

4 平成26年度 医療安全パトロール結果

— 指摘事項ならびに提出改善策 —

【栄養部】 5月8日

ティーサーバーの不具合、異物混入などの事例発生後における施設改善、備品整備に加えて色々な工夫、改善がなされており、調査結果は概ね良好でした。引き続き他部門とも連携しながら改善に取り組んでいただきたい。

ただし、最近数件発生した、パントリーでの配膳時における患者誤認、担当者の到着遅れなどを踏まえ、フルネームやネームバンドによる確認とともに、マニュアルの遵守(分り易く・見易くするためにイラストを盛り込むなどの工夫も含め)などを再度徹底していただきたい。

なお、委託パート職員に対するリスク意識の醸成などについても、栄養部全体で取り組んでいただきたい。

(1) パントリー担当者は、名刺を着用することにした。

(改善策) 周囲から見ても当日のパントリー担当者がわかり、かつ本人も自覚できるように、各階のパントリー用名札を作成し、5月23日から実施している。

(2) パントリーへ「配膳時の作業手順」「フルネーム確認」のポスターを掲示。

(改善策) 各階のパントリーの作業側に「配膳時の作業手順」を、食堂に患者への「フルネーム確認」協力を呼びかけるポスターの掲示を6月1日より実施。

(3) 定期的にパントリー業務を確認している。

(改善策) 週に2回(金・土・日・月のいずれか)、病院管理栄養士がパントリーへ行き、マニュアル通りに実施されているかをチェックリストに沿って確認。必要時、指導を実施。

(4) パート職員へ手順の周知を行うように業者責任者に申し入れを行った。

(改善策) パントリー業務に限らず、給食管理全般において、マニュアルを実施すること、また、疑問点等は自分で判断せずに必ず報告する旨をミーティングで定期的に確認するようにした。

【薬剤部】 6月12日

(1) 確認行為が必ずしも実施されていない場面も見られたため、周知、徹底を再度図ること。

(2) 「プレアボイドチェック」件数は、減少しているとのことだが、結果を部内に十分周知し、データや改善策を有効活用し、調剤間違い等の減少に努めること。

(改善策1・2) インシデントやプレインシデントの報告を1週間に一回、朝のミーティング内で報告し、部員間の情報共有を行う。また薬剤部全体会議で行っているプレインシデント報告を今後も継続的に行い、インシデントの状況や原因を情報提供し、評価、検討する。以上を行うことにより、更に、「声だし」「指さし」「指なぞり」などの確認行為を徹底することができ、インシデントの減少にも寄与すると考えられる。

(3) 麻薬金庫のダイヤルナンバーは、定期的に変更することについて検討すること。

(改善策) 4病院とも実施しておらず、定期的な変更は行わない方向。

(4) 外科と内科の化学療法室の払出方法等を統一するよう、看護部とも調整を図ること。

(改善策) 化学療法室内の運用方法については、化学療法小委員会や看護部と調整していく。

(5) 持参薬の取り扱いについては、関係部門と十分調整すること。

(改善策) 持参薬の取り扱いに関しては、看護部と引き続き継続的に検討していく。

【画像診断部】 7月10日

- (1) 患者にフルネームで名乗ってもらうこと、それを復唱すること、などの確認行為を徹底する。
(改善策) 内部調査による自己評価ではマニュアルに沿った対応ができておりましたが、今回の指摘を踏まえ「復唱」について周知徹底してまいります。
- (2) 患者さんを意識した丁寧な言葉遣いなどの、対応に努める。
(改善策) 画像スタッフは多職種により構成されており、相互間でチェックする中で自助努力により改善してきましたが、今後も患者さんを意識した対応に努めます。
- (3) 患者氏名だけでなく、依頼指示内容を、医師など病棟スタッフと十分確認する。(一般撮影室)。
(改善策) 単純撮影の指示見落としを防止するため、見やすい文例から選択する方式に切り替え、オーダー側、撮影者側どちらもチェックが必要な項目であることが判別しやすい表示にするなどの対策を取っています。また撮影時、撮影の目的等も確認を行うよう努力しています。
- (4) 造影検査のアレルギーマスク等について、他部門とも連携した(看護師だけではなく医師にも協力を依頼)2重チェックを検討する。
(改善策) マスク等については、手順原則では2重チェックになっており、依頼側にも手順の不備の改善や、あるいは正しい認識をしていただくようお願いしたい。
- (5) 受付の案内表示について、案内図が高齢者等には見づらい(分りづらい)。また、掲示物がやや乱雑な印象を受け、期限切れのものも見られるなど、一度、全般的に見直し、整理する。
(改善策) 受付の画像案内図については、1階分はすぐ脇にある大きな案内図を活用、地下1階分は、患者への配布用紙を使用します。ご指摘の案内図は他のデザインに変更します。なお、掲示物全般について、分かり易く、また美観に配慮した見直しをしていきます。
- (6) RI室の入口に防災用物品が置かれていたが、患者出入口であり、直に移動させる。
(改善策) ご指摘の防災用品は、その大きさを考えて現在の場所になりました。別の設置場所が確保出来るかどうかを防災委員と検討していきます。

