

③共通したテーマによる研修会

調査員：活動内容はいかがでしょうか。

院長：一つは、こういうニュースを月に一度出しています。安全管理室で作るわけですが、事務部門が中心になっています。これは、病院内の全部の部署に配布されます。それから研修会の企画も年に本当は二回ですが、現実には今一回ですね、来月またこれを開催予定です。ニュースレターを発行するのと、研修会を企画します。

調査員：横断的な安全体制づくりですね。

2) 上記における困難性とその解決過程

①人手不足：専従事務職員を配置、データベース作成。まずはデータの集積、続いて解析

院長：医療安全管理室の役割は、事故に関するデータの集積、解析および方法ですが、解析がまだです。組織立って、計画、進行中です。それから安全管理に関する研修会を企画する。それでこのインシデントレポートの入力および解析は、今準備中です。

調査員：これはインシデントレポートですか。

院長：そうですね、簡略化した医師専用のもので、無記名です。

こういうものを、今進行形ですけれども、すべてコンピュータに入力すると、こういうふうに全種類、院内のインターネットで見えるように作っています。

看護部中心の、薬物に関するもの、薬剤以外のもの、体位変換の移動とか患者さんの世話に関するもの、診療業務に関する酸素投与とか処置と手術とか麻酔分娩・検査、転倒、診療情報管理コンピュータ施設管理、これらはコンピュータに入力して、今作成進行中です。看護部では、インシデント・アクシデントがあったら、その部署・部門で検討している段階です。中央的にそれを解析するっていうシステムには、まだなっていない。こういうものを、今作りつつある段階です。

副室長：情報はあがってくるけど、処理していくのにかなりの労力を要するというのが一番困っていることです。事例の分析は、昨年度までは部門ごとにやっていました。例えば、看護部門であがってきたインシデントは、看護部門が集積して情報を分析してデータ化して、その結果を安全管理室に報告するという形です。去年は、私がやっていましたが、1000 何件あがってくると色々大変でした。今年から管理室を作ってください、事務方を一人置き、フォーマットのほうをやってください、とにかく情報の入力はその方をお願いをします。私達はそのデータをもとに、インシデントのレポートの中から、見えてくるものに関するものにエネルギーを向ける。事務的なものは事務の方をお願いしています。

調査員：原因分析がもう一つなされてないわけですね。

副室長：そうです。とにかく、手間がかかるということが問題ですね。それで、今これを

作っています。紙ベースでかかれたものを事務の方が入力するという形です。

副室長：部署のリーダーは、自分のところのレポートを自分で入力して、原因分析と対策を見えています。部署ではどうしようもない問題は、看護部門のリーダー会にあげてきて、看護部門で解決できるのはそこで解決するし、そこで出来ないものは委員会へ副部長に上げてもらうという形をとり、問題を解決したら下へ降りてくるという形です。

②診療部（医師）がもっている、合併症の発生はある程度は仕方がないとの考えの修正

院長：インシデントレポート・アクシデントレポートはもちろん集計は行っているわけですが、医師の報告書が異様に少ない、これが一番問題です。だから医師部門に関しては、レポートを出来るだけ簡略化したものを作ったわけです。

医師から少ない理由・医師から出にくい理由というのは、例えば合併症と事故の区別がつきにくいのが一つあります。例えば手術で出血して輸血が必要であった。あるいは傷が化膿して、退院が長引いた。これは、本当は事故なのでしょうけれど、おそらくこれは誰も事故として報告はしません。

この病院では、レベル0からレベル6まで、その事故の内容を分類しているわけです。0は、ヒヤっとしたけど何もこらなかつた。1は起こったけど、なにもなかつた。一番上の6は死亡。5は何かがあつて後遺症を残した。4は入院が長引いた。2とか3はちょっとバイタルの変化があつたけど特に入院期間が長引いたわけでもない、たいしたことがなかつたっていうのが3から4までです。重大な事故っていうのが5と6になります。

③文献的にも検討を加え手技の変更

副室長：転倒転落はどうしてもいろいろあるので、今年はいろんなものを試して、それを購入することにしました。そのために、スコアをきちんとしようと整えました。これは、みんなに使ってもらわないといけないということで、使い方の研修を各部署でリーダー中心に流しました。

④開催曜日を変え、複数回実施により参加者増をはかる

調査員：研修の出席率はいかがですか。

院長：講堂の収容がだいたい300人ですから、多くて300人。医療機能評価でも、全職員を対象とした研修っていうのは分けてやるしかないのです。先日は接遇に対する研修会、これは、全職員を対象としてやったので、4回に分けてやって、約900人位出席しました。出席率、参加率としてはよかったですね。職員がたくさんいるのと、交代制職場が主ですから、全員がなかなか集まるのは非常に難しいでしょうけど、これが活動のひとつです。

3) 安全体制作りに必要な要素など

① 体制作りのポイントは、組織図

調査員：体制づくりのなかで、一番重要と考えていらっしゃることはどういうことですか。

院長：組織図ですか。それはやっぱり根幹をなすわけです。

院長：うちの安全管理の欠点を挙げると、原因分析が十分なされてないことです。

レポートはたくさん集まってくるけれど、それを十分解析をしてフィードバックするということが非常に足りない。これからの課題です。もちろん、たくさん集まることで、職員の安全に対する意識改革に繋がるのですが、本当は、それを分析して対策をたてることがさらに大事になってくる。

そのためにシステムを変えてきた。安全推進部会と、評価改善部会で評価をするということなんです。

調査員：十分機能するための組織づくりをご苦労されたということですね。

調査員：組織には、人というのがありますけど、人というのはどうでしょうか？

院長：専任で、統括する立場の医師・看護師がいれば一番理想的でしょうね。人材を確保するっていうのは、経営のところで難しいのかもしれませんが。安全管理はお金がかかるわけです。平成14年度は赤字でしたから、大変ですけど、やらざるをえませんからね。

副室長：今、部門でも、安全に出来るようにということで、ほしいものを出していると思います。ポンプ一つにしても、いろいろな会社があったり、旧式のもの新しいものとかあったり、いろいろです。ME機器に関してはどこの部署でも同じになるようにして、看護部門や先生がたと相談して、MEセンターで基本的な形を決めてもらい、何種類も入らないようにしてもらっています。同じ機種でないと、間違いの元だったということもあります。特殊なICUや小児領域は、一部機種が違いますけど、成人のところは一種類で中央管理しています。週毎に点検するという管理方式をとっています。

