

4 平成27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 —

【薬剤部】 5月12日

- 1 確認行為については、マニュアル通りに実施するよう、引き続き部内に周知、徹底を図ること。
【改善策】引き続き「確認行為」は、医療事故防止対策マニュアルに則り、「声出し、指さし、指なぞり」確認を徹底するよう指導する方針です。
- 2 セーフティ事例、インシデント報告等については、引き続き部内に周知し、情報共有を図ること。なお、新たに取り組みを開始した「インシデント報告チーム」については部内全体で支援し、その成果を生かすこと。
【改善策】インシデント及びアクシデント事例は、引き続き週1回（木曜日）、全部員へミーティングで事例報告を行います。また、同事例は、薬剤部リスクマネージャー会議で防止対策を審議し、改善策の策定、施行を指導します。なお、新設したリスク検討委員会では、インシデント事例を集計、評価し、防止対策の策定、注意喚起標語の作成などを行い、薬剤部全体会議で活動報告を行います。
- 3 外科と内科のプライミングの取り扱い方を統一するよう、化学療法小委員会に諮るとともに、看護部とも引き続き調整を図ること。
【改善策】指導に則り、外科及び内科外来のプライミングの取り扱いを化学療法小委員会で審議し、適宜看護部と調整します。
- 4 持参薬の取り扱いについては、看護部など関係部門と引き続き調整を図ること。
【改善策】指導に則り、看護部と現行の持参薬運用の問題点の抽出、発生したインシデント、アクシデント事例に対してリスク防止対策を検討します（現在、定期開催していた看護部・薬剤部会議が休会状態であるため適宜開催を提案）。
- 5 地下の薬剤倉庫の天井の埃の清掃等をおこなうこと。
【改善策】大保冷庫の天井の埃は、施設課へ依頼して清掃しました。引き続き清掃状態をモニタリングします。
- 6 その他、次の点について検討していただきたい。
 - (1) 毒薬については施錠するよう改善されたが、落下等による紛失防止上、鍵の管理を検討すること。
【改善策】毒薬の鍵は、紛失防止を目的として所定の場所に設置（キボックス）とします。
 - (2) 次の点をマニュアルに明文化すること。
 - ①患者に薬を渡す時、袋から「全部出して確認すること」について
【改善策】ご指摘通り、確認行為を明文化し、遵守するよう指導します。
 - ②確認行為（自己監査）の基本について
【改善策】現行の医療事故防止対策マニュアルの自己監査の文言を「確認行為」と修正し、「声出し、指さし、指なぞり」の基本的確認行為を遵守するよう指導します。

【栄養部】 6月11日

- 1 誤配膳防止策について
【改善策】誰が実施しても同手順になるよう、また不具合や間違いやすい場合には必ず自己解決せず栄養部全体の課題として取り上げるよう、ミーティング等で啓発していきます。パントリー業務の運用については、患者さまと一対一で直接対応するため、勝手な思い込みをせずにマニュアルに沿った対応をしているか定期的に確認していきます。
- 2 異物混入策等について
 - (1) サランラップは極力使用しないとのことであったが、まだ多く使用されているようで、カッターが古いいため切れ端が混入する可能性などがある。
【改善策】仕込みの時点でのサランラップの使用は極力減らしていますが（下記：月別使用量参照）、配膳時の調理品の乾燥を防ぐためには使用せざるを得ないと考えています。また、食材・調理品の保存には指定のふた付のものを使用するようにしています。
 - (2) アルミホイルも各ヶ所に置いてあり、使用されているものと思われる。
【改善策】焼き物を調理する際は、下記の月別使用量の通り、テフロン加工の鉄板を使用するようにしています。
 - (3) オレンジ色の虫除けカーテンは、素材に加え、裾も短いことから、変更も含め検討が必要である。・・・検討中
 - (4) 洗浄室の壁のペンキが剥がれかけており、ケル等に入る危険性がある。
【改善策】厨房内のペンキがはがれている箇所と一緒に、施設係に塗装依頼してあります。
- 3 木下ボード等について
禁食表示などが複雑すぎるため、新規に配属された職員等にとっては把握するのが難しく、間違いやすいため、誤配膳等を防止する点からも整理する必要があると思われる。
【改善策】帳票類の整理を含め、業者に検討依頼中です。
- 4 システム改善について
医事課電算担当とも連携し、NECシステムの改善に引き続き取り組む必要がある。
【改善策】システム改善に向けて修正依頼中です。
<参照> アルミホイル・サランラップの月別使用量