【5階南病棟】 8月14日

- (1) 「ネームバンドの装着並びに確認」については実施されており、引き続き職員への周知、指導を徹底する。
(改善策) 「ネームバンドの装着並びに確認」が維持できるように、引き続き周知を行っていきます。
- (2) 「フルネームでの確認」については、患者からも積極的に名乗ってもらっていないスタッフもいるため、引き続き職員への周知、指導を徹底する。
(改善策) 安全リンクを通して、行っているかをチェックしていきます。
- (3) 「入院中の履物」については、「かかとが入る靴」以外のものを使用している患者さんも多く、随時履き分けている方もいました。「クロックスタイプ、スリッパ、サンダルは使用自粛」(医療安全マニュアル P56)となっており、転倒防止策の向上に向けて引き続き患者さんへの周知、指導を徹底する。
なお、職員についても、この事を理解し、「かかとが入る靴」を使用するようお願いします。
(改善策) スタッフに周知するとともに、患者が適切でない靴を履いていたら、お声掛けをして、持参していただくよう協力依頼します。

【5 階北病棟】 8月14日

(1) 「ネームバンドの装着並びに確認」については実施されており、引き続き職員への周知、指導を徹底する。

(改善策) 引き続き、周知・指導していきます。

(2) 「フルネームでの確認」については、患者からも積極的に名乗ってもらっていないスタッフもいるため、引き続き職員への周知、指導を徹底する。

(改善策) 入院診療計画書を説明する際に、フルネームで名乗っていただく事を伝えるとともに、それを実行しているか確認、指導していきます。

(3) 「入院中の履物」については、「かかとが入る靴」以外のものを使用している患者さんも多く、随時履き分けている方もいました。「クロックスタイプ、スリッパ、サンダルは使用自粛」(医療安全マニュアル P56)となっており、転倒防止策の向上に向けて引き続き患者さんへの周知、指導を徹底する。

なお、職員についても、この事を理解し、「かかとが入る靴」を使用するようお願いいたします。

(改善策) 職員については指導しましたが、今後、実施されているか確認するとともに、患者さんにも協力依頼していきます。

【4 階南病棟】 8月14日

(1) 「ネームバンドの装着並びに確認」については、装着は正しくされているが、ネームバンドで確認されていない場合もあり、引き続き職員への周知、指導を徹底する。

(改善策) 医療安全マニュアルをもう一度全員で読み合わせるなど、確認行為の方法を再度指導していきます。

(2) 「フルネームの確認」については、患者さんからも積極的に名乗ってもらうよう、引き続き入院時等の説明を徹底する。

(3) 「入院中の履物」については、「かかとが入る靴」以外のものを使用している患者さんも多い。「クロックスタイプ、スリッパ、サンダルは使用自粛」(医療安全マニュアル P56)となっており、転倒防止策の向上に向けて引き続き患者さんへの周知、指導を徹底する。

なお、職員についても、この事を理解し、「かかとが入る靴」を使用するようお願いいたします。

(改善策(2)(3)) 安全リンクを中心とし、スタッフに今回の結果を周知し指導していきます。また、入院時のオリエンテーションの説明項目に加えていきます。「履物」に関しては、ラウンドの際に、どのようなものを使用しているかを確認し、「かかとが入る靴」以外を使用している患者に、協力をしていただけるよう説明していきます。

【4 階北病棟】 8月14日

(1) 「ネームバンドの装着並びに確認」については、装着は正しくされているが、ネームバンドで確認されていない場合もあり、引き続き職員への周知、指導を徹底する。

(改善策) ・今月中に、医師・看護師・コメディカル等で結果を共有し、具体策を検討します。取り急ぎ、「ネームバンドの装着」については、ナースングラウンド時、検査・手術等出棟時に確認することを徹底します。

(2) 「フルネーム確認」について、患者さんからも積極的に名乗ってもらうよう、引き続き入院時等の説明を徹底する。

(改善策) 8月に「6R」で確認することを、部署の月間目標にして活動してきたところですが、この結果を受け、安全リンクナースと追加の対策を検討します。

(3) 「入院中の履物」については、「かかとが入る靴」以外のものを使用している患者さんも多い。「クロックスタイプ、スリッパ、サンダルは使用自粛」(医療安全マニュアル P56)となっており、転倒防止策の向上に向けて引き続き患