②安全の必要性を伝える

調査員：院長の立場として、医療安全をどのようにスタッフへ伝えているのでしょうか。

院長：一番大事なことは安全性ですね。病院医療、病院に限らず医療で、安全管理というのは非常に大事ですので、研修会を開いたり、こういうマニュアル、院内LANで情報流すとか、そういうことを、一生懸命やらなきゃいかんと思っています。

③横断的な解決

調査員：組織横断的な体制作りについて、お聞かせ下さい。

院長：確かに横断的な体制作りというのは難しい。かなりいろいろな職種との関連で、役割は成り立ってますから、そういう意味では横断的といえるかわかりませんが、本当に体制としてあるかというところちょっとそれはどうでしょう。

調査員：医師の参加やレポートの提出などについてはいかがでしょうか。

院長：医師は大体入っていたと思いますが。なかなかそういう会が開かれても、集まる人がどうも限られるようですね、忙しいとか、都合がつかないとか。

調査員：マニュアルを改定するというお話がありましたが、どのようなことを改訂されるのですか。

院長：医療安全管理委員会のPSやQCで、改定を進めるっていうことになると思います。もし改定するなら、対策委員会の規定を若干文言の訂正とかその程度だと思います。

副室長：転倒転落のアセスメントスコアを作ったり、ドレーンチューブの抜去について抑制の問題などに関する基準っていうのを作ったので、ちょうど作業しています。看護部門から、原案を出し、それを安全管理委員会にかけて承認をもらって、マニュアルを作るという手順です。

調査員：リスクマネジメントリーダー会は月1回ですか

副室長：はい。安全委員会からこういうことがあったという報告、こういう検討がされてこういうことが決まったとかっていう話は、副部長がリーダーにおろし、リーダーはスタッフにおろすという形です。安全対策委員会の話も伝達されています。周知徹底というのは難しいとは思いますが、医師を巻き込みたい、一部門だけで解決していけない問題はいっぱいあります。情報が一番集まるのは看護部門だと思いますが、最近では、医師から、看護部に、こんなことがあって、どうなっているのかという話が入ってくるので、医師部門も動いているんだなと思っています。

調査員：安全を推進するうえで、ご苦労されたことをお聞かせ下さい。

副室長：安全と言ってもかなり広いことをします。たとえば、看護部門で器具的な問題があるよとか、器械的な問題があるよってといったことに関しては、必ずそこへ行き、MEの先生たちに相談し、というかたちでつながっています。その現場で解決できる問題と、もうちょっと大きくトータルに考えないといけないような問題といういろいろあると思います。そういう部署が集まって検討しないといけないような問題があがってくると思います。

感染に関してだったら、感染対策委員会があるので、基本的には大きな問題で、ここで検討しないでも、ある程度ここで検討できるっていう振り分けをしてくださる委員会という面もあると思います。ですから感染とか針刺しとかそういう事故に関しては感染対策委員がやるという形で、みんなが分担してやっているのだから基本的にうまくいっていると思います。

④安全対策の始まりは、説明と同意

調査員：患者の立場として情報開示というのがこの病院の基本方針にもありましたけど、説明の同意に関する事などについて、医療安全対策の中ではどうなっていますか。

院長：最初、この安全委員会が出た時に設立された時は、接遇でした。共通事項としてまず接遇の話と、インフォームドコンセントですね。部門ごとに作ってはいるのですが、副院長も言いましたが、私達は、職員として、接遇とか説明とかそ

うということか、事故を突き詰めていくとそういうところに来るということです。説明不足、接遇だと。怒らせてしまってから言っている、聞いてないなんていう話にもなりますから。

1998年に、私が、医療事故防止対策委員会で今年の重点目標というのをだしました。

副室長：1998年には、接遇を、年間目標ということで、委員会のほうから部署のほうにおろされました。

看護部門でも、接遇のレポートを書こうとか、去年は、インフォームドコンセントが重点目標で出されて、先生たちだけでなく、看護部門も考えました。難しいですね。

院長：説明をとということで。説明と同意に関してはもっと求められているので、作っています。どんな時に説明するか、何を説明するかとか。全部署で必要なことだとか、部署毎、たとえば、小児科領域・薬剤部門・放射線科部門・看護部門などです。

⑤兼任医療安全管理室副室長としての役割

調査員：兼任のマネージャーで、看護部付けで、安全管理の看護師長で、教育のほうも担当、副室長をしていらっしゃるのですが、今の役割で一番ポイントになることは何ですか。

副室長：一応看護師長ですが、医療安全管理室の医療安全管理委員会の資料の準備や、情報を収集・分析するのが、副室長の役割です。今、一番取り組んでいることが、レポートなど、効率よく情報を入力して、それをいかにタイムリーに現場に報告できるかっていうことです。

今までは、私が看護部門のインシデントのレポートの情報入力を全部していましたが、専任でやっていると見えてくることってあるのです。自分が部署にいた時には、自分の部署のことしか見えなかったんだけど、部署ごとに見えなかったことが見えることがあります。

最近、ここの科はこんなことが多いとか、ここの病棟はなぜこういう問題がよくでてくるのだろうかとか。それを、去年は、各部署に返したり、あなたのところはどうも点滴をつめる時に、入れ間違いがあって点滴を破棄したりすることが多いけれど問題はないのかしらと返したりとか、広く見えてきたと思います。医師の問題も見える位置にきました。

院長：メイン分析と、それに対する対策をたてて、それを現場にフィードバックするというのは大切なことだと思います。そう意味ではある程度、専従・専任が必要だと思うのです。

調査員：部署間とかでチェック機構みたいなものはありますか。

副室長：4月から、部署のリーダーに、自分の部署の分析をできるようにソフトを作って、入力させるようにしました。そうすると、月単位でちゃんと集計して分析しているので、自分達が気付くようなシステムに変えました。

リーダーは、一ヶ月やってみて、注射が多かったのか転倒転落が多かったのか、これぐらいのことは数として、自分の部署の傾向がわかります。それに対して何か対策を出して、そのレポート用紙を部署で綴じておいてくださいとしました。そこで解決できたら上にあげてくださいとしました。

副室長：それから、症例検討会というのを毎月やることになっています。分析の見方や考え方の教育にもなっています。

⑥書きやすい・提出しやすいレポート書式の工夫

副室長：人ということに関しては、情報収集のところで、かなり労力を要する場合があります。スタッフもかなり意識は高まってきているので、リスクのことに関しては、情報はみんな書きます。

