

医療安全管理部



医療安全管理部長
白神 幸太郎



医療安全管理副部長
阿部 充



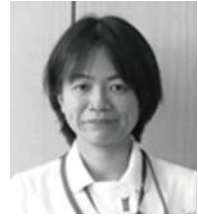
訴訟専門職
赤井 太地



医療安全管理係長
柿本 由美子
平成30年3月31日まで



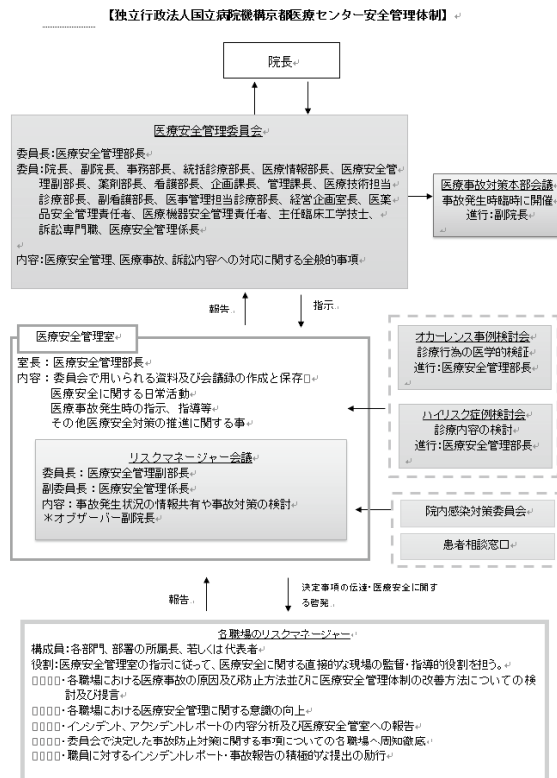
医療安全管理係長
塩 早苗
平成30年4月1日から



副看護師長
北野 朋子

患者安全の確保、医療の質の担保と向上への取り組みは、急性期基幹病院である当院において最も重要な課題であり、安全文化の醸成は医療教育機関としての責務である。これらの課題、責務を達成するために医療安全管理部が活動している。院内に医療安全管理室を設置し、各部署に医療安全推進担当者（リスクマネージャー）において医療安全管理体制を整備している。医療安全管理委員会、リスクマネージャー会議などの定例会議を主催するとともに、随時オカレンス症例検討会、ハイリスク診療検討会などを開催している。また、電子化した報告システムによりインシデント・アクシデント事例を収集し、個々の事例に対応するだけでなく、マニュアル等の定期的な見直しを行い、医療安全管理体制の強化充実を図っている。院内で共有すべき情報については積極的に情報発信を行い、スタッフ教育にも力を注いでいる。医療事故調査制度がスタートしてから2年3ヶ月が経過しており、当院で生じた死亡症例についてはモニタリングし、迅速かつ適切に事例の収集と検討が可能となるシステムが整備された。これらの取り組みを通じて、医療に伴って発生する様々な危険や有害事象をモニターし、調査、分析して医療に反映させること、重大な有害事象に対して病院をあげて迅速に対応すること、スタッフ教育や院内システムの改善に役立てることを目標としている。

1. 医療安全管理体制



2) 構成メンバー

- 医療安全管理部長 1名
- 医療安全管理副部長 1名
- 医療訴務専門職 1名
- 医療安全管理係長 1名
- 看護部医療安全担当副看護師長 1名
- 医療安全推進担当者(リスクマネージャー)各部署から1名 計60名

2. 医療安全に関する日常活動

- 1) 医療安全に関する院内の情報収集及び実態調査(定期的な院内の巡回・点検、マニュアルの遵守状況の点検)
- 2) マニュアルの作成及び点検と見直しの提言等
- 3) インシデント・アクシデントレポートの収集、保管、分析、具体的な改善策の提案、分析結果の現場へのフィードバックと集計結果の管理
- 4) 医療安全に関する最新情報の把握と職員への周知
- 5) 医療安全に関する職員への啓発、広報
- 6) 医療安全に関する教育研修の企画・運営
- 7) 医療安全対策ネットワーク整備事業に関する報告
- 8) 医療安全管理に係る連絡調整に関すること