者さんへの周知、指導を徹底する。

なお、職員もこの事を理解し、「かかとが入る靴」を使用するようお願いします。

(改善策) 「履物」については、入院案内時に再度確認し、インフォメーションを強化します。

医師のクロックスは、速やかにやめていただくよう協力を依頼します。

【3階南病棟】 9月11日

(1) 「ネームバンドの装着並びに確認」については、ほぼ実施されており、引き続き職員への周知、指導を徹底する。

(改善策) 全患者が正しくネームバンドを装着し、また職員が正しく確認が実施できるよう、マニュアルを用い、周知を図ります。

(2) 「フルネームでの確認」については、患者からも積極的に名乗ってもらっていないスタッフもいるため、引き続き職員への周知、指導を徹底する。

(改善策) フルネームでの確認が習慣となり、職員全員が実施できるよう、病棟会や申し送りの際に周知、伝達します。

(3) 「入院中の履物」は、ほとんどの患者さんが「かかとが入る靴」を使用していた。転倒防止策の向上に向けて「クロックスタイプ、スリッパ、サンダルは使用自粛」(医療安全マニュアル P56)であることを引き続き入院患者さんへの周知指導をする。なお、職員についても、このことを理解し、「かかとが入る靴」を使用するようお願いします。

(改善策) 入院時のオリエンテーションの際に、患者・家族へ説明していますが、今回の結果から、全員に浸透していないことが分かりました。今後、職員に再度周知するとともに、患者・家族にご協力依頼していきます。

【こどもセンター】 9月11日

(1) 「ネームバンドの装着並びに確認」については、ほぼ実施されており、引き続き職員への周知、指導を徹底する。

(改善策) スタッフは、ネームバンドの装着確認は意識して行っているが、名前を自分で言える患者には、患者からフルネームで言ってもらい、確認をするよう意識付けをしていきます。

(2) 「フルネームでの確認」は、乳児以外は氏名の確認を心掛けており、引き続き職員への周知、指導を徹底する。

(改善策) 名乗れる患者については、フルネームで確認していきます。

(3) 「入院中の履物」は、「かかとが入る靴」以外のものは使用されていなかった。「クロックスタイプ、スリッパ、サンダルは使用自粛」(医療安全マニュアル P56)であることを引き続き入院患者さんへの周知指導をする。

なお、職員についても、このことを理解し、「かかとが入る靴」を使用するようお願いします。

(改善策) 即入の場合、サンダルやクロックスを履いている人が多いので、転倒してしまうリスクが高いということを、スタッフに周知します。また、家族にもインフォメーションをし、上履きや、履きやすい靴を持参してもらうよう協力依頼していきます。

【母性病棟】 9月11日

(1) 「フルネームの確認」は、徹底されており、引き続き職員への周知、指導をお願いします。

(2) 「ネームバンド」の確認は、徹底されておらず、職員の周知、指導をお願いします。

(改善策(1)(2)) 安全対策委員会の確認行為チェック結果でもフルネーム確認は100%であったため、次はネームバンドでの確認の徹底に取り組むこととしました。今後は、ネームバンドでの確認も盛り込んで作成した安全ポスターを病棟内に掲示し、患者さんにも意識してもらえるよう、声をかけていきます。

(3) 「入院中の履物」については、「かかとが入る靴」以外のものを使用している患者さんも多く、「クロックスタイプ、スリッパ、サンダルは使用自粛」(医療安全マニュアル P56)となっており、転倒転落の向上に向けて引き続き患者さんへの周知、指導をよろしくをお願いします。

なお、職員はほぼ「かかとが入る靴」を使用しており、引き続き徹底されるようお願いいたします。

(改善策) 履物については、クロックタイプのかかとが入る靴を履く患者さんが増え始めています。このため、パンフレットには、靴のイラストを入れ、「このような靴を履いてください」と可視化できるようにしましたが、あまり変化はみられません。引き続き、保健指導の場面などを通して、説明していきます。

【2階北病棟】 9月11日

(1) 「ネームバンドの装着並びに確認」、「フルネームでの確認」とも、確実に実施されており、この状態を維持していくよう引き続き職員への周知、指導を徹底する。

(改善策) フルネームでの確認、ネームバンドでの確認について、再度スタッフへ周知しました。

(2) 「入院中の履物」は、「かかとが入る靴」以外のものを使用している患者さんも多くいた。転倒防止策の向上に向けて「クロックスタイプ、スリッパ、サンダルは使用自粛」(医療安全マニュアル P56)であることを引き続き入院患者さんへの周知指導をする。なお、職員も「かかとが入る靴」を使用するようお願いします。