接遇ということで、院長から一生懸命気をつけようと言うと、ちょっと患者さんとトラブルがあったということもあがってくるようにもなりました。

副室長：このレポートは、2003年3月に変えたものです。書きやすいということを念頭に、医師のものはチェック式にしてもらいました。看護部門はもうちょっと文章が多いレポートでした。

発見した人も、起こした人も書きますが、それぞれ、なぜそうなったかってところを分析していかないといけません。しかし、発見した人は書きたくないんですね、自分がやったことでもないのに、なぜ書かなきゃいけないのか、誰かが間違えたんやという話もありました。そういう時には、何がおこったかぐらいはチェックしていただくにして、出すほうも、できるだけ簡単にして、時間を節約できるようにしました。

副室長：これは薬剤に関するものです。多くあげすぎたとか、日にちを間違えたとかということ。レベルの妥当性を確認して、医師に報告して、対応がされているか。患者の要因、どういうことにリスクが高いかということ。看護側が、なぜ自分がルール違反したのかとか、確認が悪かったのかということ。振り返りをしてもらおう。マニュアルどおりやったのに駄目だったら、マニュアルがおかしいという指摘をしてもらおう。先生の字がきたなかったとか、小さくて読みにくかったとか、他の医療者のこともある。どうしたらよかったかということ。後になってわかることとして、すごく忙しかったとか、体調がこうだったとか。チェックだけすればいいという形で作りました。

調査員：提出先は医療安全委員ですか。

副室長：看護部に出てきて、問題なのは上にあげます。

副室長：これは、薬剤に関するものです。後ろに注射の一連の流れを書きます。

口頭指示はしないとか、こうすべきことなど書いてあるのですが、自分が、このなかで何が出来てなかったのか、振り返ってもらいます。これは座薬とか、ドレーンの自己抜去とか処置や診療の補助の問題のレポート用紙です。診療上の補助と、療養上の問題、療養上の問題になっていますが、転倒転落とか、食事・配膳のミスなどです。

こちらは管理上のものです。床が濡れていたとか施設が雨漏りをしてここが危なかったとか。カルテ診療の記録が紛失したとか。

分類としては、以前は、医師も同じようなレポートを使っていたので、全職種同じインシデントレポートでしたが、それでは書きづらいし分析しにくいということで、看護部門は別で、医師の書きやすさを考えました。

副室長：医師が5・6以上のものは、普通の事故報告書になります。

調査員：提出数はいかがですか。

院長：看護部門では平成10年度は約930、約1000近くある、その時に医師は同じ年で20程。医師はちょっと増えているとは思いますが。

調査員：指示がわかりにくくてミスをしたような場合は、どうしていますか。

副室長：こんな指示だったとか、こんな処方箋だったとかはコピーをつけてもらうようにしています。そして、医師部門のサブマネージャーに、こういうものがきておりましたと報告をして、サブマネージャーは、その科に、〇〇先生がこういうふうですと、現場に返してもらっています。

⑦教育の工夫

調査員：安全管理に対する教育はどのようなことをされていますか。

副室長：まず、病院の研修があって、それを補うような形で、看護部独自の研修を企画します。例えば、病院の安全委員会がする研修は、年の始めと秋の集合教育で、看護部門の教育委員会では、新人対象にオリエンテーション期間と夜勤に入る前に行います。また、リスクマネジメントリーダー会で、それぞれやっていることの発表会をします。看護部内での教育スケジュールに沿ってやっていくというような感じです。

調査員：インシデント、ヒヤリハットの中で、教育に組み入れた内容がありますか。

副室長：看護部門に関しては、4・5・6月あたりに、新卒者に、抗生物質の量の間違いや、処方箋の読み間違い、TNボトルの取り扱いやアンプルでの怪我が目立ちました。それで、今年の新採用者には、実習期間で、感染など自分を傷つけないようにしようと、アンプルカットや処方箋の見方も教えました。ポンプの取り扱いなどは、いまだきの子は携帯世代で、できやすいということがわかって、それは、現場での教育に戻してというように教育を変えました。

⑧クリニカルパス

調査員：実際に使われているパスの数はどのくらいありますか？

院長：約100くらいあると思います。

調査員：先ほどの医師のレポートのなかで、入院期間が長くなるとレベルが4になるとをおっしゃっていましたが、パスによって整理されたものがありましたら、教えてください。

院長：パスの目的はその安全性ですね。特に、こちらは、供給系をまきこんだパスですから。薬札もその時に印刷されてきますので、誤薬とかは少なくなる。安全性とい

うことについては、パスが非常に役立っています。標準化とか効率化とかという前に、安全性については貢献していると思います。

副室長：字が見えにくいというのはなくなるということですね。

院長が言ったとおりですが、供給系ということで、一つのパスが全部門関わっていますので、検査部門も栄養部門も薬剤部門も、当然、医事課関係も全部、この一つのパスで行くといったと同時に、いろいろな部門がそれで全部動いているので、指示がかなり統一されます。科によって、パスが増えてくることによって、この先生とこの先生で、同じようなことするのに細かなことが違うというようなこともすごく少なくなって、パスでは随分助けられています。

G 病院

1. 医療安全に関する体制

1) 体制

- ・ 病院長がトップにおり、その下にあらゆる組織がある。
- ・ 安全管理部門の活動は安全管理対策室が中心に行っている。
- ・ 安全管理対策室には専任のG R M（ゼネラルリスクマネージャー）がいる。
- ・ 安全管理対策室の下にあらゆる部門のリスクマネージャーがいる。
- ・ 安全管理対策室だけからフィードバックできないことや、費用がかかるようなことはリスクマネジメント委員会で扱う。

2) 構成メンバー

- ・ 安全管理対策室の室長は副院長、副室長はG R M（ゼネラルリスクマネージャー）である。
- ・ G R Mは専任であり、看護師長である。
- ・ リスクマネジメント委員会のメンバーは、病院長・副院長・G R M・薬剤部長・看護部長・感染師長・事務部長・事務部次長・副看護部長。
- ・ 安全管理対策室には専任の事務職員が1名いる。
- ・ 各部門にはリスクマネージャーが2名ずついる。

3) 活動内容

- ・ 安全管理対策室では、インシデント・アクシデント・クレーム対応などを行う。
- ・ 安全管理対策室では第2・第4月曜日の朝7時半から定期的に会議を行い、事故の報告内容のレベルを決めたり、対策を検討する。
- ・ 第2水曜日の夕方に事故分析を行う。
- ・ 検討されたことは毎月のリスクマネージャー連絡会議で全部署のリスクマネージャーに伝達する。
- ・ リスクマネジメント委員会は月に1回開催される。
- ・ 各部署から毎月 安全確保状況報告書を提出してもらっている。

