

図表 115 診療情報管理士の有無と診療録管理関連項目との比較 (2)

	診療情報管理士がいる (n=325)	診療情報管理士がいない (n=771)
4.3.1.1 診療録管理部門の必要職員数の確保	1.52 (n=325)	1.75 (n=771)
4.3.1.2 診療録管理の教育・研修の受講	1.32 (n=318)	1.85 (n=713)
4.3.1.3 診療録管理室の設置・整備	1.31 (n=318)	1.63 (n=713)
4.3.3.1 診断名等のコード	1.42 (n=325)	1.82 (n=771)
4.3.3.2 基本統計の定期的な報告	1.50 (n=221)	1.58 (n=358)
4.3.3.3 診療の質や効率分析、組織的な検討	1.96 (n=221)	2.00 (n=358)

また、診療録の形式（一患者一カルテなど）、外来カルテ保管形態、退院後保管形態などについても相関を検討したが、特に相関は認められなかった。

これより、診療録の適切な管理においては診療情報管理士の有無はそれほど関与しないが、「診療録管理部門の体制整備」と「診療録の適切な管理と活用」についてははかかわりが深いことが示唆された。特に、体制の整備については、下位項目についてもすべて有意な差が見られており、診療情報管理士の有無は診療録部門の体制整備に多大な影響を及ぼすものと考えられる。また、4.3.3 診療情報の適切な管理と活用に有意な差が見られているにもかかわらず、その下位項目では4.3.3.1で大きな差が認められていた。これは、診療情報管理士の管理・活用において、適切な病名・診断名コードの付与が重要であることを示しており、診療情報管理士は、その後の分析の基礎となるコーディング作業にあたって重要な役割を果たしていることを意味すると考えられる。逆に、コード化が行われてしまえば、基本統計の報告や効率分析などは診療情報管理士以外でも可能とも考えられる。

さらに、外来延べ患者数と入院延べ患者数と診療情報管理士数の関連をみると、診療情報管理士数と外来延べ患者数の相関係数は0.445、入院延べ患者数との相関係数は0.418となっており、比較的高い相関が認められ、外来延べ患者数・入院延べ患者数が多いほど診療情報管理士が多く配置されていることが示唆された。

図表 113 外来・入院患者数と診療情報管理士数の関係

	外来 延べ患者数	入院 延べ患者数
診療情報管理士数	0.445	0.418
有意確率 (両側)	0.000	0.000
N	325	325

2) 診療情報管理士の有無と関連項目との比較

また、診療情報管理士の有無と、「4.3.1 診療録管理部門の体制が整備されている」、「4.3.2 診療録が適切に保管されている」、「4.3.3 診療情報管理が適切に管理されている」の3項目について比較を行った。その結果、4.3.1 および 4.3.3 において、診療情報管理士がいる病院において評価が高くなっていった。

図表 114 診療情報管理士の有無と診療録管理関連項目との比較 (1)

	診療情報管理士がいる (n=325)	診療情報管理士がいない (n=771)
4.3.1 診療録管理部門の体制が整備	3.95	3.02
4.3.2 診療録の適切な管理	3.21	3.12
4.3.3 診療情報の適切な管理と活用	3.17	2.97

次に、4.3.1の下位項目である4.3.1.1「診療録管理部門があり必要な職員が確保されている」、4.3.1.2「職員は診療情報管理に関する教育・研修を受けている」、4.3.1.3「診療録管理室（診療情報管理室）が設置され収納場所や情報機器が整備されている」、および4.3.3の下位項目である4.3.3.1「各診療科の診療録から診断名・手術名などがコード化され、検索可能となっている」、4.3.3.2「傷病別患者数や手術件数などの診療活動の基本統計が定期的に報告されている」、4.3.3.3「診療の質や効率に関する分析や指標化が行われ組織的に検討されている」についても比較したところ、4.3.1.1、4.3.1.2、4.3.1.3、4.3.3.1について診療情報管理士の有無が影響しており、診療情報管理士がいる病院で評価が高くなっていった。

(10) 医療安全管理

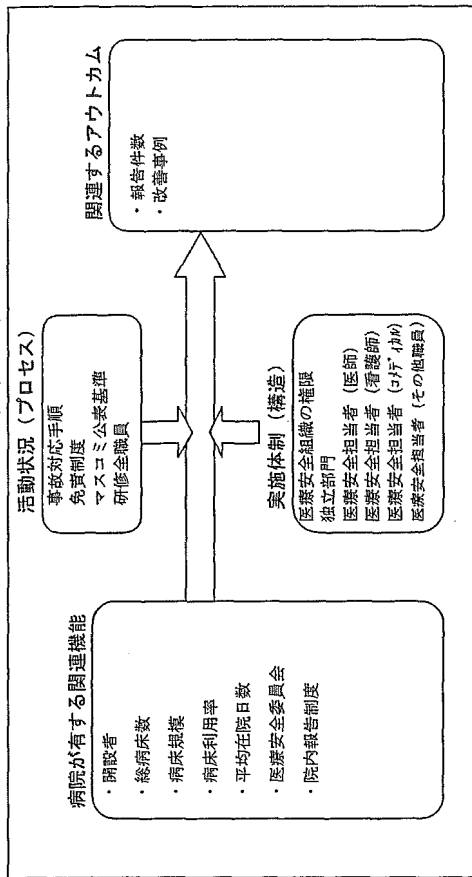
【分析結果の概要】

- インシデント・アクシデントの院内報告について、病床規模の影響を除外した場合でも、看護師、コメディカル、その他職員の医療安全担当者の配置が充実している方が報告件数が多いことが示された。医療安全担当者を配置することで、報告制度の浸透に寄与していることが伺われた。一方で、医師の医療安全担当者の配置は報告件数と関係が見られなかった。
- 医療安全のための独立部門があることや、事故を起こした職員の免責制度があることが報告件数を高めるという関係は確認されなかった。
- 院内の情報収集及び分析の体制に関しては、情報収集体制の整備だけでは改善策の立案・実行・評価に結びつきにくいことや、改善策が明示できていなければその実行や評価には結びつきやすいことが示唆され、改善策の立案がひとつの障害になっている可能性が示唆された。
- さらに、改善策の立案のためには、「問題事例に関する原因分析や対策立案の方法についての教育」が寄与していることが示唆された。

ア 分析の視点

- ・ 施設基本票、部門別調査票及び審査データのうち安全管理に関する項目につき下記のよ
- うに構造を整理し、その関連を分析した。項目の選定にあたっては、サーベイヤーの仮説を参考とした。

図表 116 本節の分析の視点



＜中心となる項目＞
 2.5.1 患者の安全確保の要因を究明し改善対策につなげる体制が確立している
 2.5.1.1 「病院内のアクシデント・インシデントを収集する体制が整備されている」
 2.5.1.2 「患者の安全確保の要因の究明が表面的な事項にとらわれず改善につながる原因究明がなされており、分析後の改善策が明示されている」
 2.5.1.3 「改善策の実行とその効果の確認がなされている」

＜関連する項目＞

2.3.1 患者の安全のための組織体制が確立している
 2.3.1.1 患者の安全確保のための活動体制と責任体制が明確である
 2.3.1.2 患者の安全確保に関する体制が実効し、取り組みが浸透している
 2.3.1.3 各職種が積極的に患者の安全確保に取り組んでいる
 2.3.2 患者の安全確保のための院内の組織的活動の方針・手順が確立している
 2.3.2.1 患者の安全確保のための院内の組織的活動の方針と手順が文書化され、適宜改定されている
 2.3.2.2 患者の安全確保のための院内の組織的活動の方針と手順が、職員に周知されている
 2.3.3 患者の安全確保のため病院全体で系統的に教育・訓練に取り組んでいる
 2.3.3.1 患者の安全確保のための病院の取り組みに関し職員教育が計画的に実施されている
 2.3.3.2 患者の安全確保のために、個人や各職種のニーズを特定し、技術的支援・訓練を行っている
 2.3.3.3 問題事例に関し原因分析や対策立案の方法について教育されている
 2.3.3.4 医療事故に関与した職員の心理的支援を行う体制がある
 2.4.1 患者の安全を確保するための重要な手順が各領域で具体的に確立している
 2.4.1.1 患者、親族・後援者・関係者との連携（誤認防止）に関する手順が確立している
 2.4.1.2 情報共有・情報伝達エラー防止に関する手順が確立されている
 2.4.1.3 事故の防止の把握と事前対策に関する手順が確立している
 2.4.1.4 医療行為のプロセスを監査する手順が確立している
 2.4.1.5 患者の反応の観察・モニター、変化等への迅速な処置に関する手順が確立している