アルミホイル・・・	昨年6月	29本/月	本年6月	14本
サランラップ・・・	〃	139本/月	〃	82本

【画像診断部】 7月9日

- 1 受付の確認行為は、受付時だけではなく、終了時にも確認を行うこと。
【改善策】マニュアルでは終了時も確認を行う事になっていまして、ミーティング等において徹底するように指導します。
- 2 患者にフネームで名乗ってもらうこと、診察券との照合などの確認行為を徹底すること。
- 3 依頼票とPC画面の照合は、目視だけではなく、声だし確認に努めること。
- 4 患者さんを意識した丁寧な言葉遣いなどの、対応に努めること。
【改善策】この3項目は、画像診断部共通の指摘であり、常に意識し実行するよう努めなければならない行為です。このため画像合同会議において強化目標として掲げ、スタッフ全員の意識を高めるよう徹底したいと考えています。
- 5 造影剤を使用する際には、手袋の着用などを徹底すること。
【改善策】手袋の着用を再確認し、徹底します。
- 6 救命外来患者のCT撮影については、救外だけではなく、自部署での確認も徹底すること。
【改善策】患者の安全性を考慮し業務や時間のロスなどを防止するためにも、ダブルチェックで確認を行っていきます。

【5階南病棟】 8月13日

- 1 「フネームでの確認」については、まだ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。
- 2 「ネームバンドの装着並びに確認」については、一部「ネームバンド」での確認がなされていない。
【改善策】患者誤認は、今年度2件以内を目標としていましたが、すでに数件発生しているため、病棟として重要な課題です。現在、安全対策委員会、安全リンクで確認行為の実態調査を行っており、その結果をフィードバックしていきたいと考えています。
- 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や、「かかとが入る靴」と「スリッパ」を随時履き分けている患者がまだ見られた。転倒防止策の向上のため、医療安全マニュアルに規定されている「クワックスタイフ、スリッパ、サンダルは使用自粛」(P56)を守っていただきたい。なお、職員についても、この事を理解していただくとともに、緊急時の対応等も含め、「かかとが入る靴」を使用するよう引き続きご協力をお願いします。
【改善策】入院中の履物については、リエンテーション時における教育(協力依頼)のほか、見かけたときは「かかとが入る靴」を履いていただくよう声かけをしていきます。

【5階北病棟】 8月13日

- 1 「フネームでの確認」については、まだ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。
- 2 「ネームバンドの装着並びに確認」については、一部「ネームバンド」での確認がなされていない。
【改善策】入院時リエンテーションや入院診療計画書配布時における患者への説明ならびに協力依頼により努めるとともに、職員への周知、指導も強化してまいります。なお、「フネームでの確認」については、同姓の患者も多いため、患者にもフネームで名乗ってもらうよう努めております。
- 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や、「かかとが入る靴」と「スリッパ」を随時履き分けている患者がまだ見られた。転倒防止策の向上のため、医療安全マニュアルに規定されている「クワックスタイフ、スリッパ、サンダルは使用自粛」(P56)を守っていただきたい。なお、職員についても、この事を理解していただくとともに、緊急時の対応等も含め、「かかとが入る靴」を使用するよう引き続きご協力をお願いします。
【改善策】入院時リエンテーションや入院診療計画書配布時における患者への説明ならびに協力に努めてまいります。なお、緊急時の対応等も含め、医師の責任者には協力をお願いしました。