3. 業務実績

1) 医療事故に関する会議開催状況 (平成29年度)

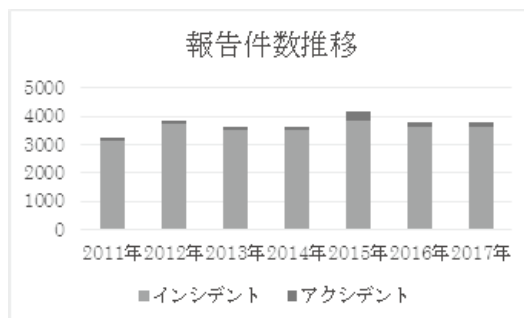
- (1) 拡大医療安全管理委員会 0件
- (2) 医療事故本部対策会議 1件
- (3) オカレンス事例検討会議 11件
- (4) ハイリスク診療検討会議 7件

2) マニュアル、ガイドラインの作成・改訂

- ・中心静脈カテーテル運用マニュアル(2012年)
- ・インスリン指示に関するテンプレート整備(2017年)
- ・ロヒプノール院内使用指針(2014年)
- ・事故防止対策マニュアル(2014年改訂)
- ・抗血栓薬の適正使用と周術期の取り扱いに関するガイドライン(2017年改訂)
- ・院内転倒時の頭部打撲対応(2016年)
- ・深部静脈血栓症・肺塞栓症の予防対策ガイドライン(2016年改訂)
- ・医療安全管理マニュアル(2016年改訂)

3) インシデント・アクシデントレポート収集

- ・平成29年度報告件数 3768件
- インシデント 3621件
- アクシデント 147件

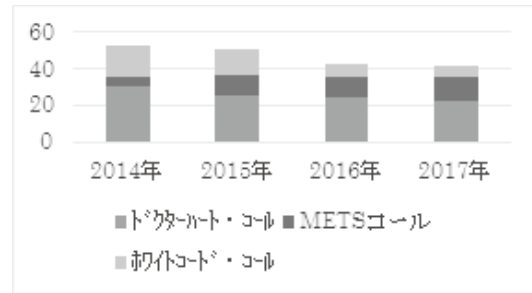


4) 平成29年度 緊急コール件数

ドクターハートコール:22件

METSコール:13件

ホワイトコードコール:6件



5) 医療安全に関する活動及び情報提供

- ・医療安全管理委員会 1回/月 計12回
- ・リスクマネージャー会議 1回/月 計12回
- ・診療科長会議、医局会、管理診療会議での情報提供
- ・事故事例の情報発信等
- ・医療安全カレンダー作成、配布
- ・各部門カンファレンス・検討会等参加

6) 医療安全に関する教育研修

(1) 医療安全研修会

第1回「深部静脈血栓・肺塞栓症の予防対策」平成29年6月6日

第2回「職場のパワーハラスメントを考える」外部講師 平成29年12月6日、13日開催

(2) 医療事故防止研修会 計5回開催

<テーマ>
インスリンインシデントを防ぐ
麻薬管理について
急変の予兆に強くなる！
転倒させない！インシデントレポートの分析結果を予防対策にかす
ポリファーマシーの考え方と当院での取り組み

(3) 医局会において「医療安全アップデート」として 12テーマについて情報発信

<テーマ>
患者誤認防止
体内異物遺残の防止
個人情報保護規程
インシデント・アクシデント報告の重要性
外来化学療法のリスクについて
外来における個人情報管理
同意書の記載、保管について
医療事故調査制度について
CT画像見落としの危険
画像診断における見落としアンケート
院内発症頭部外傷への対策
急変対応の整備