- ・年に3回 病棟間相互チェックを行っている。
- ・施設・設備や職員の接遇などの報告は安全管理報告書として提出してもらっている。
- ・職員教育として、計画的な研修を行っている。(年間4回)
- ・安全管理対策室長と副室長は、大学での安全管理に関する講義を担当している。
- ・GRMは医療相談室での相談を週に2回担当している。

2. 医療安全体制の実状

1) 医療安全体制

副院長：医療安全体制は、病院長が一番上におり、安全管理対策室の室長として副病院長の私がおります。副室長を兼ねて専任のゼネラルリスクマネージャー（GRM）がいます。その下にあらゆる部門のリスクマネージャーがおります。安全管理対策室では第2・第4月曜日の朝7時半から定期的に会議を開いています。そこでは事故の報告内容のレベルを決めたり、対策を検討したりします。また、第2水曜日の夕方に事故分析を行います。このようにして検討されたことは毎月のリスクマネージャー連絡会議で全部署のリスクマネージャーに伝達されます。また、部署からの意見の吸い上げなどを行います。

安全管理対策室だけからフィードバックできないことや費用がかかるような事項もあるので、それらは月に一回開催されるリスクマネジメント委員会で扱います。そのメンバーは病院長、副病院長、GRM、薬剤部長、看護部長、感染師長、事務部長、事務部次長、副看護部長です。

副院長：GRMを専任にしたことでクレームでもなんでもここにきます。リスクの範囲って広いんです。感染や事務部門の患者のクレームなどなんでもきます。

GRM：リスクの問題は現場を巻き込んで協力を得ながら進めていかなければならないのでひとりでは動けません。今は仕事量が多すぎます。辛いです。しかも看護師ですから。でも、看護師がリスクマネージャーであることが多いですし、適任だという話もあります。

副院長：他の大学ではリスクマネジメント専任の医師が独立しているところもあります。将来的には、そうなっていくかもしれないですね。

GRM：また、安全管理についてある程度わかっている事務部門も必要です。今は各部署から集まってくるインシデントレポート集計作業も毎日私がしています。メールで送付されたものを整理します。

副院長：メールで送付されたインシデントレポートはセキュリティがかかっている、どこでもは見れません。安全管理対策室の他、一部の部署でしか見れないのです。各病棟のリスクマネージャーは自部署のだけ見れます。

調査員：インシデントレポートは実名ですか。

GRM：匿名です。けれども安全管理対策室で私が開いた画面だけは報告者の名前がわかります。それ以外の部署では報告者名も患者名もわかりません。わかるのは当事者の職種と経験年数および患者の性別と年齢だけです。

副院長：インシデントを起した場合、所属長に口頭報告してからメールに入力するようにしています。そのため所属長には誰がどんな内容を報告したかということとはわかり

ます。医療事故だけは患者名と報告者の名前が入ります。

匿名性を保つのは結構大変なんです。一応匿名ということで誰にもわからないという建前で報告してもらっています。しかし、インシデントを起した職員は呼んで指導するようにと院長からいわれるのですが、そうすると匿名性が保てない。相当な状況のインシデントの場合にはGRMが直接その部署に行って状況確認するようにしています。基本的にはその部署の管理者（医長や看護長）に安全管理対策室に来てもらって、状況確認やインシデントを起した本人への指導や対策などを検討します。私たち安全管理対策室そのものは職員を直接罰することはできないのです。

調査員：このような報告体制はいつからですか。

GRM：最初は紙レベルです。平成11年頃までは記名式でした。

それで、直属の課長の印鑑をもらって、さらに関係部署の課長や責任者の印鑑をもらってから提出ということでしたので何日も遅れて報告があがってくるという状況でした。

そのため、メールによる報告システムに切り替えたのです。

調査員：メールになったことでインシデント発生と報告までのタイムラグはなくなりましたか。

副院長：看護部門はゼロに近いです。医師部門は少し遅れています。それは上司と相談してからでないと報告していかどうか判断できないというようなことで遅れたりするようです。以前に比べれば報告書の用紙を探す手間が省けたこともあり、医師からの報告数が増加してきました。

私は新しい職員が入った時のオリエンテーションで、病院側としては君達を徹底して守ると約束してあるんですね。それが僕らの一番大事なことで、患者さんも当然だけれど、僕達は君達を徹底的に守りますっていうのを一番最初に言います。情報提供者を守る姿勢が大切で、そうでないと真実が出てこなくなります。そのため匿名性を保つことが必要なんです、いいときと悪いときがありますね。何度も同じミスをする職員がいたとしても我々はその当事者をわからないということになっていますから、例えば看護長から聞いたということで一緒にここにきてもらうようにするなど配慮しています。

調査員：メールによる速やかな報告体制と匿名性により、純粹に事実を確認し、対応しようとするところがこの報告システムのよいところですね。

2) 重点的取り組み事項と困難性

(1) 各部署の安全管理状況の確認

GRM：私が病棟に巡回についてチェックをしています。また、安全確保状況報告書を各部署から毎月提出してもらい、毎月のリスクマネージャー連絡会議のときに報告してもらいます。これは月ごとで安全管理の重点取り組み事項（テーマ）を決めてそれに沿って点検してもらうものです。医師や看護部門、中央部門も全部です。

調査員：このようなシステムができあがったのはどれくらい前からですか。

GRM：2、3年くらい前です。

調査員：その頃からこのような様式だったのですか。

副院長：最初はキャンペーンと言う形でした。平成12年の8月頃から今月のキャンペーンというかたちで、指さし確認しましょうなどというものでした。提出方法も最初は紙だったので整理するのが大変でしたが、今はメールです。

調査員：全部署から提出されているのですか。

GRM：最初はなかなかできませんでしたが、ここの部屋専任の事務職が一名おられて、かならず回収するようにしました。今は提出したものに必ずなんらかの返事を返しています。

副院長：うちのリスクマネージャーは各部門で2人ずついます。医師部門では各科の病棟医長と外来医長、看護部門では病棟看護師長と外来看護師長というように必ず2人いますのでその人たちが協力して取り組んでくれています。