【4階南病棟】 8月13日

- 1 「フネームでの確認」については、まだ患者からも積極的に名乗ってもらっていないスタッフが4割近くいる。
- 2 「ネームバンドの装着並びに確認」については、「ネームバンド」が正しく装着されているか、「職員はネームバンドで確認を行なっていますか」とも、特に「職員はネームバンドで確認を行なっていますか」の実施率が6割程度でした。きわめて低い実施率であり、職員への積極的な周知、指導をよろしくをお願いします。
【改善策】病棟会で話し合い、月間目標にフネームで患者から名乗っていただくこと、ネームバンドでの患者確認を揚げ、徹底することとしました。また、安全リンクを中心に、ネームバンドが正しく装着されているかななどを指導します。さらに、スタッフ個人が確認しているかチェックするとともに、スタッフ同士で気付いたらお互いに注意していくようにしました。
- 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や、「かかとが入る靴」と「スリッパ」を随時履き分けている患者がまだ見られた。転倒防止策の向上のため、医療安全マニュアルに規定されている「クワックスタイフ、スリッパ、サンダルは使用自粛」(P56)を守っていただきたい。なお、職員についても、この事を理解していただくとともに、緊急時の対応等も含め、「かかとが入る靴」を使用するよう引き続きご協力をお願いします。
【改善策】入院中の履物については、入院時のリエンテーション時に入院中の転倒のリスクについて説明し、かかとが入る靴を使用するよう協力を依頼することを、スタッフ間で確認しました。また、転入された患者についても説明をしていくようにしました。なお、職員については、医師の責任者をお願いしました。

【4階北病棟】 8月13日

- 1 「フネムでの確認」については、まだ患者からも積極的に名乗ってもらっていないスタッフが4割近くいる。
- 2 「ネムバンドの装着並びに確認」については、「ネムバンドが正しく装着されているか」、「職員はネムバンドで確認を行なっていますか」とも、特に「職員はネムバンドで確認を行なっていますか」の実施率が6割程度でした。きわめて低い実施率であり、職員への積極的な周知、指導をよろしくお願いします。
【改善策】原則である「フネム確認」を遵守できるように、スタッフ全員に業務カンファレンス、連絡ノートのほか、日常の業務の場を通して注意喚起していきます。また、患者誤認を予防できるよう、安全リンクスと対策を検討していきます。なお、毎月、セーフティ・インシデントの件数と内容を振り返りしており、その場でも共有します。
- 3 「入院中の履物」については「かかどが入る靴」以外のものを使用している患者や、「かかどが入る靴」と「スリッパ」を随時履き分けている患者がまだ見られた。転倒防止策の向上のため、医療安全マニュアルに規定されている「クワックスタイブ、スリッパ、サンダルは使用自粛」(P56)を守っていただきたい。なお、職員についても、この事を理解していただくとともに、緊急時の対応等も含め、「かかどが入る靴」を使用するよう引き続きご協力をお願いします。
【改善策】入院時に必ず説明とチェックをしていますが、改善されたか今後継続的にみていきます。職員については、医師の責任者へ伝達します。

【3階南病棟】 9月11日

- 1 「ネムバンドの装着、確認」については、昨年度に比べ改善されていますが、患者からもフネムで積極的に名乗ってもらっていないスタッフも多いため、引き続き職員への周知、指導をお願いします。
【改善策】患者誤認や確認不足によるセーフティが多発しているため、確認行為について、看護補助者を含めた全スタッフに注意喚起をしました。また、今後学習会を検討しています。
- 2 ほとんどの患者が「かかどが入る靴」を使用していた。病棟の特性もあるが、転倒防止のため「クワックスタイブ、スリッパ、サンダルは使用自粛」(医療安全マニュアルP56)であることの患者への周知、指導を、引き続きよろしくお願いします。なお、職員についても、緊急時の対応も含め、「かかどが入る靴」を使用するようお願いします。
【改善策】スタッフに履き物チェックの結果をフィードバックするとともに、患者・家族への周知ならびに説明の徹底を指導しました。

【こどもセンター】 9月11日

- 1 「ネムバンドの装着、確認」については、ネムバンドが装着されていない患児や、逆向きに装着されていた患児もあり、引き続き職員への周知、指導をお願いします。
【改善策】ナースグラウンド時に必ず確認し、装着方法についても、再度説明します。また、装着されていない原因として、「手荒れ」があり、製品が合わなかった場合における部署での統一した対策を今後検討します。なお、点滴漏れによる針の再挿入の際の付け忘れが多いため、ネムバンドで最終確認するよう指導を行います。
- 2 「かかどが入る靴」以外のものは使用されておらず、良好でした。転倒防止のため「クワックスタイブ、スリッパ、サンダルは使用自粛」(医療安全マニュアルP56)であることの患児への周知、指導を、引き続きよろしくお願いします。なお、職員についても、緊急時の対応も含め、「かかどが入る靴」を使用するようお願いします。
【改善策】医師のルールも、サンダル禁止となっており、指導医から対象医師へ指導をするよう依頼しました。