(改善策) ADLが自立している患者、もしくは入院期間が短く治療・検査目的での入院患者、壮年期・中年期の患者、などに対する指導やオリエンテーションが不足していることなどが分かりました。スタッフへの伝達・指導を行いました。

【2階新生児病棟】 9月11日

(1) ネームバンドは、装着可能な患児は、全員正しく装着されていました。装着不可の患児に対するベッドネーム確認の徹底等について、引き続き職員への指導等をお願いします。

(改善策) 装着不可能な患児のベッドネームに対する「指さし・声だし・指なぞり」確認行為の徹底を図るため、安全リンクや係の者の協力を得て、部署内での学習会や抜き打ちチェックなどを実施していきます。

(2) 「フルネームでの確認」については、医療者間だけではなく、家族の協力も得ながら徹底するよう、引き続き職員への周知、指導をよろしくをお願いします。

(改善策) 児の安全を守るため、面会者である父や母と一緒に内服薬やミルクの確認を行う習慣をつけるよう、スタッフへの家族との協働に関する意識改革に努めています。

(3) 職員についても、「かかとが入る靴」を使用するようご協力をお願いします。

(改善策) 児の安全を守るため、面会者である父や母と一緒に内服薬やミルクの確認を行う習慣をつけるよう、スタッフへの家族との協働に関する意識改革に努めています。医師が守っていません。医師側の責任者からは指導が入っているようですが、改善されていません。年明けまでにはかかとのある靴に変更するように再指導しました。

【救命救急センター】 10月9日

- (1) ①「ネームバンドの装着」について、逆向きや、抑制具で隠れてしまっている方がいたこと、
②「ネームバンドでの確認」が半数以下と少ないことから、引き続き職員への周知、指導をお願いします。
(改善策) ①「日勤・夜勤のワークシート」に「ネームバンド装着の有無と着用向き」という欄を設け、各勤務の開始・終了時に、スタッフが確認できるように改善しました。
② スタッフに周知するため、医療安全パトロール結果の提示とインフォメーションを実施しました。
- (2) 「フルネーム確認」については、患者の状態などの理由で、ベッドネームでの確認が主となっているようでしたが、患者からも積極的に名乗ってもらうよう、引き続き職員への周知、指導をお願いします。
(改善策) 医療安全パトロール結果のスタッフへの提示と、患者・家族には確認行為が発生する際には氏名を名乗ってもらうよう、引き続きインフォメーションを実施していきます。
- (3) 「入院中の履物」については、「クロックスタイプ、スリッパ、サンダルは使用自粛」(医療安全マニュアル P56)となっており、引き続き患者さんへの周知、指導をお願いします。
なお、職員はほぼ「かかとが入る靴」を使用しており、引き続き徹底されるようお願いいたします。
(改善策) 「救命センター入院についてのご案内」の「用意していただくもの」の項目の中の「転倒防止シューズ」という記載を、「履きなれた靴(クロックスタイプ・スリッパ・サンダル以外)」に変更するよう検討します。

【外来】 3月12日

- 各診療科だけではなく外来全体として改善に取り組むとともに、また関係部署とも調整し、改善していただきたい。
- (1) 患者からの聞き取り、職員からの聞き取りのいずれの結果からも、「フルネーム」での患者確認については良好に実施されていました。
(改善策) 患者確認に関して、フルネームで確認する事はできていますが、患者さんに自ら名乗ってもらうことが少し不足しているので、今後は徹底していきたい。
- (2) 「患者確認はいつ行っているか」に見られるとおり、様々な場面で複数職種が「患者確認」を複数回実施していますが、このことを職種間で情報共有し、連携を密にする中で全体として誤認防止に引き続き努めていただきたい。
(改善策) 患者確認は複数回実施されていますが、多職種が介入することが多いため、それぞれで確認行為を徹底するとともに、相互間の連携を密にする風土作りに努めていきます。
- (3) カルテの流れや、PC画面の表示方法等、各診療科での取り決めが多く、異なっている。これらのことが原因で、最近も患者誤認のほか、診療が終了していない患者を把握できず長時間待たせたり、紹介状の郵送が遅れたなどの報告が出されており、可能な限り外来全体として統一を図るよう取り組んでいただきたい。
(改善策) 各科毎でのカルテの流れや決まり事があるため、リリースで入った場合などを含め、患者さんにご迷惑をおかけすることがないように、クレークを含め、外来全体で統一できる所を洗い出し、業務の見直しを行っていきます。