マニュアルを職員が見やすく活用しやすくする工夫が必要である。また、ASTも同じマニュアルに含めることも検討されたい。

【改善状況】

- 感染対策マニュアルの全改訂を実施中である。感染対策指針、委員会規約、抗菌薬適正使用マニュアルも含め、書式、表現等の統一も含め整備している。

感染対策研修については、計画的に実施し、実施記録を取り、数値化された実績を評価していくことが必要である。

【改善状況】

- 感染対策の研修は、年間計画を基に実施している。年間通しての個人の参加状況や全体の参加率を含め、研修評価を行っている。また、ICCにおいて研修報告も実施している。

ASTの活動実態は医師および薬剤師であることが確認されたので、実態に即して、専従登録は薬剤師または医師とし、活動実態に合わせた変更の必要がある。

【改善状況】

- 現状では、薬剤師から専従を選出することは困難である。薬剤師の専従登録に向けて、薬剤部の人員確保の要望を行っていく。

(3) 標準予防策の実施状況について

病棟や外来での个人防护具の設置方法が、ホルダーが不足しているなど適切ではなかったのを改善されたい。

【改善状況】

- PPEホルダーの希望数（215個）の購入依頼を行い、現在、病棟を中心に半数が納品されている。残りは、10月中に納品予定である。PPEの設置場所等については、ラウンド時に確認している。

ラウンドで確認した部署は整理整頓が不十分で、管理者が自部署の清潔・不潔のゾーニングを的確に回答できなかった。ICT看護師は医療安全看護師と共に院内巡回の活動時間を増やすなど、院内の5S活動に積極的に取り組んでもらいたい。

【改善状況】

- 2023年4月より、病棟を対象に、医療安全・感染対策ラウンド（5Sラウンド）を1回/月、実施している。部署を中心として改善に取り組めるよう、ラウンド時に師長の同行を依頼している。また、チェック表と写真にて部署へのフィードバックについては、看護局やICCで共有している。

(4) 感染対策の向上に対する取組みについて

新興感染症などに対応するための新興感染症などに対応するためのBCP（事業継続計画）については、早急に整備されたい。作成にあたり、病院局にリーダーシップを望む。

【改善状況】

- 今年度、千葉県病院局医療安全対策会議 感染管理部会にて骨子を作成する予定。

院内全体としてアルコール手指消毒剤の使用が十分とは言えない。感染対策委員会がリーダーシップを取り目標を立てて計画的に取り組んでもらいたい。

【改善状況】

- 手指消毒剤の使用量、手指衛生の実施率・遵守率の数値目標を立案し、ICCおよび看護局と共有している。リンクスタッフ会や各部署で手指衛生の遵守に向けた取り組みを行っている。

飛沫感染防止のためのパーテーションは、換気が不十分とならないよう設置の可否を再検討されたい。

【改善状況】

- 2023年3月に、パーテーションは撤去した。使用の継続を希望した部署については、設置場所や清掃などの部署内での取り決めと遵守を依頼した。

部署間の連携は取れているが、病院で慣習的に実施してきた業務（手術室のサンダルや看護師の内視鏡洗浄等）を見直すことで、業務負担を改善することができる。適切な委員会で検討を願いたい。

【改善状況】

- 手術室のサンダルについては、外履きおよび術中に血液や洗浄液による汚染を受けられる可能性がある場合は履き替えを行い、他は一足制としている。感染対策上の問題は無く変更の予定は無い。その他、習慣的に継続されていると思われる業務については、感染対策の視点も影響する場合には、改善に取り組む。

病院としてさらに改善を進めるための病院機能評価等、第三者評価を受けるよう検討いただきたい。

【改善状況】

- 病院機能評価については、今後、予算も含め病院局と協議を進めたい。