審査項目

イ 分析結果

医療安全のための委員会や、院内報告制度は分析対象とした1,096病院すべてで設置・構築されていた。また、事故防止マニュアルの整備は1,091件(99.5%)、マニュアルに誇示発生時の対応手順が記載されているのは1,087件(99.2%)であった。これらの項目は病院内で差がつかないため分析の対象としなかった。

- 1) 医療安全担当者(リスクマネージャー)人数
- ・ 医療安全担当者(専任+兼任)は、1病院あたりの平均値で医師が7.4人、看護師9.0人、コメディカル4.8人、その他職員2.8人であった。選任の医療安全担当者数は選任+兼任の30~55分の1程度であった。

図表 117 医療安全担当者数(専任+兼任)一職種別

職種	1病院あたり人数	病床100対
医師	7.41	2.38
看護師	8.92	3.55
コメディカル	4.79	2.40
その他職員	2.82	1.39

図表 118 医療安全担当者数(専任)一職種別

職種	1病院あたり人数	病床100対
医師	0.118	0.043
看護師	0.307	0.112
コメディカル	0.095	0.044
その他職員	0.103	0.036

- ・ 医療安全担当者数は病床規模によって異なり、規模が大きいほど医療安全担当者の人数は多い。
- ・ ただし、病床100対の医療安全担当者数で見ると、200床未満の値が大きく、200~500床、500~1,000床では小さい。小規模医療機関の負担が大きくなっていることが伺われる。専任についても同様の傾向であった。

図表 119 医療安全担当者数(専任+兼任)一職種別、病床規模別

病床規模	医療安全担当者職種			
	医師	看護師	コメディカル	その他職員
200床未満	2.46	5.22	4.07	2.25
200~500床	6.12	8.26	4.84	2.84
500~1000床	18.94	16.25	5.76	3.75
1000床以上	36.14	35.18	10.23	5.86
総計	7.41	8.92	4.79	2.82

図表 120 病床100対医療安全担当者数(専任+兼任)一職種別、病床規模別

病床規模	医療安全担当者職種			
	医師	看護師	コメディカル	その他職員
200床未満	2.61	4.88	3.89	2.23
200~500床	1.88	2.66	1.60	0.93
500~1000床	2.89	2.52	0.91	0.59
1000床以上	3.22	3.12	0.92	0.52
総計	2.38	3.55	2.40	1.39

図表 121 医療安全担当者数(専任)一職種別、病床規模別

病床規模	医療安全担当者職種			
	医師	看護師	コメディカル	その他職員
200床未満	0.108	0.229	0.141	0.077
200~500床	0.064	0.212	0.056	0.084
500~1000床	0.252	0.644	0.060	0.158
1000床以上	0.250	0.762	0.211	0.500
総計	0.118	0.307	0.095	0.103

図表 122 病床100対医療安全担当者数（専任）一職種別、病床規模別

病床規模	医療安全担当者職種			
	医師	看護師	コメディカル	その他職員
200床未満	0.074	0.182	0.089	0.057
200～500床	0.020	0.057	0.016	0.022
500～1000床	0.023	0.079	0.006	0.019
1000床以上	0.020	0.063	0.015	0.042
総計	0.043	0.112	0.044	0.036

2) 事故・インシデント報告件数

- ・ 報告件数は病床規模によって大きく異なるため、以下の分析では病床規模 200 床未満、200～500 床、500～1000 床、1,000 床以上のグループに区分して分析した。
- ・ 100 床当りの報告件数は全体の平均が 21.6 件/月であった。200 床未満の群では平均 25.8 件/月と他と比較して多く報告されていた。

図表 123 病床100対1ヶ月あたりの報告件数一病床規模別、医療安全担当者人数別

病床規模	平均値(件/月)	件数
200床未満	25.84	446
200～500床	19.23	442
500～1000床	17.59	186
1000床以上	17.33	22
総計	21.61	1096

- ・ 報告件数と医療安全担当者数の関係について、医療安全担当者の配置人数が平均未満か平均以上かの基準で全体を 2 群に分け、病床 100 対報告件数を比較した。看護師、コメディカル、その他の職種の医療安全担当者については、平均未満/平均以上の 2 群に報告件数の差が見られた。一方、医師の医療安全担当者については明確な差は見られなかった。
- ・ また、特に病床規模の小さい病院で、医療安全担当者による報告件数の差が見られた。
- ・ なおこの分析では、病床規模による影響を排除するため、報告件数、医療安全担当者数とも病床 100 対の値を用いて分析している。

図表 124 病床100対1ヶ月あたりの報告件数一病床規模別、医療安全担当者数別（医師、看護師）

病床規模	病床100対医師医療安全担当者配置		病床100対看護師医療安全担当者配置	
	平均値未満群	平均値以上群	平均値未満群	平均値以上群
200床未満	23.58	31.74	25.84	29.34
200～500床	18.92	20.00	19.23	20.16
500～1000床	16.06	18.72	17.59	16.56
1000床以上	16.18	17.67	17.33	18.11
総計	20.67	23.40	21.61	25.82

単位:件/月

図表 125 病床100対1ヶ月あたりの報告件数一病床規模別、医療安全担当者数別（コメディカル、その他職種）

病床規模	病床100対コメディカル医療安全担当者配置		病床100対その他職種医療安全担当者配置	
	平均値未満群	平均値以上群	平均値未満群	平均値以上群
200床未満	19.89	28.60	25.84	30.10
200～500床	18.30	23.81	19.23	23.83
500～1000床	17.08	33.04	17.59	21.34
1000床以上	16.91	21.54	17.33	-
総計	18.27	27.70	21.61	27.98

・ 医療安全のための独立部門の有無では、事故等の院内報告の件数（病床100対）は大きな違いが見られず、独立部門の有無は報告件数に影響していないことが示唆される。

図表 126 病床100対1ヶ月あたりの報告件数の平均一医療安全のための独立部門の有無別

病床規模	上段：平均値(件/月)、下段：標準偏差		総計
	独立部門あり	独立部門なし	
200床未満	29.16 25.50	46.61 64.40	25.84 62.90
200～500床	23.56 19.55	18.25 19.49	19.23 19.59
500～1000床	20.06 13.54	15.33 11.82	17.59 12.86
1000床以上	18.06 14.12	16.05 11.21	17.33 12.89
全体	22.89 25.02	21.27 45.99	21.61 42.50

・ 事故報告をした職員の免責制度の有無では、事故等の院内報告の件数（病床100対）は大きな違いが見られず、免責の有無は報告件数に影響していないことが示唆される。

図表 127 病床100対1ヶ月あたりの報告件数の平均一免責制度の有無別

病床規模	上段：平均値(件/月)、下段：標準偏差		
	免責制度あり	免責制度なし	不明
200床未満	27.56 22.37	73.22 33.13	20.78 14.05
200～500床	19.49 17.55	18.57 24.51	16.54 0.33
500～1000床	18.40 13.80	16.46 10.94	6.35 4.88
1000床以上	18.66 12.46	16.23 14.34	16.13 -
全体	22.53 48.14	19.69 26.58	16.11 10.57

- ・ なお、2.5.1.1、2.5.1.2、2.5.1.3が評価bでも、2.5.1「患者の安全確保の要因を究明し改善対策につなげる体制が確立している」は4と評価されるケースや、2.5.1.1、2.5.1.2、2.5.1.3が評価cでも、2.5.1は3と評価されるケースも見られている。

図表 131 2.5.1「患者の安全確保の体制の確立」と2.5.1.1「収集体制の整備」

件数		2.5.1				
2.5.1.1		4	3	2	1	総計
a		410	324	3	0	737
b		2	342	9	0	353
c			1	5	0	6
総計		412	667	17	0	1096