【2階北病棟】 9月11日

- 1 「ネムバンドの装着、確認」については、患者からもフネムで積極的に名乗ってもらっており良好でした。ただし、数名の患者のネムバンドが逆向きだったことについては、引き続き職員への周知、指導をお願いします。
【改善策】10月業務カンファレンスで、医療安全マニュアル(職員ハンドブック)を用いて、上記指摘事項を再確認しました。ネムバンド装着に関することの多い1・2年目看護師に、装着方法についての知識を聞きましたが、正しい装着方法を答えられていました。
- 2 「かかどが入る靴」以外のものを使用している患者も多かった。転倒防止のため「クワックスタイブ、スリッパ、サンダルは使用自粛」(医療安全マニュアルP56)であることの患者への周知、指導を、引き続きよろしくお願いします。なお、職員についても、緊急時の対応も含め、「かかどが入る靴」を使用するようお願いします。
【改善策】(1) 安全リンクスで、今年度2回目の履物調査を実施し、その結果をスタッフへ伝える予定です。
(2) 11月の医療安全推進週間のポスターを、靴の着用を促す内容にします。
(3) 床頭台備付の入院案内に、靴の着用を促す内容を追加します。
(4) なお、看護師は靴を使用していますが、医師にサンダル着用者が多いため、心臓血管センター会で伝達する予定です。

【母性病棟】 10月8日

- 1 「ネムバント」の装着、確認については、昨年度に比べ改善されています。引き続き職員のフルネームでの確認について、周知、指導をお願いします。
【改善策】 指導・周知いたします。
- 2 ほとんどの患者が「かかどが入る靴」を使用していた。病棟の特性もあるが、転倒防止のため「クワックスタイフ、スリッパ、サンダルは使用自粛」(医療安全マニュアルP56)であることの患者への周知、指導を、引き続きよろしくをお願いします。
【改善策】 引き続き、指導・周知いたします。
医師のクワックス着用については、診療科部長に伝えました。

【新生児病棟】 10月8日

- 1 ネムバントは、装着可能な患児の7割が正しく装着されていたが、インファントやコトに収容されている数名の患児が未装着でした。装着の徹底とともに、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も、引き続き職員への指導をお願いします。
【改善策】 ネムバントの装着に関して、ベースからインファントウォーマーへの移床時や、コト移床時に、つけ忘れることがないように、再度スタッフへ周知しています。患者がベッドからいなくなるのが少ないため意識が薄いものと考えますが、災害時のことも考え、徹底していきます。
- 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、指導をよろしくお願いします。
【改善策】 フルネームでの確認に関して、ご家族がベッドサイドにいるときは、協力も得るようにしています。内服薬やミルクの確認などは、ほぼ実施できていると思われていますが、急性期の部屋での点滴交換時などにおける確認は、ほとんどできていないため、出来る限り協力を得られるように周知していきます。
- 3 履物については、緊急時の対応も含め、職員は「かかどが入る靴」を使用するよう協力をお願いします。
【改善策】 履物に関して、当直明けの医師、OPE室から帰って来た医師などが、NICU内にある青サンダル(面会者用)を履いているのだと思われています。先日カンファレンスの中で、医師に注意を促しています。

【救命救急センター】 10月8日

- 1 「ネムバント」の装着、確認については、8割正しく装着されていたが、数名は抑制具で隠れてしまっていた。なお、職員のネムバントでの確認は6割と少なかった。患者本人確認が難しいケースもあると思いますが、引き続き職員への周知、指導をお願いします。
【改善策】 ネムバントでの確認が徹底できるよう再度周知、指導していきます。また、抑制具装着により、ネムバントが隠れないよう、足に着けるなど、見えるところに装着するよう、カンファレンスで周知していきます。
- 2 ほとんどの患者が「かかどが入る靴」を使用していた。病棟の特性もあるが、転倒防止のため「クワックスタイフ、スリッパ、サンダルは使用自粛」(医療安全マニュアルP56)であることの患者への周知、指導を、引き続きよろしくをお願いします。なお、職員についても、緊急時の対応も含め、「かかどが入る靴」を使用するようお願いします。
【改善策】 医師のクワックスの着用については、再度注意を促し、医師同士で注意を呼びかけるよう協力を依頼していきます。

