

【 医療機関に求められている医療安全行動はなんですか 】

ネットワーク会議 in 北海道参加者の意見（資料 2-1）

- ・ タイムアウト
- ・ 薬剤の安全使用
- ・ 指示伝達（口頭指示の減少）
- ・ 繰り返される死亡事故や浸襲の高い事例
- ・ 体内異物（残）ーガーゼは血液がべったりついていたり??カウントは困難。Xp での確認をしても発見できないときがある。
- ・ 安全パトロールの実施
- ・ 経管栄養チューブ誤挿入防止
- ・ 患者間違い確認防止
- ・ 高齢又認知症の患者が年々増加してきており、患者が自分で名前を名乗ることができない場合がある。→確実な患者確認方法に取り組んで行きたいと考えている。
- ・ 誤認などを多職種連携で防止していきたく「効果的なコミュニケーション」にも取り組んでいきたい。
- ・ 患者誤認防止
- ・ 転倒転落防止
- ・ 危険薬
- ・ タイムアウト
- ・ 情報伝達報告（SBAR）
- ・ 緊急（急変）対応
- ・ ドレーンチューブ
- ・ チームワーク
- ・ チームワークコミュニケーション（現在取り組み中→ツーチャレンジルール、CUS、SBAR）
- ・ 患者確認
- ・ ハイリスク薬
- ・ 医療安全にエビデンスを加えて職員患者等の安全に対する意識を向上してもらうこと。
- ・ 根拠がある職員安全教育（ラダー）
- ・ 患者確認
- ・ 危険薬管理
- ・ 動線の整備
- ・ 患者にとってわかりやすいもの
- ・ 院内の統一
- ・ 薬剤の指示～投与・観察までを明確にした安全対策
- ・ CVC 挿入の認定制度は学会で決めてほしい。
- ・ 情報共有
- ・ 浸襲的処置前の患者・手技・部位確認を行います（検査時における確認）。徹底させる

【 医療機関に求められている医療安全行動はなんですか 】

ネットワーク会議 in 北海道参加者の意見（資料 2-1）

難しさと医師の協力が難しい。

- ・ 決められた患者確認手順の遵守状況の確認方法の確立、モニタリング
- ・ 患者参画をすすめる。説明と同意・協同一（患者誤認防止、転倒・転落防止など）
- ・ 5S の徹底
- ・ 胃管挿入確認 胃液による PH チェック
- ・ OPE 室以外でのタイムアウト導入
- ・ CV 認定制度
- ・ 経管栄養チューブ挿入後の Xp 確認
- ・ 誠実に記憶し、記録すること
- ・ 法令に基づく行動（通達レベルも含めた）
- ・ 根拠に基づく行動
- ・ 患者確認行動（標準化、一本化）
- ・ 遵守率を高める行動
- ・ 浸襲的処置（項目を決める）の安全実施
- ・ 実施する人の明確化、スキル習得の教育・訓練。認定制度
- ・ インシデント・アクシデント・合併症報告を個々の問題として責任を持って実施。
- ・ ナースコール／アラームに頼ってアセスメント能力が低下しているため、安全文化醸成！
- ・ ヒヤリハット報告制度の充実（提出・分析）
- ・ コミュニケーション力の向上
- ・ システムの構築
- ・ 職員教育の周知活動 患者及び職員の医療安全を推進するためにいくつかのマニュアルを作成・見直ししているが、浸透できていない現状。目的（なぜ）が理解されその時々で安全行動が起こせる職員育成をしたい。
- ・ 国際患者安全目標に沿ってマニュアルの整備と周知、実践環境を整えること。
- ・ 効果的なコミュニケーション（現場の医師が変わらなければ口頭指示は減らない）
- ・ 医療安全管理組織をどのように運用していくか（ワーキンググループ、各部署医療安全推進者をどのように活用するか）
- ・ 内服管理方法
- ・ 周知・教育方法
- ・ 患者確認のモニタリング
- ・ 口頭指示シート
- ・ 経管チューブの位置確認
- ・ 患者確認→とくに外来部門（名前を名乗れない患者が多い、病棟と違いベッドネームなし→処置する場合、どのようにして患者確認をしていくのかルールの徹底）
- ・ スタッフ教育→マニュアルが徹底されていない。→スタッフの意識がうすい→①意識付