図表 132 2.5.1「患者の安全確保の体制の確立」と2.5.1.2「原因究明と分析後の改善策」

件数		2.5.1				
2.5.1.2		4	3	2	1	総計
a		411	253	1	0	665
b		1	413	2	0	416
c			1	14	0	15
総計		412	667	17	0	1096

図表 133 2.5.1「患者の安全確保の体制の確立」と2.5.1.3「改善策の実行と効果確認」

件数		2.5.1				
2.5.1.3		4	3	2	1	総計
a		411	195	2	0	608
b		1	461	3	0	465
c			11	12	0	23
総計		412	667	17	0	1096

- 3) インシデント・アクシデント情報収集・分析体制
 - ・ 審査項目の2.5患者の安全確保に対する情報収集・分析・改善を構成する小項目のうち、2.5.1.2「患者の安全確保の要因の究明が表面的な事項にとらわれず改善につながる原因究明がなされており、分析後の改善策が明示されている」と2.5.1.3「改善策の実行とその効果の確認がなされている」は相関係数0.67と相関が高く、2.5.1.2と2.5.1.3のこれら2項目の評点が一致している件数の割合(2.5.1.2の評点=2.5.1.3の評点であるサンプルの割合)は81.4%であった。
 - ・ 一方、2.5.1.1「病院内のアクシデント・インシデントを収集する体制が整備されている」と2.5.1.2、2.5.1.3との相関は低く、両者の評点が一致している件数の割合はそれぞれ58.3%、61.7%であった。情報収集体制の整備だけでは改善策の立案・実行・評価に結びつけるのは不十分であること、一方改善策を明示するところまで実施されていれぼその実行や評価には結びつきやすいことが示唆される。

図表 128 2.5.1.1「収集体制の整備」と2.5.1.2「原因究明と分析後の改善策」

件数		2.5.1.2			%		
2.5.1.1		a	b	c	a	b	c
a	497	238	2	737	67.44	32.29	0.27
b	167	176	10	353	47.31	49.86	2.83
c	1	2	3	6	15.67	33.33	50.00
総計	665	416	15	1096	60.68	37.96	1.37

図表 129 2.5.1.1「収集体制の整備」と2.5.1.3「改善策の実行と効果確認」

件数		2.5.1.3			%		
2.5.1.1		a	b	c	a	b	c
a	449	277	11	737	60.92	37.58	1.49
b	157	187	9	353	44.48	52.97	2.55
c	2	1	3	6	33.33	16.67	50.00
総計	608	465	23	1096	55.47	42.43	2.10

図表 130 2.5.1.2「原因究明と分析後の改善策」と2.5.1.3「改善策の実行と効果確認」

件数		2.5.1.2			%		
2.5.1.3		a	b	c	a	b	c
a	542	66		608	89.14	10.86	0.00
b	122	339	4	465	26.24	72.90	0.86
c	1	11	11	23	4.35	47.83	47.83
総計	665	416	15	1096	60.68	37.96	1.37

図表 134 2.5.1 「患者の安全確保の体制の確立」とその下位項目 2.5.1.1、2.5.1.2、2.5.1.3 の評価の乖離ケース一覧

区分	概要
2.5.1.1 が評価 b で 2.5.1 が 4 のケース	■ 総病床数 909 床、平均在院日数 23 日
	■ 臨床研修指定病院
	■ 院内報告件数 439 件/月
	■ 2.5.1.2、2.5.1.3 とともに評点 a
2.5.1.2 が評価 b で 2.5.1 が 4 のケース	■ 総病床数 792 床、平均在院日数 18 日
	■ 臨床研修指定病院
	■ 院内報告件数 120 件/月
	■ 2.5.1.2、2.5.1.3 とともに評点 a
2.5.1.3 が評価 b で 2.5.1 が 4 のケース	■ 総病床数 198 床、平均在院日数 11 日
	■ 臨床研修指定病院
	■ 院内報告件数 68 件/月
	■ 分析・改善事例の記録あり
2.5.1.1 が評価 b で 2.5.1 が 4 のケース	■ 総病床数 956 床、平均在院日数 20 日
	■ 臨床研修指定病院
	■ 院内報告件数 200 件/月
	■ 分析・改善事例の記録あり
2.5.1.1 が評価 c で 2.5.1 が 3 のケース	■ 総病床数 148 床、平均在院日数 24 日
	■ 院内報告件数 7 件/月
	■ 分析・改善事例の記録なし
	■ 2.5.1.1、2.5.1.2 とともに評点 b
2.5.1.2 が評価 c で 2.5.1 が 3 のケース	■ 総病床数 60 床、平均在院日数 66 日
	■ 院内報告件数 1 件/月
	■ 分析・改善事例の記録あり
	■ 2.5.1.1、2.5.1.2 とともに評点 b
2.5.1.3 が評価 c で 2.5.1 が 3 のケース	■ 総病床数 298 床、平均在院日数 186 日
	■ 院内報告件数 3 件/月
	■ 分析・改善事例の記録なし
	■ 2.5.1.1、2.5.1.2 とともに評点 a
2.5.1.1 が評価 c で 2.5.1 が 3 のケース	■ 総病床数 24 床、平均在院日数 34 日
	■ 院内報告件数 6 件/月
	■ 分析・改善事例の記録あり
	■ 2.5.1.1、2.5.1.2 とともに評点 b
2.5.1.2 が評価 c で 2.5.1 が 3 のケース	■ 総病床数 78 床、平均在院日数 18 日
	■ 院内報告件数 8 件/月
	■ 分析・改善事例の記録あり
	■ 2.5.1.1 が評点 a、2.5.1.2 が評点 b
2.5.1.1 が評価 c で 2.5.1 が 3 のケース	■ 総病床数 99 床、平均在院日数 25 日
	■ 院内報告件数 4 件/月
	■ 分析・改善事例の記録あり
	■ 2.5.1.1 が評点 a、2.5.1.2 が評点 b
2.5.1.1 が評価 c で 2.5.1 が 3 のケース	■ 総病床数 156 床、平均在院日数 108 日
	■ 院内報告件数 18 件/月
	■ 分析・改善事例の記録あり
	■ 2.5.1.1、2.5.1.2 とともに評点 b
2.5.1.1 が評価 c で 2.5.1 が 3 のケース	■ 総病床数 289 床、平均在院日数 234 日
	■ 院内報告件数 27 件/月
	■ 分析・改善事例の記録あり
	■ 2.5.1.1 が評点 a、2.5.1.2 が評点 b

■ 分析・改善事例の記録あり	2.5.1.1、2.5.1.2 とともに評点 b
■ 総病床数 267 床、平均在院日数 14 日	
■ 院内報告件数 7 件/月	
■ 分析・改善事例の記録あり	
■ 2.5.1.1 が評点 a、2.5.1.2 が評点 b	
■ 総病床数 156 床、平均在院日数 69 日	
■ 院内報告件数 49 件/月	
■ 分析・改善事例の記録あり	
■ 2.5.1.1 が評点 a、2.5.1.2 が評点 b	
■ 総病床数 160 床、平均在院日数 31 日	
■ 院内報告件数 17 件/月	
■ 分析・改善事例の記録あり	
■ 2.5.1.1 が評点 a、2.5.1.2 が評点 b	
■ 総病床数 141 床、平均在院日数 21 日	
■ 院内報告件数 12 件/月	
■ 分析・改善事例の記録あり	
■ 2.5.1.1 が評点 a、2.5.1.2 が評点 b	
■ 総病床数 212 床、平均在院日数 108 日	
■ 院内報告件数 38 件/月	
■ 分析・改善事例の記録あり	
■ 2.5.1.1 が評点 a、2.5.1.2 が評点 b	

4) 改善策の立案・実行・評価

- 2.3.3.3 「問題事例に関し原因分析や対策立案の方法について教育されている」の審査項目の評価が高い病院では、2.5.1.2 「原因究明と分析後の改善策」、2.5.1.3 「改善策の実行と効果確認」という対策立案及び実行・評価に関わる項目の評価が高かった。改善策立案や効果の確認に関しては、教育研修が安全確保のための行動に寄与しているものと推察される。
- 一方で、施設基本票 24-5 「医療事故防止・患者安全をテーマとした院内研修の回数」の項目について見ると、研修の実施状況と 2.5.1.2 「原因究明と分析後の改善策」、2.5.1.3 「改善策の実行と効果確認」の間には明確な相関は見られなかった（院内研修の回数を「院内研修の有無」として分析しても結果は同様であった）。