調査員：毎月のテーマはどのようにして決めているのですか

GRM：先月にあったインシデントで問題のあるものから取り組むようにしています。注射に関するものが先月多かったら注意喚起をかねて重点項目としてテーマにします。

副院長：以上のような安全確保状況報告のほかに病棟間相互チェックという取り組みもしています。これは年3回行ってまして、自分の部署以外のチェックを行います。

調査員：違う部署をチェックするのはなぜですか。

副院長：その部署の工夫していることや問題点などを知ることで情報収集や意見交換ができるからです。また、安全管理対策室のメンバーにとっても現場を見るいいチャンスでもあるんです

調査員：どういう視点で他部署を見に行くのですか。

GRM：マニュアルから項目を出したチェックシートに沿って確認します。マニュアルが守れてたら大きな事故は起こらないだろうということでチェック項目を決めます。

副院長：チェックリストの基本形を決めてそれがどう改善したかわかるような形になっています。

今年のメインは診療録のチェックです。看護診療録、医師診療録、指示書などです。

調査員：チェックした結果はどうするのですか。

GRM：チェックされたものをまとめてフィードバックします。その部署が前年度からどう変わってきたかということがわかりますし、今回はここところにチェックが入りましたから何か対策を考えて下さいという形で戻しています。

調査員：重点取り組み事項や病棟間相互チェックの効果をどう評価しているのでしょうか。

GRM：効果があるのかないのか指標が無いので難しいです。インシデントの報告件数だけではみえないものですが、私の個人の目標として今年は報告件数を上げる事をあげました。そうしたら報告件数が上がってきました。けれどもそれが効果なのかどうかは報告数だけでは見えません。強いて言えばレベルの高いリスク事故が少なくなるのか、レベルゼロが増えるのかそこらが私の今のところの目標です。とりあえず同類のインシデントの発生率をみて行って評価する予定でいます。

副院長：最近のことですとインシュリンの投与方法に関するガイドラインを9月に決めて10月中旬に周知してその翌月から開始しました。また、指示書と実施記録を一枚にしました。実施する現場に指示書を持参して、実施記録も同時にすることで間違いが

減るのではないかと考えたのです。それでどれだけインシデントが減少するかみていこうと思います。

また、患者間違いに関しても私くらいになると患者の名前を覚えていませんからカルテで確認します。けれども患者の顔を知っているといちいち確認しませんから逆に患者間違いをする危険性が高くなります。患者確認行為が摺りこみ現象のように当たり前の行為として行われてくると効果としてみえてくるでしょうね。

今まで決まっていなかったことが少しずつマニュアルとして揃ってくるということが一つの評価になると思います。

調査員：マニュアル類の整備とそれに伴う職員の行動変容から評価していくということですね。

副院長：きめこまやかだけど複雑じゃない統一されたものを揃えたいのです。でも難しいです。

GRM：インシュリン一つにしても診療科によって全く違った使い方します。検討するのは大変でした。

けれども医師がその気になって入ってきてくれたから早かったんです。3回くらいの会議で決まりました。医師の協力を得ることが一番大変なことです。今回は医師も問題意識を感じていましたのでタイミング的にもよかったと思います。

ワーキンググループメンバーに事前にインターネットなどで収集した資料を配布しておいて効率的に会議を進めたので2ヶ月くらいでできました。このことは2年越しの取り組みだったんです。

調査員：出来たものをどのような形で周知したのですか？

GRM：リスクマネジメント委員会と運営委員会を通った後、職員にはリスクマネージャー連絡会を通して周知しました。看護部門の方は看護師長会で説明しました。病棟の看護職員たちの受け入れはよかったです。それはワーキングのために私が直接病棟に出向いて意見を求めたりしていましたから雰囲気的にわかってくれたんだと思います。

医師の方へは、研修医の研修時とリスクマネージャー連絡会で周知しています。11月から開始予定です。それまでにコンピュータの方も私が現場を歩いてアイコンをつかっておいて自由に引き出せるようにしておくなど環境設定する予定です。

副院長：ちょうど今中途半端な時期でまだカルテのIT化が出来ていないんです。紙カルテと一部電子カルテが混在している状態です。

GRM：インシデントやアクシデントなどの報告書のほかにもう一つ報告書があります。ここの施設に特殊なものだと思うのですが、安全管理報告書というものです。インシデント、アクシデントでもないし、ヒヤリハットでもないけれども報告が必要だというような場合について現場が困っていたことがあったんです。

副院長：例えば鳩の糞に困っているとか、患者さん用入り口の勾配がきついとかな。このような意見を反映するためにこの用紙を作ったんです。これは報告してくれた人の名前も連絡先も全部記載してもらいます。このようなことに気づいたということが反映されるようになってるんです。

調査員：安全管理報告書は施設設備のことや接遇のことなどなんでもいいのですね。

GRM：何でもとにかく今まで何処に言ったらいいか分からなくて困っていた事をなんでも入れてくださいっていう形にして、報告システムはメールでもらっています。

副院長：この体制によって変わってきますよ。施設の不備に関する解決の方法は今まではスタッフが看護師長に言って、そこからファシリティ部門に依頼するという形でした。そうするとそこだけしか改善されないんですね。病院全体としての視野でもっては改善されません。

(2) 医療安全に関する教育

調査員：医療安全に関する教育についてどのようなことを行っているのですか。

GRM：教育に関する年間計画があります。研修医や新人看護師が入った5月に薬剤部は必ず行います。それ以後は全体の安全管理研修を何回か計画しています。また、新卒者対象の研修も定期的に組みます。注射や延命機器の扱いなど実技を含めて行うものは、看護師には徹底できるのですが、医師は集まりが悪いという点が研修形態の面で課題です。

全体として参加者数は増えてきています。なるだけ現場からの意見を反映するために年度末にアンケートをとって次年度の研修計画に生かすようにしていますが、うまくいっているといえないのが現状です。

全職員対象の医療安全に関する研修を年に4回開催しています。テーマはその時々でタイムリーなものを行います。

副院長：これに関して言うと看護部のほうがずっと進んでいますね。新しい医療機器に関する講習などはきちんとできています。医師の方はなかなか集まりません。数ヶ月たって医局の一員として忙しくなり、夕方5時頃からの研修となると一番忙しい時間帯ですから。

それに、研修に参加しないことに対するペナルティーがないのでどうしても意識が低くなります。ですから研修に参加した人だけがこの医療行為を行えるというようなことを決めることが必要になってくると思います。自主性だけに任せていくと大事なものがすりぬけてしまう恐れがあります。