7) 医療安全に関する講義

新採用者研修、看護助手等採用時の研修、幹部看護師任用候補者研修、看護学校、医療安全管理研修、スペシャルメディカルクラーク研修、等

8) 平成29年度学会発表

(1) 第70回国立病院総合医学会(高松)1題

『有害事象対応～患者、家族との関係をこじれさせないために～』

(2) 医療マネジメント学会 3題

『有害事象対応発生時の患者、家族対応』

『放射線科・医療安全管理室の協働による画像診断の見落とし対策』

『転倒・転落防止対策への取り組み～ピクトグラムでの情報共有～』

(3) 院内成果発表会 3題

『クジラで知らずCT所見の見落とし対策』

『ピクトグラムでの情報共有 転倒防止対策』

『院内暴力から職員を守る 院内暴力の実態と「ホワイトコードコール」』

クジラで知らず CT所見の見落とし対策

医療安全管理室 ○ 柿本由美子 北野朋子・阿部充・赤井大地・白神幸太郎

● 当院の見落とし事例
2015年7月～2017年10月報告件数
総数6件
→うちCT画像の見落としは4件

【確認されなかった内容】
・肺癌疑い・・・3件
・甲状腺未分化癌
・肺癌骨転移
・直腸癌

他人事ではない！

● 当院の現状・診療科へのアンケート調査 N=195名

CT所見結果で、放射線技師がオグ医師に報告が必要であると判断したのについて、SMCより連絡を入れる→報告対象が不明確

迅速報告対象
CT所見結果で、新規がんまたは、がんを疑う所見があったもの

放射線科医師により画像診断・報告書に記載する。その中で、迅速報告対象の所見をリスト化する。

医療安全管理室が、1週間分の報告書リストを受領

医療安全管理室より、オグ医師に電子カルメールにて該当患者を伝える

「放射線科医師の読影の結果、迅速報告の対象となる所見がありますので、至急レポートをご確認下さい。」

患者ID○○○○○

● 今後の課題
・電子カルメールによるアンケートシステムの導入は、CT所見画像の見落とし対策に有効であった。
・システム導入後の研修にてマニュアルが必要。
・読影結果を再確認し、報告対象患者を再確認する。
・システムでメールを受け付けたオグ医師がどのように対応しているか、研修や指導などがないと想定。電子システムで受け取る報告書の内容を、システムで確認し、システムでどのように活用されているかを確認できるようなアプリの開発が必要。

ピクトグラムで情報共有 転倒防止対策

看護部 医療安全1 企画・医療安全管理室
○ 北野朋子・柿本由美子・西田和夫・松原勇・白神幸太郎

当院の転倒転落発生状況

看護計画に沿った援助が不足し、転倒に至った件数

2017年5～7月
転倒総数：137件
【内訳】
アセスメントスコアN/A：112名
看護計画立案、実施不十分と考えられる件数・・・48件

目的
1. 看護計画の転倒転落に関する看護内容が適切であるようにする。
2. 看護全職種が、計画に沿った移送、排泄援助が行える。

使用方法
付き添い歩行 車いす介助移送 トイレ内見守り

結果
2017年5～7月
転倒総数：137件
【内訳】
アセスメントスコアN/A：112名
看護計画立案、実施不十分と考えられる件数・・・48件

アンケート結果
○ 看護 看護科 転倒転落対策 452名 医師 12名 計 464名

看護計画
○○○
△△△
□□□

ピクトグラムを周知する方法、使用方法を二冊することで、患者の理解共有、転倒・転落予防ができるツールとして活用できる

院内暴力から職員を守る 院内暴力の実態と「ホワイトコードコール」

医療安全管理部 赤井太地・山崎茂（託麻院内科）

北野朋子・柿本由美子・阿部 充・白神幸太郎

1. 「ホワイトコードコール」とは

院内暴力・暴言・暴行発生時・・・医師や職員に危険を感じた場合
①院内に発生した院内暴力（暴言・暴力・強要等）の事例を把握
②職員に対してアンケート調査を実施
③院内暴力発生時の対応マニュアル