図表 135 2.5.1 「患者の安全確保の体制の確立」及びその下位項目 2.5.1.1、2.5.1.2、2.5.1.3 と関連する他の審査項目との相関係数

	2.5.1	2.5.1.1	2.5.1.2	2.5.1.3
2.3.1患者の安全のための組織体制が確立している	0.38	-0.35	-0.29	-0.24
2.3.1.1患者の安全確保のための活動体制と責任体制が明確である	-0.21	0.24	0.23	0.18
2.3.1.2患者の安全確保に関する体制が奨励し、取り組みが浸透している	-0.36	0.30	0.36	0.33
2.3.1.3各職種が積極的に患者の安全確保に取り組んでいる	-0.38	0.39	0.27	0.25
2.3.2患者の安全確保のための院内の組織的活動の方針・手順が確立している	0.41	-0.38	-0.35	-0.36
2.3.2.1患者の安全確保のための院内の組織的活動の方針と手順が文書化され、適宜改定されている	-0.32	0.36	0.33	0.27
2.3.2.2患者の安全確保のための院内の組織的活動の方針と手順が、職員に周知されている	-0.37	0.31	0.34	0.36
2.3.3患者の安全確保のため病院全体で系統的に教育・訓練に取り組んでいる	0.34	-0.23	-0.36	-0.32
2.3.3.1患者の安全確保のための病院の取り組みに関し職員教育が計画的に実施されている	-0.31	0.28	0.33	0.31
2.3.3.3問題事例に関し原因分析や対策立案の方法について教育されている	-0.49	0.31	0.56	0.46
2.4.1患者の安全を確保するための重要な手順が各領域	0.27	-0.23	-0.25	-0.23

で具体的に確立している				
2.4.1.1患者・部位・検体・医薬品等の識別(誤認防止)に関する手順が確立している	-0.28	0.18	0.28	0.31
2.4.1.2情報共有・情報伝達エラー防止に関する手順が確立されている	-0.22	0.21	0.24	0.20
2.4.1.3事故のリスクの把握と事前対策に関する手順が確立している	-0.26	0.16	0.26	0.28
2.4.1.4医療行為のプロセスを監査する手順が確立している	-0.30	0.20	0.31	0.29
2.4.1.5患者の反応の観察・モニター、変化等への迅速な処置に関する手順が確立している	-0.29	0.17	0.30	0.30

図表 136 2.5.1 「患者の安全確保の体制の確立」及びその下位項目 2.5.1.1、2.5.1.2、2.5.1.3 と安全のための院内研修開催回数との相関係数

	2.5.1	2.5.1.1	2.5.1.2	2.5.1.3
全職員向けの研修回数	0.090	-0.030	-0.070	-0.078
医師部門の研修回数	0.023	-0.026	0.009	0.042
看護師部門の研修回数	0.109	-0.055	-0.079	-0.108
診療技術部門の研修回数	0.018	0.012	-0.029	-0.039
事務部門の研修回数	-0.011	0.036	0.020	0.048

図表 137 2.5.1 「患者の安全確保の体制の確立」及びその下位項目 2.5.1.1、2.5.1.2、2.5.1.3 と安全のための院内研修の有無との相関係数

	2.5.1	2.5.1.1	2.5.1.2	2.5.1.3
全職員向けの研修回数	0.034	0.015	-0.068	-0.046
医師部門の研修回数	0.095	-0.087	-0.041	-0.043
看護師部門の研修回数	0.106	-0.063	-0.088	-0.107
診療技術部門の研修回数	0.043	-0.031	-0.028	-0.021
事務部門の研修回数	0.051	-0.018	-0.014	-0.013

4 まとめと今後の課題

本研究では初年度の研究として、仮説検証型というよりは仮説探索的な分析を中心に行った。

具体的には、麻酔医や病理医の配置が必要となる病院属性や機能水準に関する試行的な検討や、収支状況のよい病院と悪い病院を比較することによる収支改善のためのベストプラクティスの探索、アウトカムや評価の高い群と低い群との比較を通じた差異をもたらしている要因の検討、その他審査項目あるいは審査ガイドラインに関する検討などを行い、その結果以下に示すいくつかの興味深い仮説や知見を得ることができた。

【サーベイヤーの経験知から導出される仮説の検証】

○管理者のリーダーシップと経営状況との間には明確な関係は見られなかった。ただし、病床規模の小さい病院では管理者のリーダーシップが経営管理体制等に影響を与えている傾向があることが示唆された。

○退院時サマリの作成状況等は、院外連携の状況と関連は見られなかった。

【質向上や経営改善のための示唆】

○公的病院では「基本方針策定の指導力」「事業計画策定・予算編成の指導力」「適切な経営管理」「医師の能力評価」等が、民間病院では「事業計画策定・予算編成の指導力」「質向上・業務効率化の指導力」「経営改善に関する指導力」「適切な経営管理」等が、それぞれ収支状況の良さにつながっていることが示唆された。

○人員配置に関しては、看護師やOT、PT、ST、栄養士は人員配置が厚いほどケアやリハビリテーション等が適切に行われていることが示唆された。一方、薬剤師や診療情報管理士については必ずしもそうではなく、院内での役割や果たしている機能によって評価が異なることが伺われた。

○薬剤部門では、定期的な勉強会を開催しているなどの質向上への取り組みが、院内医薬品集の作成・改訂など業務に良い影響を及ぼしていることが示唆された。さらに、病棟担当薬剤師がいること、病棟の薬剤在庫管理を薬剤部門が行っていることが病棟の適切な薬剤管理につながるが示唆された。また、人員配置基準を満たしていない病院よりも人員配置基準を満たしている病院の方が適切な処方、投与がなされていることや、人員配置基準を満たしており薬剤師の充足率が200%を超えている病院では、適切な薬剤保管・管理に効果があることが示唆された。

○感染管理については、入院基本料減算（院内感染防止対策）に該当する病院が98%に達し、ほとんどすべての病院において基本的な体制が整備されていた。今後の感染管理の取り組みにおいては、人数の確保よりも、質すなわち担当者の意識や活動レベル、担当業務の内容や活動状況などを充実させることが重要と考えられた。

一方、施設基本票の「情報の分析を通じた改善事例の記録がある」は97%の施設が「あり」の項目で、施設による差がつかない項目となっている。

また、改善事例の記録がなくても2.5.1.2「原因究明と分析後の改善策」、2.5.1.3「改善策の実行と効果確認」の評価がaのケースも見られている。

図表 138 2.5.1.2「原因究明と分析後の改善策」の評点一改善事例の記録の有無別

件数	改善事例の記録		総計	改善事例の記録		総計
	あり	なし		あり	なし	
2.5.1.2						
a	649	16	665	97.59	2.41	100.0
b	395	21	416	94.95	5.05	100.0
c	14	1	15	93.33	6.67	100.0
総計	1058	38	1096	96.53	3.47	100.0

図表 139 2.5.1.3「改善策の実行と効果確認」の評点一改善事例の記録の有無別

件数	改善事例の記録		総計	改善事例の記録		総計
	あり	なし		あり	なし	
2.5.1.3						
a	594	14	608	97.70	2.30	100.0
b	443	22	465	95.27	4.73	100.0
c	21	2	23	91.30	8.70	100.0
総計	1058	38	1096	96.53	3.47	100.0

報告件数は病床規模と強い相関が見られていたが、報告に基づく改善事例の記録については、その有無は病床規模によらず規模の小さい病院でも分析事例は95%以上の施設で見られていた。

件数	報告の分析事例		総計	報告の分析事例		総計
	あり	なし		あり	なし	
病床規模						
200床未満	430	16	446	96.41	3.59	100.0
200～500床	424	18	442	95.93	4.07	100.0
500～1000床	182	4	186	97.85	2.15	100.0
1000床以上	22		22	100.00	0.00	100.0
総計	1058	38	1096	96.53	3.47	100.0