調査員：ペナルティーというのではなく、出席する努力に対するメリットがあるというようにするとモチベーションが上がりますね。

副院長：研修会の時期として、新卒者のオリエンテーションが4日間あるのですがそのときに医療安全の研修をやっても頭に入らないと思います。少し期間をおいて4月の1ヶ月間のうちがいいかもしれません。医局員としての業務があまり忙しくない時期ですから。けれどもその時期に受けた研修をその後の業務に生かせるかは難しいですね。本当に業務上で困った時が一番いいのですが。

ところで、輸液ポンプやレスピレーター、手術器具などの医療機器の種類なんですけど、国立大学であるためひとつのメーカーだけを使うわけにはいかないんです。そのため、様々な機種の違いの取り扱い方法があって、標準化が困難なんです。それがリスクに繋がるので問題でしたが、今後は改善される予定です。リスクの視点での整備が進みます。

あと、昨年から大学での講義を行っています。私とGRMの彼女が安全管理に関して90分の講義をしています。

調査員：インシデントを何度も繰り返す職員の教育についてはどうしているのですか。

副院長：ここ安全管理対策室に、看護師長やリスクマネージャーと一緒に来てもらって話を聞いています。けれども本人には効果があってもその部署の他の職員にはどうか分からない。

GRM：私とその部署のカンファレンスに参加したり、インシデント事例の分析や検討会を開催するときに参加したりしています。また、部署内の学習会で話をしたりします。その他の教育方法としては、参加者が実際に体を動かしてみても間違いに気づくような形の研修はどうかという意見があります。

副院長：突然私たちが部署を訪問してみてもどうかという意見もあります。やはり何度もインシデントを繰り返す人にはどこかで注意はしないとイケませんね。

(3) 医療相談室の役割

調査員：インシデントに関わった患者や家族との関わりはあるのでしょうか。

GRM：それはありません。現場の方が直接対応をしています。患者や家族の声を聞く部署として医療相談室があります。私は週に2回、月曜日と金曜日を担当しています。私の他に臨床心理士も担当しています。そこではクレームや相談という形であらゆることを受けています。

副院長：医療事故に近いようなレベルの高い内容の相談の場合は私自身も同席して話を聞きます。

背景にある問題など含めて状況確認が必要だからです。4年間で3件ありました。

3) 安全管理体制に必要な要素

(1) 動ける人の存在：GRMの位置づけ、責任と権限

調査員：大変広い範囲をカバーして活動していらっしゃるようですが、安全管理体制に必要な要素についてはどのようにお考えでしょうか。

GRM：動ける人がいるかどうかだと思います。安全管理対策室が機能するためにその室員に時間的・精神的なフォローが必要です。

副院長：私は責任と権限が明確であることが必要だと思っています。今のところは責任は大きいけれども周囲を動かす権限の面は難しいです。これは安全管理対策室の位置づけがきちんと決まっていないからです。GRMの彼女が専任でいるけれども幹部会議や運営委員会に出席できるわけではありません。また、職員の意識としてもこの予算がどれだけでどれほどのことをできるところなのか分からないのです。

調査員：安全管理対策室の担当はどのような職種が適切だとお考えでしょうか。

副院長：フットワークの面からは看護師がいいです。けれども権限の面では弱いので、医師が必要です。

GRM：医師と看護師の両者が専任でいた方が絶対いいです。

調査員：そうですね。ところでGRMとしての活動面ですが、院内の各部署をよく足で回っていらっしゃるなという印象を受けました。これも要素として関係するのではな

いでしょうか。

GRM：職員に私の存在を知ってもらおうということも大切ですね。現場に出て行くことが大切なんですがまだ少ないと思っています。

副院長：やはりGRMになることがその人のキャリアにならないといけないですね。彼女はもう3年やっていますが、いつまでも彼女がやるわけではありません。GRMを経験しないとあるポストには就けないというようなくらいの位置づけが必要な気がします。医師の部門にしてもそうです。実際に新任のリスクマネージャー（病棟医長）にこの活動を1年してもらいまして、ずいぶん意識がかわったようです。

安全管理部門のポストがどのような位置づけでその人の良いキャリアとなるかを考えていかないといけないですね。そういった意味では現在の彼女のGRMとしての立場は微妙なところなんです。看護部としてはなんとなく独立しているようでありながら管轄下のような部分もあります。病院としてもはっきりさせていかなければなりません。

国としてもGRMを置きなさいといっておきながら特に規定は設けていません。その施設に任されています。

GRM：GRMとしての教育の規定はありません。研修会はありますが、自分でどうなるべきかは自分で勉強している段階です。個人やその施設に任されています。

調査員：国からGRMの規定が明確にだされれば、職員の認識も変わってくるでしょうね。

GRM：社会的に認められることが大事です。

(2) 予算の問題

調査員：予算の面ではどうですか。

副院長：安全管理対策室が機能するためにはある程度予算が必要です。ここの独立性のためには活動に必要な予算とそれを使える権限が必要なんです。

GRM：例えば患者の転倒・転落事故に対して、予防のためのマットコールシステムという器械を使用しているのですが、現場でどの程度不足しているのかということ进行调查したんです。現場としてはいつ新品が届くのだろうかと期待していたのですが、結局予算がつかず見送りになったんです。こうなると現場からは安全管理対策室は何も対応してくれないという印象になってしまい、協力が得にくくなるんですね。現場の声は貴重ですからそれに速やかに対応することは評価につながりますし、現場の士気も上がります。けれども予算がないためにこの対策室が評価されないというのはおかしいと思います。

調査員：安全管理のための予算は直接的な収益として数字が出ないので、予算としては計画しにくい部分なんでしょうね。

副院長：現在あらゆる施設で安全管理対策室ができて、GRMにおいて報告システムなどを整備してというようになってきています。これからはその次の段階ですね。この安全管理対策室が職員の中にどのようにイメージされているか今は判然としないところがあります。どんなことをするところなのか、どんな職員がいるのか、どんな権限があるのかなどということがあまりわかっていないんですね。そこをわかってもらうということは非常に大切なことだと考えています。やはりここの独立性とし

て人とお金が大切です。

(3) トップの考え方

調査員：その他に安全管理に必要な要素はどのようなことでしょうか。

GRM：トップの考え方です。それに尽きると思います。トップの考え方によって安全管理に対する人の配置や予算の分配の優先順位も違います。

H 病院

1. 医療安全に関する体制

1) 体制

- ・医療安全管理に関する組織は医療安全対策委員会と医療安全管理室がある。
- ・作業部会としてリスクマネジメント部会がある。
- ・平成15年から医療安全管理対策室を設け、副院長が室長、専任リスクマネージャーが副室長である。
- ・看護師長の専任リスクマネージャーがいる。