①ホワイトコードコール ②アンケート調査

2. 院内暴力と「ホワイトコードコール」

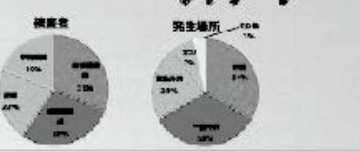
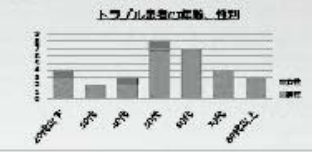
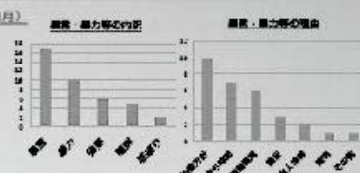
①院内で発生した院内暴力（暴言・暴力・強要等）の事例を把握

②職員に対してアンケート調査を実施

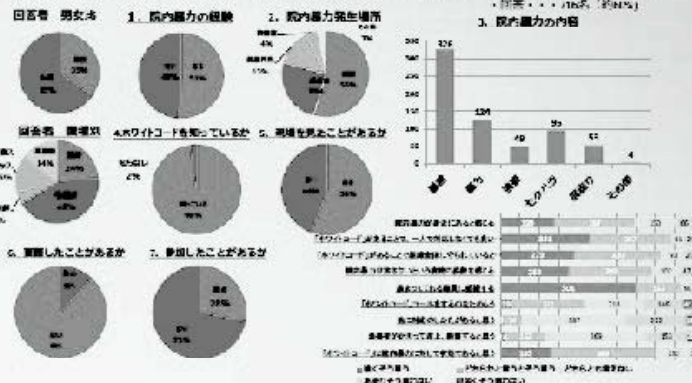
③院内暴力発生時の対応マニュアル

3. ホワイトコード事例（平成26年4月～平成27年12月）

- ① 暴言・暴力
- ② 暴行
- ③ 強要
- ④ その他



4. 院内暴力と「ホワイトコードコール」院内アンケート調査



5. まとめ

●院内暴力・・・医療現場では避けられない
●安全で安心して医療を受ける権利
●「暴力が安全で安心して働くこと」は権利
●「暴力が安全で安心して働くこと」は権利
●「暴力が安全で安心して働くこと」は権利

6. その他（課題など）

●院内暴力発生時の対応マニュアル
●院内暴力発生時の対応マニュアル
●院内暴力発生時の対応マニュアル

有害事象対応

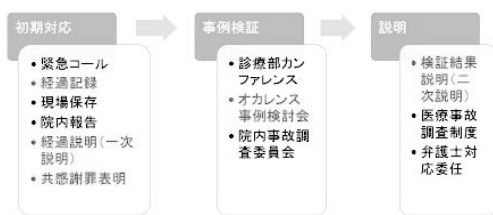
患者、家族との関係をこじれさせないために



医療安全管理部
白神幸太郎

阿部 充 柿本由美子 北野朋子 赤井太地

有害事象に対する対応プロセス



事前の関係構築

- 医師に対する不満が医療事故の発生を契機として噴出する。
- インフォームドコンセントの説明内容、記録を充実する。
 - 目的は患者、家族に理解してもらうことである。
 - 外科系であれば手術説明に予死死亡率、合併症リスクについて個々の患者に個別の説明を行うべき。
 - インフォームドコンセントはアライバイや言い訳ではない。
 - インフォームドコンセントが得られていなければ、たとえ過誤がなくとも損害賠償責任を課される。
- 患者、家族は医師の人間性、熱意、不安などを的確に見抜く。
 - 身だしなみ、服装を整え、礼節をもって患者、家族に接する。

→証拠として残せるものはインフォームドコンセントのみ

患者、家族との関係をこじれさせないための提言

- 有害事象発生の際にも治療を継続し責任を全うする。医療者であり続ける。
- 医療安全管理部が早期より介入することで、取り返しのつかない信頼関係の破綻を回避できる可能性がある。
- 有害事象発生時には、患者のナラティブに耳を傾けることが必要となる。
- リピーター医師をマーク。

→「逃げない」「キレない」「しゃべりすぎない」