- 診療録管理部門の体制整備、情報の活用には診療情報管理士の配置の有無が関連しているが、診療録の適切な管理においては明確な関連はみられなかった。
- 医療安全担当者（リスクマネージャー）に関しては、人員配置を厚くすることが院内報告件数の増加に寄与しているもの、原因分析や対策実行など他の側面にはあまり影響していないことがうかがわれた。改善策立案を充実させるためには焦点を絞った教育研修が有効である可能性が示唆された。

【審査基準への示唆】

- 麻酔医の配置に関して、受審病院では手術における全麻件数が年間 150 件を超えると常勤麻酔医を 1 名配置していた。手術麻酔部門の医師の配置基準は、①常勤換算医師数は 4 名より多く、全身麻酔件数 3,000 件までは“常勤換算医師数=0.0028×全身麻酔件数+0.7759”、②常勤専任医師数は 3 名以上で、全身麻酔件数 3,000 件までは“常勤専任医師数=0.0025×全身麻酔件数+0.6276”が目安となった。
- 病理医の配置に関して、当該部門の評価が高い病院での病理医数の配置は、がん手術が 400 件までは、100 件/人程度という大まかな傾向が見られた。病理部門の医師の配置基準として、常勤換算医師数が 0.3 名より多く、がん手術件数 400 件までは“常勤換算医師数=0.0044×がん手術件数 + 0.7279”が目安となった。
- 年間紹介患者数について、調査項目の補足説明や項目の細分化などにより、より詳細なデータを把握することの必要性が示唆された。
- 高さ調節・傾斜調節ベッドの整備状況については、事前の安全対策と関連付けた評価が行われていないことがうかがわれ、安全の観点から「転落防止」対策を評価するための項目設定の必要性が示唆された。

- 一方で今年度の分析を通じて以下のような課題も明らかになった。
- 施設基本票等からはアウトカムに関する情報が十分得られず、アウトカムに寄与する審査項目を検討することが困難であることが分かった。個別のテーマごとにアウトカムの代替となる項目や、プロセス指標のみを用いた分析の方法論について検討する必要がある。
- 今年度の分析は主に 2 変数間の関係を検証することとまっている。引き続き多面的な視点から今年度得られた結果の検討を行う必要がある。
- 特に、今回取り扱ったデータは項目数が非常に多く、項目間相互の関連も強いことが考えられるため、今後多変量解析を用いた分析を行うことが必要である。
- また、変数、サンプル数とも大量であるため、データマイニング的な手法を用いことも有効である。
- 今年度の分析の証では結果の妥当性に関する検討は十分行われなかった。サーベイヤーを対象としたインタビュー調査などを通じて、審査現場の実感との整合を検証すること

ども必要となろう。

- 今後は上記のような分析・検討を進め、病院における医療機能モデル（客観的データに裏づけられた構造・プロセス・アウトカムの構造に関するモデル）の構築を進めることが求められる。


今年度の分析は試行的なものと位置づけられ、データの全体像を把握することに注力した。今年度の成果を踏まえることで、今後の分析において、よりテーマを絞り込んだ精緻な分析に移行していくことが可能となったものと考えられる。

2004

HOSPITAL EXECUTIVE BRIEFINGS


JCAHO
National Patient Safety Goals

Joseph L. Cappiello
Darlene A. Christiansen




SESSION OBJECTIVES

- Review of 2004 trends
- Describe 2005 goals and requirements
- Provide insight on how organizations can meet new goals and requirements



The Joint Commission's Sentinel Event Policy


- Established in January 1996 with the following goals:
 - To have a positive impact in improving care
 - To focus attention on underlying causes and risk reduction
 - To increase the general knowledge about sentinel events, their causes and prevention
 - To maintain public confidence in the accreditation process



Experience to Date

Of 2552 sentinel events reviewed by the Accreditation Committee, January 1995 through June 2004:

- 382 inpatient suicides
- 308 operative/post op complications
- 310 events of surgery at the wrong site
- 291 events relating to medication errors
- 172 deaths related to delay in treatment
- 113 deaths of patients in restraints
- 114 patient falls
- 89 assault/rape/homicide
- 73 transfusion-related events
- 71 perinatal death/injury
- 49 deaths following elopement
- 45 fires
- 38 infection-related events
- 497 "other"




Sentinel Event Alert

1. Potassium chloride	16. Proactive risk reduction
2. Policy issues	17. Home fires (O2 therapy)
3. Policy issues	18. Kernicterus
4. Policy issues	19. Look-alike, sound-alike drugs
5. Policy issues	20. Creutzfeldt-Jakob disease
6. Wrong site surgery	21. Medical gas mix-ups
7. Suicide	22. Needles & sharps injuries
8. Restraint deaths	23. Dangerous abbreviations
9. Infant abductions	24. Wrong-site surgery #2
10. Transfusion errors	25. Ventilator-related events
11. High Alert Medications	26. Delays in treatment
12. Op/post-op complications	27. Bed rail deaths & injuries
13. Impact of SE Alert	28. Nosocomial infections
14. Fatal falls	29. Surgical fires
15. Infusion pumps	30. Perinatal deaths




Expected Response to Recommendations in *Sentinel Event Alert*

- All accredited health care organizations are expected to review each issue of *Sentinel Event Alert*
- As relevant to their services, these organizations should implement the recommendations in *SE Alert*
OR
- Implement a reasonable alternative (at least as good)
OR
- Provide a reasonable explanation for doing neither




National Patient Safety Goals

- Each year a set of goals will be identified from review of:
 1. Sentinel events and associated root cause analysis information in the Joint Commission's Sentinel Event Database.
 2. Compliance data respecting existing Requirements among surveyed organizations.
 3. The foci of Sentinel Events Alerts published to date.
 4. Other sources of information about adverse events.
- The Goals and their requirements will be published by mid-year.
- Selection of the Goals and requirements will be guided by a panel of experts: the *Sentinel Event Alert Advisory Group*.
 1. Considers the data and information compiled in the review process.
 2. Identifies candidate new Goals and associated Requirements
 3. Recommends proposed new Goals and/or Requirements and deletion of existing Goals and/or Requirements.

 7


The Sentinel Event Alert Advisory Group

- Nationally recognized experts in patient safety
- Systems engineers with practical knowledge of root cause analysis, failure mode & effects analysis, human factors engineering, etc.
- Individuals with hands-on experience in health care organizations, representative of the types & sizes of organizations and the various patient populations
- Experts in related fields such as pharmaceuticals, information technology, medical equipment, etc.

 8

The JCAHO 2004 National Patient Safety Goals

1. Patient identification
2. Communication among caregivers
3. High-alert medications
4. Wrong-site surgery
5. Infusion pumps
6. Clinical alarm systems
7. Health care-associated infections

 9


The JCAHO 2004 National Patient Safety Goals

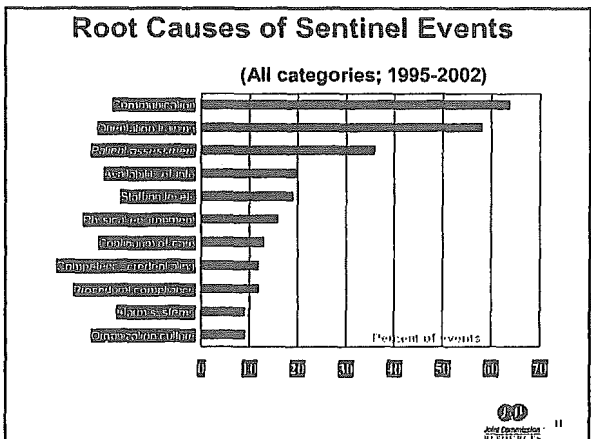
Goal #1: Improve the accuracy of patient identification.

Requirement #1.a.
Use at least 2 patient identifiers (not the patient's room number) whenever taking blood samples or administering medications or blood products.

Requirement #1.b.
Prior to the start of any surgical or invasive procedure, conduct a verification "time out" to confirm the correct patient, procedure, and site.