2) 構成メンバー

- ・医療安全対策委員会の委員長は副院長、副委員長は専任リスクマネージャー、代表リスクマネージャーが4名（事務部長、看護部長、外科系代表医長一名、内科系代表医長一名）、院内感染対策委員会委員長、褥瘡対策委員会委員長、臨床検査科長、放射線科医長、薬剤科長、庶務課長、会計課長、医事課長、医事班長、医療安全管理対策担当の副看護部長が構成メンバーである。
- ・リスクマネージャーは臨床研究部長、各診療科の医長、医長が二人いる診療科は先任医長、薬剤科長、臨床検査技師長、放射線科技師長、栄養管理室長、理学療法士長、看護部では各病棟及び手術部、中央材料部、外来の看護師長が任命されている。
- ・インシデントレポート検討会のメンバーは院長、事務部長、看護部長、薬剤課長、副院長、専任リスクマネージャーの6人。

3) 活動内容

- ・安全管理対策委員会は月に1回開催されている。
- ・安全管理対策委員会では、医療安全管理対策マニュアル・規定の見直し、専任リスクマネージャーの活動内容の報告、重要インシデント事例の報告、インシデントレポートの集計・分析の結果の報告等がなされている。
- ・インシデントレポート検討会を週に1回行っている。
- ・感染対策委員会、褥創委員会を月に1回開催している。
- ・感染対策委員会はメディカルラウンドを月に1回行っている。
- ・感染が発生すると感染対策小委員会を臨時に開催する。
- ・教育・研修を計画的に行っている。

・マニュアル作成

2. 安全管理体制の実状

1) 医療安全に関する体制

調査員：医療安全に関する、組織、体制、構成メンバーにつきましてご説明をお願いいたします。

副院長： 当院の医療安全管理に関する組織体制は医療安全対策委員会、医療安全管理室、作業部会としてリスクマネジメント部会があります。医療安全対策委員会の委員長は副院長、副委員長は専任リスクマネージャー、代表リスクマネージャーが4名（事務部長、看護部長、外科系代表医長一名、内科系代表医長一名）、院内感染対策委員会委員長、褥瘡対策委員会委員長、臨床検査科長、放射線科医長、薬剤科長、庶務課長、会計課長、医事課長、医事班長、医療安全管理対策担当の副看護部長が構成メンバーです。これらのメンバーはリスクマネージャーを兼任しています。

今年新たに医療安全管理対策室を設け、私が室長、専任リスクマネージャーが副室長です。専任リスクマネージャーの役職は看護師長です。構成員は医療安全対策委員会のメンバーにリスクマネージャー全員が加わったものです。リスクマネージャーは臨床研究部長、各診療科の医長、医長が二人いる診療科は前任医長、薬剤科長、臨床検査技師長、放射線科技師長、栄養管理室長、理学療法士長、看護部では各病棟及び手術部、中央材料部、外来の看護師長が任命されています。各職場の長がリスクマネージャーとなっています。

調査員： このようなリスクマネージャー配置の体制が整ったのはどれくらい前からですか。

副院長： リスクマネージャーとは言っていませんでしたが、各職場の長が医療安全管理の責任者となったのは4、5年前だったと思います。専任リスクマネージャーが配属されたのが去年の4月からで、その時点で看護師長が一名増員になりました。

調査員： 4、5年前から院内各部所のリスクマネージャーが組織立ったものとして、この病院に整備された背景はどのようなところからですか。

副院長： 今年4月の就任なので詳しくはわかりませんが、院長が医療安全対策に関する体制を強化する方針を打ち出したからだと思います。医療安全管理対策の充実をはかる目的も含めて、平成10年にクリティカルパスの導入を行い、医療安全管理対策の組織作りが開始されたと思います。

調査員： 具体的な活動内容として、委員会や研修の計画はどのようになっていますか。

副院長： 月一回、安全管理対策委員会を開催します。前述した委員会メンバーで構成し、全リスクマネージャーが参加するものではありません。委員会の内容は、医療安全管理対策マニュアル・規定の見直し、専任リスクマネージャーの活動内容の報告、重要インシデント事例の報告、インシデントレポートの集計・分析の結果の報告等です。

インシデントレポートで問題になる事例があれば、その対策を協議しています。その他の会議としては週一回、インシデントレポート検討会を行っています。メ

ンバーは院長、事務部長、看護部長、薬剤課長、副院長、専任リスクマネージャーの6人で、一週間に提出されたインシデントレポートの全てに目を通し、内容の検討を行い、問題が大きければその場でトップダウンで指示が出されます。管理者はどのようなインシデントレポートが提出されているか、病院で何が起きているかを常に把握しています。

また、院内感染対策委員会、褥創委員会を月一回行います。感染対策委員会では、院内のMRSAの発生状況報告、ICT(infection control team)によるメディカルラウンドを月1回行い、院内の状況を調査し、その結果を報告しています。感染が発生すると、臨時に感染対策小委員会を開き対策を検討しています。MRSA感染のブレイクアウトがあれば、MRSA 院内感染対策小委員会を開催し、週一回の頻度で委員会を開催し、聞き取り調査や発生部所の立ち入り調査を行い、感染源となるような問題点を拾い上げ、指導を行い感染の沈静化をはかっています。

調査員：問題を焦点化して対策も立てて検問を広げていくということでしょうか。

副院長：感染のブレイクアウトが起きた場合、委員会の指導のもとに委員と現場の職員と一緒に感染の原因を探求し、その対策を講じていくという方法をとっています。

その他、流行性角膜炎患者が入院した場合の対策、SARS患者が来院した場合を想定した対応マニュアル等、緊急対策会議を開き、院内マニュアルを作りました。

調査員：そのほかに、転倒転落や誤薬などの対策委員会はありますか

副院長：転落転倒に関しては、特に副看護師長がチームをつくり、勉強会、検討会を行っています。しかし、現実には、なかなか転倒転落はなくなりません。拘束との兼ね合いがあり難しい問題で、解決法は見つかっていません。

2) 教育体制

調査員：教育はどのようにされていますか

副院長：教育では、4月に新人にオリエンテーションを行っています。今年は、新人医師、40名の新人看護師、他の職種の新入、転勤者に対するオリエンテーションの中で医療安全管理対策に関する講義を行いました。