【 医療機関に求められている医療安全行動はなんですか 】

ネットワーク会議 in 北海道参加者の意見（資料 2-1）

けしていくのが課題②マニュアルの見直し。

- ・ 多職種との連携→医師、薬剤師、レントゲン、リハビリ 医療安全を考えていくことが必要 → 看護師ばかり頑張ってもだめ
- ・ 基本的なこととして患者を間違えない、患者確認を確実に実施することが必要。患者も一緒に実施する。
- ・ 発生したことのフィードバックが難しい。情報の共有がなかなかできない。
- ・ 実践すべきこと、ルールの周知
- ・ 患者確認
- ・ ドレーンチューブ類の管理
- ・ 説明と同意
- ・ 転倒・転落防止
- ・ ハイリスク薬の管理
- ・ 地域・患者さんと協力して行う。誤認防止活動を実践し、質の高い医療を提供する。
- ・ 確実な患者確認→呼びにくい名前が多い
- ・ 転倒・転落…センサーベッド
- ・ 医療安全文化の重要性
- ・ 確実な患者確認
- ・ 手順の遵守（安全な薬剤使用について）
- ・ ダブルチェック
- ・ 患者認証
- ・ 患者確認
- ・ タイムアウト
- ・ 危険な処置・手技の確実な安全確認
- ・ マニュアルの基準化と職員への周知
- ・ 口頭指示
- ・ 内服
- ・ 患者確認（フルネーム、生年月日）（フルネーム、ID）→名乗ってもらう
- ・ 医療者側の一方的な安全行動ではなく患者と一緒にっていく。
- ・ 全職員の医療安全意識の向上
- ・ 患者確認
- ・ 法律で求められている行動の順守に加えて患者安全のために問題を抽出し、検討、改善する PDCA サイクルを回していくこと（ルールを決めたら行動レベルで確認すること）
- ・ 患者確認 名前・フルネーム
- ・ 薬使用時の 5R+1R
- ・ 転倒・転落率の低減 変化時のアセスメント
- ・ 口頭メモ用紙の使用

【 医療機関に求められている医療安全行動はなんですか 】

ネットワーク会議 in 北海道参加者の意見（資料 2-1）

- ・ 転倒・転落
- ・ チューブ
- ・ 患者確認 → 情報共有
- ・ ハイアラート薬
- ・ アラームに頼り過ぎた結果 インシデント
- ・ 急変時対応（の教育）
- ・ 患者情報の共有（アレルギー、インシデントなど）
- ・ 医療機器の安全な使用
- ・ 標準（基準）とする評価項目を決める。ISO、機能評価機構など
- ・ 患者確認（患者と一緒にフルネームで、もので）→標準作業（具体的に）を可視化、周知教育方法論を構築
- ・ ISO で医療安全マネジメント内部監査 標準→順守不順時→鑑査→評価→是正
- ・ 患者確認の場面、患者・家族を参加させる。名乗ってもらう。一緒にみる。
- ・ 指標管理
- ・ 記録
- ・ 安全意識の醸成
- ・ 基準や手順書だけでなくモニタリング PDCA サイクル
- ・ 患者確認
- ・ 安全な手術
- ・ 医療機器の安全な使用
- ・ 医薬品の安全な使用
- ・ 患者確認
- ・ ハイリスク薬の管理
- ・ 転倒・転落防止
- ・ タイムアウト
- ・ 本人が確認行動に協力できない。→写真 指示簿 車いすの名前、個人情報保護も配慮（権利） 他部署の人が定期的にチェック
- ・ マニュアル整備、改定はされているが、周知徹底が難しい
- ・ 医師の協力体制
- ・ 他職種との協働（チームで）
- ・ 患者の名前を間違えてしまう（外来で）
- ・ 電子カルテで前の患者の画面を閉じずに診察を始めてしまう
- ・ 患者確認（フルネーム、生年月日）
- ・ 職員間の良好なコミュニケーション
- ・ 口頭指示の受け方の手順 口頭指示をできるだけ受けない。
- ・ 薬剤管理 病棟での安全な保管・管理 投与時のダブルチェック 時間差のダブルチェ