Effective July, 2004, embedded in accreditation participation requirement 23 addressing universal protocol

 10



Communication as a Root Cause

- Mode of communication
 - Oral (55%)
 - Written (35%)
 - Electronic (10%)
- Participants
 - Among staff (60%)
 - With or among physicians (25%)
 - With patient or family (15%)
- Other communication issues
 - Transcription
 - Change-of-shift report
 - Paging systems


 12

The JCAHO 2004 National Patient Safety Goals

Goal #2: Improve the effectiveness of communication among caregivers.

Requirement #2.a.
Implement a "read-back" process for taking verbal or telephone orders, or reports of critical test results.


Requirement #2.b.
Standardize abbreviations, acronyms, and symbols used throughout the organization, including a list of those not to be used.



Minimum "Do Not Use" list for 2004:

- u
- IU
- qd
- qod
- Leading decimal point (always use a Leading zero)
 - Trailing zero
 - MS
 - MSO₄
 - MgSO₄

Plus, by April 1, 2004, an additional 3 items of your choice




The JCAHO 2004 National Patient Safety Goals

Goal #3: Improve the safety of using high-alert medications.

Requirement #3.a.
Remove concentrated electrolytes from patient care units (including KCl, K₃PO₄, NaCl > 0.9%)

Requirement #3.b.
Standardize and limit the number of drug concentrations available in the organization.


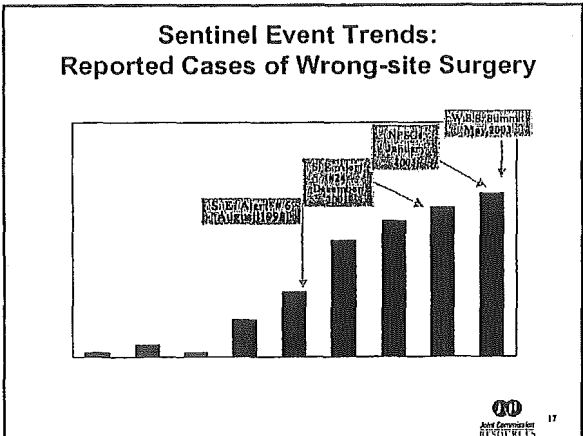


The JCAHO 2004 National Patient Safety Goals

Goal #4: Eliminate wrong-site, wrong-patient, wrong-procedure surgery.


Requirement #4.a.
Use a pre-op verification process, such as a checklist, to confirm appropriate documents are available.

Requirement #4.b.
Implement a process to mark the surgical site and involve the patient in the process.

Wrong-Site Surgery Summit

- When? May 9, 2003
- Why? To reach consensus on a universal protocol for eliminating wrong-site surgery
- Who? Leaders of all major professional associations that relate to the surgical process
- Results: Consensus on the following
 - Wrong site, wrong patient, wrong procedure surgery is a significant, continuing problem
 - A "universal protocol" is appropriate
 - Teamwork is critical
 - A multi-factorial approach is needed



Development, Approval, and Endorsement of the Protocol

- Draft consensus statement (Universal Protocol) developed and circulated among participants at the Summit
- Universal Protocol revised based on participant feedback
- Posted on JCAHO web site for comment
 - Over 3000 responses received; further revisions made
- Approved by the Board of Commissioners (July 2003)
- Seeking endorsements of the Universal Protocol
- JCR Wrong Site Surgery seminar (December 2, 2003)
- Implementation of the Universal Protocol as a requirement for accreditation (July 1, 2004)



19

Endorsements as of 1/1/04:

- | | |
|--|---|
| ➤ Accred Council for Grad Med Education | ➤ American Medical Association |
| ➤ Agency for HC Research & Quality | ➤ American Medical Group Association |
| ➤ Amer Academy of Amb Care Nursing | ➤ American Nurses Association |
| ➤ Amer Academy of Cosmetic Surgeons | ➤ Amer Organization of Nurse Executives |
| ➤ Amer Acad of Facial Plastic & Recon Surg | ➤ Amer Pediatric Surgical Association |
| ➤ Amer Academy of Family Physicians | ➤ Amer Society for Surgery of the Hand |
| ➤ Amer Academy of Ophthalmology | ➤ Amer Society of Anesthesiologists |
| ➤ Amer Academy of Orthopedic Surgeons | ➤ Amer Society of General Surgeons |
| ➤ Amer Acad of Otolaryn—Head & Neck Surg | ➤ Amer Society of Ophthalmic RNs |
| ➤ Amer Academy of Pediatrics | ➤ Amer Society of Podiatrists |
| ➤ Amer Assoc of Amb Surgery Centers | ➤ Amer Society of Plastic Surgeons |
| ➤ Amer Assoc of Eye & Ear Hospitals | ➤ Amer Society of Plastic Surg Nurses |
| ➤ Amer Assoc of Nurse Anesthetists | ➤ American Urological Association |
| ➤ Amer Assoc of Oral & Maxillofacial Surg | ➤ Assoc of American Medical Colleges |
| ➤ Amer College of Cardiology | ➤ Assoc of Perioperative Reg Nurses |
| ➤ Amer College of Chest Physicians | ➤ Assoc of Surgical Technologists |
| ➤ Amer College of Emergency Physicians | ➤ Federated Ambulatory Surgery Assoc. |
| ➤ Amer College of Foot & Ankle Surgeons | ➤ Federation of American Hospitals |
| ➤ Amer College of Obstetrics & Gynecology | ➤ Medical Group Management Assoc |
| ➤ American College of Physicians | ➤ National Assoc. of Medical Staff Services |
| ➤ American College of Surgeons | ➤ North American Spine Society |
| ➤ American Dental Association | ➤ Radiological Society of North America |
| ➤ American Hospital Association | ➤ Society of Thoracic Surgeons |



20

Provisions of the Universal Protocol

- **Preoperative verification process**
 - Relevant pre-op tasks completed and information is available and correct
- **Surgical site marking**
 - Unambiguous mark, visible after prep & drape
 - Right/left, multiple structures or levels
- **"Time out" immediately before starting**
 - Involves entire team; active communication
 - Fail-safe model: "No go" unless all agree
- **Applicable to Invasive procedures in all settings**



21

Preoperative Verification Process

- Checklist recommended, not required
- Follows patient throughout pre-op activities
- *Relevant information available and correct*
- Begins with scheduling of surgery/procedure
- Continues until start of procedure
- Consider including site marking and "time out"



22

Marking the Operative Site

- Mark prior to moving patient to operative area
- Mark directly on skin; visible after prep & drape
- Unambiguous mark; not otherwise specified
- *Do not mark any non-operative sites*
- Involve patient in the process
- *Should* be done by person doing procedure
- At least right/left; fingers/toes; spinal level



23

Marking the Operative Site (Special considerations)

- Spinal surgery:
 - Mark general level prior to surgery (C/T/L)
 - Mark precise level intraop using radiographic tech.
- Teeth need not be marked directly
 - The dental radiograph or diagram must be marked and available at the time of the procedure
- Other exemptions:
 - Site not predetermined
 - Continuous attendance
 - Premature infants
- Procedure for patient refusal of site marking



24

"Time out" Immediately Before Starting the Procedure

- In the location where the procedure will be done
- Involve entire team using active communication
- Must be documented
- Must include, at a minimum:
 - Correct patient
 - Correct procedure
 - Correct site
 - Correct positioning
 - Correct implant(s) and special equipment
- Process for reconciling differences



Differences Between the Universal Protocol and the NPSGs

- Non-operative sites must not be marked
- The site *should* be marked by the person who will do the procedure
- Adhesive markers ("stickies") should not be used as the sole means of marking the surgical site
- In addition to patient, procedure, and site, the "time out" must include verification of correct patient position and availability of correct implants and any necessary special equipment
- The "time out" must be documented



The JCAHO 2004 National Patient Safety Goals

Goal #7: Reduce the risk of health care-acquired infections.

Requirement #7.a.

Comply with current CDC hand hygiene guidelines.

Requirement #7.b.

Manage as sentinel events all identified cases of unanticipated death or major permanent loss of function associated with a health care-acquired infection.