その他に看護師に対しては看護部で徹底して教育しています。例えば、輸液ポンプの使い方が間違っていた事例がインシデントとして報告されたので、「輸液ポンプ・シリンジポンプの取り扱い実習」を、器械を扱わせながら新人看護師全員に行いました。

問題となる事例が起きたら、関係のある職種が中心となり学習会を開いて対応しています。何か起これば、すぐにその対策をとるようにしています。本年4月に新しいMRIが購入されたのにあわせて、「MRI室の立ち入り者教育訓練講習会」を、同じ内容で三回にわたって開催しました。三回開催しますと、職員のほぼ全員が参加出来ます。出欠を確認し、2回目までには出席していない職員には、3回目に出席するように通知しています。最近では、自己抜管のインシデントレポートが有りましたので、「呼吸管理が上手になるコツ」というタイトルで、人工呼吸器や挿管チューブの取り扱い等中心とした呼吸管理に関する勉強会を開催しました。これも同じ内容で3回開催しました。他に「薬の勉強会」を薬剤科、医師が

担当して行っています。看護師は、指示が出たからその注射・点滴を行うというのでは不十分で、指示された薬に関する知識を勉強してほしいと思います。指示された薬の作用・副作用を十分理解し、使用法などを間違えて事故の発生につながらないように指導しています。

3) インシデントレポートへの対応

調査員： 取り組んでいる項目が多岐にわたっていますが、インシデントレポートの中で、取り組むことをどのように選択しているのでしょうか。

副院長： インシデントレポートはすべて専任リスクマネージャーに提出され、内容が不明なレポートや不十分なレポートは専任リスクマネージャーがチェックし、現場での聞き取り調査後私に報告します。重大事例はこの時点で、院長、看護部長、事務部長に報告し対策を協議します。その他のレポートは、週一回、朝8時からのインシデントレポートの検討会において、事例ごとに重要度、緊急度等を検討しています。病院全体に周知が必要な事例は、その事例に関する学習会の開催をその場で決めたりしています。

4) マニュアルの見直し

調査員： これらの活動で改善された結果、マニュアルの修正はどのようにしているのでしょうか。

副院長： マニュアルの見直しは、今現在やっている最中です。

上部機関に今月の14日までに新しいマニュアルを提出しなくてはならないことになっていまして、手術室、集中治療室、各病棟、内視鏡室など院内各部所のマニュアルの修正を行っている最中です

病棟は、すべての病棟より委員を集めて検討しています。

調査員： マニュアルの見直しを実際にやっている職種、チームはどのようなところですか。

副院長： すべての職場で、全職種が参加して見直しています。例えば「人工呼吸器取り扱いマニュアル」の責任者は麻酔科医長で、麻酔科医長が臨床工学士、医師、看護師を指導しながらマニュアルの見直しを行っています。重要なポイントがきちんと文面に表現されたマニュアルを目指しています。

輸血マニュアルは、看護師、臨床検査技師、医師が検討しています。麻薬等の取り扱いに関してもいま、薬剤科、医師、看護部で作成中です。転落転倒に関しては、リスクマネージャーの指導のもとに、副看護師長がチェック・分析して転落転倒時の対策マニュアルを作成中です。

調査員： ガイドライン、手順書は前からあると思いますか、どのようにそれらを見直しているのでしょうか。

副院長： 例えば、気管切開の場合、現実には実際に気管切開を行うときに手順書を前もって読む人はあまりいない様です。手順書のある医療行為を行う場合は、手順書を確認して、必ずチェック箇所にサインをすることを習慣付けるようにしたいと思っています。職場の長は、自分はリスクマネージャーなのだ、安全管理の責任者

なのだと言う意識を持つことが重要だと思います。

2) 重点的取り組み事項と困難性

調査員： 対策を実行するうえで、非常に苦勞したことや、問題があって取り組むきっかけになったことがありましたら教えてください。

副院長： 月一回の安全管理対策委員会の時に、毎月のインシデントレポートの解析結果を専任リスクマネージャが報告しています。平均すると大体月に80件から100件のインシデントレポートが提出されます。その集計をして、特に発生数の多い事例、または、リスクの高い事例に対しては、テーマを決めて学習会を行っています。

その中で特に力をいれているのが患者誤認防止です。患者誤認だけは、とにかくゼロにしようということで患者誤認防止マニュアルにそって患者誤認防止に努めるよう指導しています。会話のできる患者には、医療行為前に自分の名前を名乗ってもらう事にしています。名前を名乗ってもらわないで医療行為を行った時は、周りにいる者がその人に注意する事にしています。

調査員： そういうことは、書面化して配っているのですか。

副院長： マニュアルに書いてあり、また専任リスクマネージャーが文書で配布して呼びかけを繰り返していますが、注意書きを壁に貼り出したりはしていません。注意書きを張り出したら患者誤認があるという証明をしているようなことになりますので。

手術患者、会話の出来ない患者にはリストバンドをつけています。外来手術でも入院手術でも主治医がリストバンドを装着します。手術の患者にリストバンドがついていないと、手術室に入れません。リストバンドに書かれている項目は、氏名、生年月日です。ID番号は書いていません。医師が記載して装着し、本人につけるときに自分の名前を名乗っていただいています。

本人が名乗れない場合は、家族に確認してもらうか、家族が来ていない場合は、他の医療従事者とダブルチェックしています。手術前日につける場合もありますけど、普通は当日の朝につける方が多いようです。

手術以外の患者で会話の可能な患者には自分の名前を名乗っていただいて患者確認をしています。「失礼ですけど、お名前をいってください、誤認防止のためです」と目的を説明しています。患者と一緒にダブルチェックする、看護師は二名でダブルチェックするということを徹底するように指導しています。横浜市大の事故後に、各部所毎に患者誤認防止マニュアルを作成し、一つの作業ごとにダブルチェックしていく患者誤認防止マニュアル表を作成し使用しています。レントゲン撮影、リハビリテーションなど全ての医療行為に対して患者誤認防止マニュアルを作りました。外来患者のレントゲン撮影では、レントゲン撮影検査伝表に患者確認のチェック箇所があり、患者をレントゲン撮影室に呼び込む時に、患者自身に名乗っていただいた名前が、伝票の名前と同じであることを確認してチェック箇所に技師がサインしています。臨床検査科は特に患者誤認防止に積極的に取り組んでおり、採血後に患者に聞き取り調査を行いました所、皆様が「自分の名前を名乗るように頼まれました」と答えました。臨床検査科では、この患