【 医療機関に求められている医療安全行動はなんですか 】

ネットワーク会議 in 北海道参加者の意見（資料 2-1）

ック

- ・ 転倒・転落防止のためのリスクアセスメント、危険度に応じた対策の実施
- ・ 研修会、定期的な開催 事例共有
- ・ 誠実にスピーディに対応すること
- ・ 職場環境を整備すること
- ・ マニュアルを整備する。それが適正かどうか
- ・ マニュアル順守ができていないかモニタリングすること
- ・ 患者確認を確実にすること。
- ・ 患者の誤認 確認方法
- ・ タイムアウト
- ・ 5R、5Sによる確認
- ・ リストバンド・バーコードによる患者誤認予防 フルネーム確認
- ・ 転倒・転落
- ・ SBAR 報告書の作成
- ・ 転倒・転落の予防、誤薬の予防が挙げられると思います。患者確認はとても重要なことですが、その患者さまの情報を入院時に入院前の情報を含めて把握していくことが大切であると考えます。
- ・ 患者氏名確認の徹底
- ・ 胃管挿入時の確認方法の徹底
- ・ 転倒・転落 毎日 スクリーニング 評価表 入院した時 1W 後→ケア変更してくれてない。
- ・ プロファイル アレルギー情報 入っていない状況がある。
- ・ ヒヤリハット分析、集計からの検討、改善策
- ・ 情報共有
- ・ 患者確認方法
- ・ アレルギー情報
- ・ 転倒・転落
- ・ 転倒・転落した場合の対応
- ・ 患者さま確認 情報の共有
- ・ コミュニケーションを効果的にとること
- ・ 電話対応時 患者さまの名前 生年月日 症状等の確認 聞き取り
- ・ 往診時（前） 準備（必要な資料の情報） 処方せん 提供書等（情報共有）
- ・ 電子カルテ操作 患者名間違い 記載間違い 誤認対策
- ・ 誠実に記録
- ・ 日々の行動を振り返る
- ・ 情報の共有

【 医療機関に求められている医療安全行動はなんですか 】

ネットワーク会議 in 北海道参加者の意見 (資料 2-1)

- ・ 安全な投薬をする
- ・ 5R の徹底
- ・ 患者確認
- ・ コミュニケーション 伝達エラー防止
- ・ ハイリスク薬の管理
- ・ タイムアウト
- ・ 転倒・転落の損傷リスク軽減
- ・ 目に見える形の確認行動
- ・ 患者確認
- ・ ハイアラート薬
- ・ インフォームドコンセント
- ・ 患者確認
- ・ 手指衛生
- ・ 転倒・転落
- ・ ハイアラート薬
- ・ IC 説明と同意
- ・ インシデントレポート内容分析
- ・ 確認方法の確立
- ・ チーム医療 (時に多職種間の情報共有)
- ・ 侵襲の高い治療・検査時のタイムアウト
- ・ 患者確認
- ・ 口頭指示
- ・ 薬剤の 5 R 確認
- ・ せん妄評価・・・(?)
- ・ 危険の芽を探る → 気づけるようにする
- ・ 手順・基準を順守できる → モニタリングを行う
- ・ 患者確認・誤薬 → 確認
- ・ スタッフの意識
- ・ 患者誤認防止
- ・ 誤薬防止・誤輸血
- ・ モニターアラーム管理
- ・ チューブ類管理
- ・ 経管栄養の誤挿入
- ・ 患者確認防止
- ・ ハイリスク薬剤の取り扱い
- ・ 外来でのリスクアセスメント

【 医療機関に求められている医療安全行動はなんですか 】

ネットワーク会議 in 北海道参加者の意見（資料 2-1）

- ・ 院内統一したハイアラート薬（インシュリン）
- ・ タイムリーなインシデントの報告
- ・ 口頭指示 用紙はあるが事後の薄れている医師の確認
- ・ 松阪市は人口 15～16 万人の市ではあるが、同じような規模の総合病院が 3 つもある。3 病院合同で患者確認行動を共有していこうと安全管理者が集まって検討している。松阪市民にどの病院に行っても「名前を自ら名乗る」ということを浸透させたいと考えているが、なかなか足並みがそろわない。
- ・ 職員研修プログラム
- ・ 新人職員の安全教育（中途採用を含む）
- ・ 危険事項や厚労省 PMDA からの警告の周知
- ・ 患者教育
- ・ 患者確認
- ・ 誠実・正直
- ・ 名前確認から名乗ってもらえる環境作りへ
- ・ QC 活動
- ・ ヒューマンファクター工学の普及（研修会 必須）
- ・ 四輪ロックの普及
- ・ 手洗い
- ・ 院内認定制度
- ・ 患者の視点 手順書の作成・改訂とその遵守 モニタリング
- ・ 風土づくり
- ・ 患者誤認防止
- ・ タイムアウト（手術・浸襲的処理・検査）
- ・ 転倒・転落アセスメント
- ・ インシデントレポートの徹底
- ・ インシデントレポートに基づいて具体的な改善・そのフォロー
- ・ ISO・JCI を採用し、現場に徹底を落とし込む
- ・ 患者確認
- ・ 手技の前の確認 タイムアウト
- ・ アクシデントの報告 → 機構へ
- ・ 行政の立ち入りに対応しうる対策
- ・ 患者確認の徹底
- ・ 事故防止策のすみやかな構築
- ・ すみやかな報告と周知
- ・ 患者確認
- ・ コミュニケーションの軽減