CDC Hand Hygiene Guidelines

- Full report available at
- Specific recommendations:
 1. Indications for hand washing and hand antisepsis
 - Visibly soiled—use soap and water
 - Not visibly soiled—may use alcohol-based hand rub
 - List of specific clinical circumstances
 - Towelettes are not a substitute
 - Non-alcohol-based hand rubs not recommended



CDC Hand Hygiene Guidelines

- Specific recommendations (cont'd.):
 2. Hand hygiene technique
 - Alcohol-based hand rub—until dry
 - Soap & water—at least 15 seconds
 3. Surgical hand antisepsis
 4. Selection of hand hygiene agents
 5. Skin care
 6. Other aspects of hand hygiene



CDC Hand Hygiene Guidelines

- Each CDC hand hygiene recommendation cites the strength of evidence supporting the recommendation:
 - Category I (IA, IB, or IC)
 - Category II
- Under Goal 7a, implementation of all CDC hand hygiene recommendations supported by Category I evidence will be required.
- Organizations will be asked to consider implementing all CDC hand hygiene recommendations supported by Category II evidence.



The JCAHO 2004 National Patient Safety Goals

Goal #7: Reduce the risk of health care-acquired infections.

Requirement #7.a.

Comply with current CDC hand hygiene guidelines.

Requirement #7.b.

Manage as sentinel events all identified cases of unanticipated death or major permanent loss of function associated with a health care-acquired infection



31

Healthcare-Associated Infection and Sentinel Events

- This is not a new requirement
- Any unanticipated death or major injury is a sentinel event whether there is an infection or not
- No change in surveillance methods is required
- This does not replace traditional rate-based analysis of health care-acquired infections
- RCA is not required for all health care-acquired infections; only those that result in death or major injury
- The RCA looks comprehensively at the care of the patient, not just the infection



32

NPSG Compliance Data for 2003

(5157 Full Surveys Conducted 1/1/03 through 12/31/03)

Percent Non-compliance

NPSG requirement	All Programs	General Hospitals
1a: Two identifiers	4.5%	4.0%
1b: Time out before surgery	2.0%	0.8%
2a: Read-back verbal orders	5.0%	7.4%
2b: Standardize abbreviations	15.4%	23.5%
3a: Concentrated electrolytes	1.0%	3.0%
3b: Limit concentrations	0.7%	0.6%
4a: Preoperative verification	0.5%	1.1%
4b: Surgical site marking	1.0%	5.2%
5a: Free-flow protection	0.0%	0.0%
6a: Alarm maintenance & testing	1.2%	1.4%
6b: Alarm settings & audibility	1.0%	3.1%



33

NPSG Compliance Data for 2003

(172 Random Unannounced Surveys Conducted 1/1/03 through 12/31/03)

Percent Non-compliance

NPSG requirement	All Programs	General Hospitals
1a: Two identifiers	12.8%	14.6%
1b: Time out before surgery	7.0%	22.9%
2a: Read-back verbal orders	9.9%	10.4%
2b: Standardize abbreviations	26.2%	35.4%
3a: Concentrated electrolytes	2.3%	4.3%
3b: Limit concentrations	0.6%	0.0%
4a: Preoperative verification	2.3%	5.3%
4b: Surgical site marking	9.3%	31.3%
5a: Free-flow protection	3.5%	0.0%
6a: Alarm maintenance & testing	1.2%	0.0%
6b: Alarm settings & audibility	5.2%	2.1%



34

Requesting Review of an Alternative Approach

- Requests for review of an alternative to one of the NPSG requirements must be submitted at least 60 days prior to scheduled survey
- Request form and procedure available on
- Review by Sentinel Event Alert Advisory Group
- Decision on acceptability by the JCAHO
- Evaluation of implementation by surveyor



35

Lessons Learned from 2003

- We know what to do (to improve safety), but we're still not doing it.
- Established behaviors are hard to change, even when there is good reason to change.
- Many organizations implemented the NPSGs in anticipation of a survey, not when the Goals were introduced.
- Some of the Goals challenge the relationship between the organization's leaders and its medical staff.
- If it's not important to the leaders, it's not important.



36

Public Disclosure of Compliance with the National Patient Safety Goals

- Aggregate data
 - Data from 2003 surveys on web site now
- Individual health care organizations:
 - Compliance with specific requirements (whether scored in the standards or NPSGs)
 - Revised "Quality Reports" — 2004
 - On web site beginning mid-year 2004

2004 HOSPITAL QUALITY REPORT

JCAHO 2004 National Patient Safety Goals

Goal #	Requirement	Score
1	Identify patients correctly	100%
2	Improve the effectiveness of communication among caregivers	100%
3	Use safe practices that prevent infection	100%
4	Use medicines safely	100%
5	Prevent falls	100%
6	Prevent hospital-acquired pressure ulcers	100%
7	Prevent health care-associated infections	100%
8	Prevent patient harm during surgery	100%
9	Prevent patient harm during transfusion	100%
10	Prevent patient harm during endotracheal intubation	100%

For More Information on the NPSGs

Joint Commission
An Accreditor of Health Care Organizations

Headline news

- Joint Commission's Board of Commissioners approved the 2004 National Patient Safety Goals (NPSGs).
- The new goals include the six 2003 goals and their accompanying requirements, and add one new goal with four requirements that focus on reducing the risk of health care-associated infections.

For More Information on the NPSGs

Joint Commission
An Accreditor of Health Care Organizations

National Patient Safety Goals

On July 18, the Joint Commission's Board of Commissioners approved the 2004 National Patient Safety Goals (NPSGs). These goals include the six 2003 goals and their accompanying requirements, and add one new goal with four requirements that focus on reducing the risk of health care-associated infections.

The National Patient Safety Goals Comparison Chart


2004	2005
<p>Goal #1: Improve the accuracy of patient identification.</p> <p>Requirement #1.a</p> <p>Use at least 2 patient identifiers (not the patient's room number) whenever taking blood samples or administering medications or blood products (scored at PC.5.10, EP 4)</p> <p>Requirement #1.b</p> <p>Prior to the start of any surgical or invasive procedure, conduct a verification "time out" to confirm the correct patient, procedure, and site (scored at PC.13.20, EP 9)</p>	<p>Goal #1: Improve the accuracy of patient identification.</p> <p>Requirement #1.a</p> <p>Use at least two patient identifiers (neither to be the patient's room number) whenever administering medications or blood products; <u>taking blood samples and other specimens for clinical testing or providing any other treatments or procedures.</u></p> <p>Requirement #1.b</p> <p>[Now addressed under the Universal Protocol for Preventing Wrong Site, Wrong Person Surgery™]</p> <p>Separate APR</p>

The National Patient Safety Goals Comparison Chart Cont...

2004	2005
<p>Goal #2: Improve the effectiveness of communication among caregivers</p> <p>Requirement #2.a</p> <p>Implement a "read back" process for taking verbal or telephone orders, or reports of critical test results. (Scored at IM.6.50, EP4)</p> <p>Requirement #2.b</p> <p>Standardize abbreviations, acronyms, and symbols used throughout the organization, including a list of those not to be used. (Scored at IM.3.10, EP2)</p>	<p>Goal #2: Improve the effectiveness of communication among caregivers</p> <p>Requirement #2.a</p> <p>For verbal or telephone orders or for telephonic reporting of critical test results, <u>verify the complete order or test result by having the person receiving the order or test result "read-back" the complete order or test result.</u></p> <p>Requirement #2.b</p> <p>Standardize a list of abbreviations, acronyms and symbols that <u>are not to be used throughout the organization.</u></p>


The National Patient Safety Goals Comparison Chart Cont...

<p style="text-align: center;">2004</p> <p style="text-align: center;">2005 Goal #2: Improve the effectiveness of communication among caregivers</p> <p style="text-align: center;">New Requirement #2c</p> <p><u>Measure, assess, and if appropriate, take action to improve the timelines of reporting, and the timelines of receipt by the responsible licensed caregiver of critical test results and values.</u></p>	
---	--

 43


The National Patient Safety Goals Comparison Chart Cont...