【外来 西エリア】 1月14日

- 1 患者からの聞き取り結果から、「フルネーム」での患者確認はほぼ実施されていました。しかし、「フルネーム」で確認していない職員も2割程度いるため、「フルネーム」確認を徹底していただきたい。
【改善策】
看護：診察時に「フルネーム」で呼び確認することについては、診察を始める前に名前を聞くとともに、患者さんから名乗っていただけるようポスターを作成し啓発します。また、主に医師が患者の呼び込みをする場面も多いため、看護師サイドも医師に声を掛けていきます。
タケダ：患者確認を「フルネーム」で実施するよう、スタッフ(医師・看護師・助手・事務)個々人だけではなく、職種間でも互いに注意していきます。
- 2 「患者確認」は、様々な場面で複数回実施されていますが、最近のセフィロート事例などから見て、職種間の連携を密にする中で、確認を強化するよう努めていただきたい。
【改善策】
看護：職種間の連携の中で、本人はどの場面でも確認しているつもりであるが、曖昧な形で実施していることもあるようです。このため、一人一人が最終患者確認を徹底していくように啓発するとともに、部署内での実態調査を実施することにより、誤認強化を図ります。
タケダ：患者搬送するなどの際には、職種毎だけではなく、相互間の連携も密にして患者確認をするように徹底していきます。
- 3 患者誤認防止等のため、可能な限り外来全体として統一を図るよう、マニュアルの作成等を進めるとの回答を、前年度も得ているが進捗していない。現在、関係職種間で検討中とのことだが、早急に取り組んでいただきたい。
なお、履物は、全員が「かかとのある靴」を履いていた。継続して取り組んでいただきたい。
【改善策】
看護：月に1回看護師・クラーク間でミーティングを継続していますが、その中で業務の見直し、見直した業務を実施した後の修正などの取り組みを進めているところです。早急に取り組めるよう努めます。
タケダ：前年度からの指摘であり、看護師・事務での会議を、早急に開催し、検討します。

【外来 東エリア】 2月12日

- 1 患者からの聞き取り結果から、「フルネーム」での患者確認はほぼ実施されていました。しかし、「フルネーム」で確認していない職員も2割程度いるため、「フルネーム」確認を徹底していただきたい。
【改善策】
看護：「フルネーム」で患者確認をしていないスタッフがまだ若干いることの指摘についてですが、フルネームで呼称することは確認行為の原則であり、基準に戻り厳守するよう徹底していきます。
タケダ：患者確認を「フルネーム」で実施するよう、スタッフ(医師・看護師・助手・事務)個々人だけではなく、職種間でも互いに注意していきます。
- 2 「患者確認」は、様々な場面で複数回実施されていますが、最近のセフィロート事例などから見て、職種間の連携を密にする中で、確認を強化するよう努めていただきたい。
【改善策】
看護：一人一人が最終患者確認を徹底していくように啓発するとともに、部署内での職種間の連携などを実態調査し、誤認強化を図ります。
タケダ：患者搬送するなどの際には、職種毎だけではなく、相互間の連携も密にして患者確認をするように徹底していきます。
- 3 患者誤認防止等のため、可能な限り外来全体として統一を図るよう、マニュアルの作成等を進めるとの回答を、前年度も得ているが進捗していない。現在、関係職種間で検討中とのことだが、早急に取り組んでいただきたい。
なお、履物は、全員が「かかとのある靴」を履いていた。継続して取り組んでいただきたい。
【改善策】
看護：月に1回看護師・クラーク間でミーティングを継続しています。その中で業務の見直し、修正などの取組を進めているところですが、早急に取組にかかれるよう努めます。
タケダ：前年度からの指摘であり、看護師・事務での会議を、早急に開催し、検討します。