【 医療機関に求められている医療安全行動はなんですか 】

ネットワーク会議 in 北海道参加者の意見（資料 2-1）

- ・ マニュアル整備
- ・ 患者誤認防止
- ・ 安全への患者参加
- ・ 患者誤認防止
- ・ 患者確認（本人に名乗ってもらう ネームバンド）
- ・ 環境整備（安全な環境の提供）
- ・ マニュアルの順守
- ・ 三度の確認
- ・ 指差し声だし
- ・ マニュアルの周知・遵守
- ・ インシデントの分析
- ・ モニタリング
- ・ 患者確認
- ・ ハイアラート薬の安全管理
- ・ 手術のタイムアウト マーキング
- ・ 転倒・転落
- ・ MRSA 発生率
- ・ パートナーシップ
- ・ 職場環境が重要
- ・ 効果的なコミュニケーション
- ・ 患者確認
- ・ 夜間の患者確認の方法について
- ・ 患者確認
- ・ マニュアルの遵守
- ・ メンタル・認知の人 → ベッドネーム ←バーコードを付ける
- ・ ログイン ログアウトの確認
- ・ 情報の共有大事
- ・ 業務中の看護師には声をかけない←医療者・患者も巻き込んで
- ・ 患者確認
- ・ ルール順守ー（基準）手順・改訂 →どのプロセスを改訂するか
- ・ 遵守状況のモニタリング→安全文化の醸成
- ・ 感染管理
- ・ 医療法に基づいた法の遵守 それを実現するためにその病院の安全管理の方針・手順を整備し、その実施状況をモニタリングし評価する。PDCA サイクルを繰り返す。
- ・ 誤認予防。全ての職員が質の高い医療を提供できること
- ・ インフォームドコンセント、コミュニケーションが一方的でないこと、背景も含めて



【 医療機関に求められている医療安全行動はなんですか 】

ネットワーク会議 in 北海道参加者の意見 (資料 2-1)

- ・ 医療者間の情報共有・保存・活用
- ・ 患者の協力の義務付けが必要だと思います。
- ・ CVC 認定制度
- ・ 外来患者転倒アセスメント
- ・ 患者確認 2点
- ・ 口頭指示を受けない・受ける場合の厳重な取り決め
- ・ モニタリングをしていくこと
- ・ 情報共有 (医療者間、医療者・患者間)
- ・ ラウンドによる現場確認 情報収集
- ・ 委員会 (意識統一) 各部署の行動目標-PDCA サイクルでの評価
- ・ 決めたことを継続する
- ・ 患者の安全を守りながら同時に自分の身も守れる行動
- ・ いろいろな情報の共有
- ・ 職員の意識改革
- ・ PDCA サイクル
- ・ 周知徹底
- ・ 他職種協働
- ・ 患者誤認対策
- ・ 転倒・転落防止対策
- ・ 栄養チューブ誤注入防止・誤挿入防止
- ・ 医療安全体制の整備 (安全管理委員) およびそれが確実に機能する取り組み
- ・ ハイアラート薬の安全管理
- ・ 感染リスクの低減
- ・ 転倒・転落による患者の損害リスクの低減
- ・ 患者確認の徹底
- ・ 医療安全文化の醸成
- ・ 利用者の状態変化への適切な対応
- ・ 患者確認
- ・ コミュニケーション
- ・ 手順・基準遵守のための安全モニタリングラウンドの方法
- ・ ハイアラート薬の明示 (病棟内各部署)
- ・ 患者確認方法の徹底
- ・ 口頭指示受けの廃止
- ・ 非医療職の安全行動教育
- ・ 誤認防止活動 指なぞりを徹底する フルネーム 顔写真
- ・ 褥瘡予防 エアマットレス稼働率 耐圧分散マットレス率