<p style="text-align: center;">2004</p> <p style="text-align: center;">Goal #3: Improve the safety of using high-alert medications.</p> <p><u>Requirement #3.a.</u></p> <p>Remove concentrated electrolytes from patient care units (including KCl, K₂PO₄, NaCl > 0.9%) (Scored at MM.2.20, EP 9)</p> <p><u>Requirement #3.b.</u></p> <p>Standardize and limit the number of drug concentrations available in the organization (Scored at MM.2.20 EP6)</p>	<p style="text-align: center;">2005</p> <p style="text-align: center;">Goal #3: Improve the safety of using medications.</p> <p><u>Requirement #3.a.</u></p> <p>Remove concentrated electrolytes (including, but not limited to, potassium chloride, potassium phosphate, sodium chloride > 0.9%) from patient care units.</p> <p><u>Requirement #3.b.</u></p> <p>Standardize and limit the number of drug concentrations available in the organization</p>
--	---

 44


The National Patient Safety Goals Comparison Chart Cont...

<p style="text-align: center;">2004</p>	<p style="text-align: center;">2005</p> <p style="text-align: center;">Goal #3: Improve the safety of using medications cont...</p> <p><u>New Requirement #3.c.</u></p> <p>Identify and, at a minimum, annually review a list of look-alike/sound-alike drugs used in the organization, and take action to prevent errors involving the interchange of these drugs.</p>
---	--

 45


The National Patient Safety Goals Comparison Chart Cont...

<p style="text-align: center;">2004</p> <p style="text-align: center;">Goal #4: Eliminate wrong-site, wrong patient, wrong-procedure surgery</p> <p><u>Requirement #4.a.</u></p> <p>Use a pre-op verification process, such as a checklist, to confirm appropriate documents are available.</p> <p><u>Requirement #4.b.</u></p> <p>Implement a process to mark the surgical site and involve the patient in the process.</p>	<p style="text-align: center;">2005</p> <p style="text-align: center;">Goal #4: [Now addressed under the Universal Protocol]</p>
---	---

 46


The National Patient Safety Goals Comparison Chart Cont...

<p style="text-align: center;">2004</p> <p style="text-align: center;">Goal #5: Improve the safety of using infusion pumps.</p> <p><u>Requirements #5.a.</u></p> <p>Ensure free-flow protection on all general-use and PCA intravenous organization.</p>	<p style="text-align: center;">2005</p> <p style="text-align: center;">Goal #5: Improve the safety of using infusion pumps</p> <p><u>Requirement #5.a.</u></p> <p>Ensure free-flow protection on all general-use and PCA (patient controlled analgesia) intravenous infusion pumps used in the organization.</p>
---	---

 47


The National Patient Safety Goals Comparison Chart Cont...

<p style="text-align: center;">2004</p> <p style="text-align: center;">Goal #6: Improve the effectiveness of clinical alarm systems</p> <p><u>Requirement #6.a.</u></p> <p>Implement regular preventive maintenance and testing of alarm systems.</p> <p><u>Requirement #6.b.</u></p> <p>Assure that alarms are activated with appropriate settings and are sufficiently audible with respect to distressing and competing noise within the unit.</p>	<p style="text-align: center;">2005</p> <p style="text-align: center;">Goal #6 [Now addressed in EC Chapter]</p>
--	---

 48

The National Patient Safety Goals Comparison Chart Cont...

2004	2005
<p>Goal #7: Reduce the risk of healthcare-acquired infections</p> <p><u>Requirement #7.a.</u></p> <p>Comply with current CDC hand hygiene guidelines.</p> <p><u>Requirement #7.b.</u></p> <p>Manage as sentinel events all identified cases of unanticipated death or major permanent loss of function associated with a healthcare-acquired infection.</p>	<p>Goal #7: Reduce the risk of healthcare-associated infections</p> <p><u>Requirement #7.a.</u></p> <p>Comply with current Centers for Disease Control and Prevention (CDC) hand hygiene guidelines.</p> <p><u>Requirement #7.b.</u></p> <p>Manage as sentinel events all identified cases of unanticipated death or major permanent loss of function associated with a healthcare-associated infection.</p>

 49

The National Patient Safety Goals Comparison Chart Cont...

2005


Goal #8 Accurately and completely reconcile medications and other treatments across the continuum of care

Requirement 8.a.

During 2005, for full implementation by January 2006, develop a process for obtaining and documenting a complete list of the patient's current medication upon the patient's admission to the organization and with the involvement of the patient. This process includes a comparison of the medications the organization provides to those on the list.

Requirement 8.b.

A complete list of the patient's medication is communicated to the next provider of service when it refers or transfers a patient to another setting, service, practitioner or level of care within or outside the organization.

 50


The National Patient Safety Goals Comparison Chart Cont...

2005

Goal 9 Reduce the risk of patient harm resulting from falls

Requirement 9.a.


Assess and periodically reassess each patient's risk for falling, including the potential risk associated with the patient's medication regimen, and take action to address any identified risks.

 51

Non-Hospital Programs Program Specific Goals


- Assisted Living
- Long Term Care
- Ambulatory and Office-Based Surgery
- Behavioral Health Care
- Critical Access Hospital
- Disease-Specific Care Certification
- Home Care
- Laboratory

Reference Material Available In Workbook

 52


Surveying and Scoring the National Patient Safety Goals

- The Goals apply to all accreditation programs
- All full surveys and unannounced surveys
- Must implement all Goals/Requirements that are relevant to services provided, or implement an acceptable alternative(s)
- Surveyors evaluate actual performance, not just intent

 53

Surveying and Scoring the National Patient Safety Goals

- Based on services provided, which NPSG requirements are applicable?
- Leadership interview:
 - How are the Goals being met?
 - How well are the Goals being met?
 - How do you know how well the Goals are being met?

 54

Surveying and Scoring the National Patient Safety Goals

- **Documentation review:**
 - There are few documentation requirements and no formal documentation review in 2004 & 2005.
 - Surveyors will use whatever documentation the organization has developed for communicating, implementing, and monitoring its response to the Patient Safety Goals. For example:
 - Verification checklist
 - List of abbreviations not to be used
 - Equipment management records
 - Time-Out



55

Surveying and Scoring the National Patient Safety Goals

- **Patient care unit visits:**
 - Surveyors will spend most of their on-site time on patient care units
 - Survey of the NPSGs will be integrated with the rest of the survey process, including tracer activities
 - Multiple interviews with caregivers
 - Some interviews with patients or families
 - Direct observation of the processes of care and the care environment



56

Goal-Specific Survey Considerations

Goal #1: Improve the accuracy of patient identification.

Requirement #1.a -- 2 patient identifiers

- How are patients identified on admission?
- How are the patient-specific identifiers "attached" to the patient, record, orders, medications, blood components, lab specimens, etc?
- Make sure room/bed # is not used
- Scoring based on situations involving administration of medications, blood, and drawing blood samples and other specimens for clinical testing, or providing any other treatments or procedures.



57

Goal-Specific Survey Considerations

Goal #2: Improve the effectiveness of communication among caregivers.

Requirement #2.a -- "Read-back" process

- Interview nurses/physicians, and other clinicians about process for taking verbal/phone orders
- Observe process during patient unit visits
- How do they track the consistent use of this process?
- Voice mail orders are *not* acceptable
- Note that in 2004 and 2005, "critical test results" reported verbally or by telephone will require a "read-back"



58

Goal-Specific Survey Considerations

Goal #2: Improve the effectiveness of communication among caregivers.

Requirement #2.b -- Standardize abbreviations, acronyms, and symbols not to use

- This applies to all use of abbreviations, symbols, acronyms, not just medication-related, but HCO can limit scope
- Score only for hand-written documentation in 2004
- Score electronic documentation (exception Lab) in 2005
- Look for list of abbreviations ... that are not to be used
- Make sure the list includes the "minimum required" items
- Review open records for evidence of use of prohibited abbreviations, symbols, and acronyms
- Review closed records as necessary for validation of findings and track record assessment
- Review organization's established turn around times for critical test results and values, and process to measure and assess.



59

Goal-Specific Survey Considerations

Goal #3: Improve the safety of using medications.

Requirement #3.a -- Concentrated electrolytes

- Includes potassium phosphate and hypertonic saline in addition to KCl
- Check medicine cabinets; automated dispensing units; crash carts; dialysis unit
- Interview pharmacy director
- Storage on patient care unit requires
 1. Clinical need
 2. Segregation from other drugs
 3. Limited access
 4. Special warning labels



60