【 医療機関に求められている医療安全行動はなんですか 】

ネットワーク会議 in 北海道参加者の意見 (資料 2-1)

- ・ 院内感染予防 手洗い遵守率 擦機剤使用率
- ・ 医療機器の確認
- ・ 信頼を裏切らないこと 過誤により不利益を与えないこと。例えば、患者確認、誤薬、無投薬など
- ・ 患者確認
- ・ 口頭指示メモ
- ・ 患者確認 正しい PDA 使い方、外来患者フルネーム、生年月日 患者家族協働の確認
- ・ 口頭指示 (復唱メモ)
- ・ 経管栄養チューブ PH チェック
- ・ 患者確認
- ・ 手術室でのタイムアウト (他処置などは)
- ・ フルネームでの患者確認
- ・ 転倒転落評価 PDCA
- ・ 口頭指示ルール
- ・ 病棟在庫薬品をできるだけなくす
- ・ 決められたルールを理解し、実践できない。
- ・ 現在問題と考えられることが解決に向けて何らかの対策を委員会等で意見交換し決定できる。
- ・ 患者確認
- ・ 所見を間違えないで保管「正しい私の情報が正しく評価され残される。」
- ・ シリンジポンプ重複にしてある管理
- ・ ハイリスク薬の取り扱い
- ・ 患者確認
- ・ 転倒・転落防止 アセスメントの確実な実施
- ・ 行政の立場から最初に発表のあった甲斐由紀子先生の内容に準ずるものと思います。
- ・ 医療機関が社会に対して透明性を担保するための仕組みが必要
- ・ 国民の皆さまが自分も医療に参加しているという意識をもって頂くことや周知が必要
- ・ 患者確認行動 ルール、手順を守る
- ・ 転倒・転落予防
- ・ 患者・家族・市民参加の医療安全
- ・ 在宅情報の共有 データ保存・予防・蓄積
- ・ 基礎教育 根拠が必要
- ・ 患者確認
- ・ 薬剤確認
- ・ 環境整備
- ・ 安全文化の醸成

【 医療機関に求められている医療安全行動はなんですか 】

ネットワーク会議 in 北海道参加者の意見（資料 2-1）

- ・ JCI/IPSG/6 項目
- ・ 患者照合
- ・ コミュニケーション
- ・ ハイアラート薬剤
- ・ タイムアウト、マーキング
- ・ 指手衛生
- ・ 転倒・転落アセスメント
- ・ 名前を自分で声に出すことができない患者 → リストバンド認証
- ・ 安全行動の遵守出来ない理由はなぜか？
- ・ ヒヤリハット報告、事故報告を活用して対策立案を行い改善を行うこと
- ・ 患者確認
- ・ 口頭指示
- ・ ハイアラート薬の安全
- ・ 転倒
- ・ コミュニケーションの改善
- ・ 患者確認
- ・ 薬剤の安全な投与
- ・ 安全な検査
- ・ 安全な療養環境
- ・ 安全な情報伝達
- ・ 在宅の現状を知って頂く
- ・ 患者確認
- ・ 与薬（注射、内服薬）
- ・ 細かな統一（口頭指示メモ、手術室前マーキング方法）
- ・ 遵守状況のモニタリング（例. 患者誤認防止で患者の名乗りはしているが行っているかのモニタリング）
- ・ ルールの遵守と病院全ての統一（病棟毎で違うこともある）
- ・ 医療機器に頼り切っている為、もっと危機的予測をして行動すること。
- ・ ルールを守る
- ・ 身近に潜むリスクに気づく力

## 【 具体的にモニタリング・評価している医療安全行動 】

ネットワーク会議 in 北海道 参加者の意見(資料 2-2)

- ・ 内服確認 5R 確認行動
- ・ せん妄リスクチェック
- ・ 転倒・転落アセスメント
- ・ インシデントレポートの集計
- ・ カンファレスでの共有・周知
- ・ じょくそう発生に関する評価・フォロー
- ・ 栄養アセスメント
- ・ インスリンの誤投与（種類の確認、名前の確認、指示の確認）
- ・ 転倒転落（対策チームによる毎月の振り返り） → 件数の収集と現場のフィードバック 看護師、リハ科との合同カンファ
- ・ 内服与薬確認行動（安全専任看護師が各病棟におりスタッフの行動をチェックしている）
- ・ 注射実施における 5R の確認 2 回／年
- ・ 手洗い遵守の確認 2 回／年
- ・ 電子カルテログインアウトの実施状況
- ・ 指差し声だし呼称のモニタリングはしているが評価まではできていない
- ・ 安全パトロール 2 回／年
- ・ 指差し声だし確認
- ・ リスクマネージャーによる個人識別の徹底確認（巡視、ただしカウントしたりはなく不完全）
- ・ 月次（場合によっては週）でインシデント報告のシェアと解決を図る
- ・ インシデントレポート
- ・ 他施設訪問
- ・ 機能評価機構受審
- ・ 夜間の患者確認 ネームバンドのバーコードリーダー無理でもベッドネームにm、おバーコードを付けてチェックしている
- ・ 患者間違い事例 確認したかどうか
- ・ 深部静脈血栓リスク評価
- ・ 転倒・転落
- ・ 患者誤認防止 アンケート（患者 医療者双方） 指差し呼称 フルネーム（生年月日）での確認
- ・ 研修会の出席名簿
- ・ 転倒・転落アセスメントシート、チェック実施率
- ・ 医師のインシデントレポート提出数
- ・ 経管栄養チューブ誤挿入の防止
- ・ 患者誤認防止
- ・ 患者誤認防止

【 具体的にモニタリング・評価している医療安全行動 】

ネットワーク会議 in 北海道 参加者の意見(資料 2-2)

- ・ 投薬の指示声だし
- ・ 転倒・転落アセスメント評価実施（転倒転落防止）
- ・ 看護局医療安全委員会のチームによる病棟ラウンド（麻薬、救急カート、内服薬管理、転倒転落）
- ・ 急変対応が良いと思う
- ・ 医療安全文化測定として 30 項目（医療安全に関する自己評価で実施している）
- ・ 手順不順守
- ・ 診療録の鑑査
- ・ 患者確認行動
- ・ 環境
- ・ 事例分析後の対策の評価
- ・ 安全巡回によるモニタリングとフィードバック
- ・ ワーキンググループによる活動
- ・ 管理者に向けた研修会によるマネジメント意識変化
- ・ 6R のテスト
- ・ 手洗いキャンペーン（年 1 回）
- ・ QI 活動
- ・ インシデント報告数
- ・ 大切なことは見えにくいしモニターしにくいように思います。
- ・ 誠実・正直に記録・報告する自己を確認するできる環境づくり。
- ・ すべての会議を IC レコーダーで収録することはリコメンドされるべき
- ・ 確実な患者確認
- ・ 月 1 回 安全行動 認識確認チェックラウンド 施設、手技
- ・ 患者参画（協力）
- ・ タイムアウト（RST+ME）ラウンド
- ・ 認証システム
- ・ 転倒・転落発生率
- ・ 抑制発生率
- ・ バーコードでのリスクマネジメント実施率
- ・ 指差し声だし確認
- ・ インシデントレポート等で誤認の件数、状況をチェック
- ・ インシデント件数（事故種別）・分析
- ・ 与薬事故の病棟別の件数・分析
- ・ 転倒・転落率
- ・ 転倒・転落
- ・ 患者確認

【 具体的にモニタリング・評価している医療安全行動 】

ネットワーク会議 in 北海道 参加者の意見(資料 2-2)

- ・ 感染 針刺し
- ・ デク
- ・ インシデント・アクシデント
- ・ 輸液ポンプ・シリンジポンプの安全な使用
- ・ 入院時のアレルギー情報の入力状況・インプラント情報の入力状況)
- ・ 転倒・転落 → ラウンド
- ・ (6R+A) 確認場面 → ラウンド
- ・ 患者間違い → RCA
- ・ 患者誤認・・・内服・経管栄養、検査時、点滴時
- ・ 手指衛生・・・MRSA 発症率
- ・ 手術・・・マーキング、タイムアウト
- ・ 栄養チューブ
- ・ 患者誤認
- ・ 感染 (手指衛生)
- ・ ブリーフィング、デブリーフィングの実施 (事務+看護師)
- ・ インシデントレポートの作成と振り返り
- ・ 看護師 1 名からの同行事務としての指導実施 (往診時の注意、針捨てなど)
- ・ 患者満足度アンケート実施
- ・ 職員アンケート
- ・ 誤薬に対するの予防・取り組みは行っています。与薬前の患者確認はもちろん、チェックリストに沿ってチェックしていくことを徹底しています。転倒・転落に関しても都度評価し柵の数、マッタ君の使用を検討しています。
- ・ インシデントレポート収集分析評価 WG での対策検討
- ・ 医薬品安全管理手順書に基づいたチェック (月 1 回)
- ・ ICN が手指消毒の間接・直接観察法を行っています。
- ・ 口頭指示
- ・ アレルギー薬剤・食物アレルギーの対応 (PC 入力、紙データ記載、アレルギーカード)
- ・ 患者確認
- ・ 5R 確認
- ・ 針刺し
- ・ 患者誤認を防ぐための取り決め (完璧ではないが) 同姓患者がいた場合の取り決め。外来では患者に名前を言うてもらうことを徹底している。ただし、外来患者の内視鏡検査の場合、ネームバンドをつけていないので課題としたい。
- ・ 機能評価 JCI
- ・ マニュアル遵守調査
- ・ 危険薬の管理

【 具体的にモニタリング・評価している医療安全行動 】

ネットワーク会議 in 北海道 参加者の意見(資料 2-2)

- ・ 患者確認
- ・ 誤薬防止
- ・ 輸血の安全体制
- ・ 注射薬のチェック
- ・ 機能評価 JCI
- ・ 針刺し事故
- ・ リスクマネージャーによる 1 回/月ラウンド。三段階評価を行っている。項目は年間に発生したアクシデントを基に対策が実施できているかチェック。毎年項目を見直している。
- ・ 現状として医療安全管理部門は医療安全管理者一人で動かしている。感染対策加算 1 のように相互評価や地域カンファができるような仕組みを実行できるようになればいい。→診療報酬で加算がつくようにすれば病院も動くと思う。
- ・ 安全管理委員会は 1 回/月開催。各部署からのインシデント・アクシデントレポートの発表。3 カ月に 1 度それらのまとめ。各部署で話し合った対策の発表
- ・ オンライン会議「チャットワーク」に時間外に記載された問い合わせ、対応の件数、内容の変化を追跡
- ・ 外来に対するネームバンド 内視鏡 化学療法など
- ・ ネームバンド装着 患者が復唱できない場合の患者確認
- ・ 手術のタイムアウト
- ・ インスリン投与時チェックリスト使用状況
- ・ 内服・注射与薬プロセス（看護師が行うこと）の行動確認
- ・ チャットを用いてお互いをチェックしている。
- ・ 医師への案件を緊急別に報告することで診療に集中できる。→見える化
- ・ 患者確認 個人レベルでは行っておりませんが部署単位で行っております。今後個人レベルでの評価を行っていきたいと思います。
- ・ アウトカムでは誤認・転倒転落、入院時転倒転落アセスメントなど
- ・ 指差し呼称確認
- ・ 留置位置の確認（胃管・ドレーン・CV 類）
- ・ インシデントレポートの件数・分析
- ・ 転倒・転落率
- ・ MRSA 発生率
- ・ 5R の確認
- ・ 患者誤認防止
- ・ インシデントレポート
- ・ 研修率
- ・ 誤認予防

【 具体的にモニタリング・評価している医療安全行動 】

ネットワーク会議 in 北海道 参加者の意見(資料 2-2)

- ・ 医療安全研修
- ・ 転倒転落予防
- ・ 誤嚥窒息・肺塞栓
- ・ 患者確認 年 2 回患者さんに入院・外来で医療者が行っているかアンケート調査を行っている。
- ・ 入院時の転倒・転落アセスメントシートスコア 危険度Ⅱ以上 危険行動の割合 安全具使用率
- ・ 手洗いのタイミング調査をしている。3人でできていれば○ 一人でもできていないと×
- ・ センサーマット使用状況
- ・ 転倒・転落アセスメント実施状況
- ・ 認知症（危険行動）患者割合
- ・ 1回／月 各部署安全パトロール
- ・ 薬→各部署のラウンドを 2回／年以上（注射と薬剤に分けて）ラウンド
- ・ 感染→ICT 1回／週
- ・ 転倒・転落 → 転倒・転落 2回以上でラウンド
- ・ 病棟配置薬の評価
- ・ 輸液ポンプ
- ・ BLS の習得、実際 CPA の際に動いているかどうか
- ・ 患者誤認件数
- ・ 機能評価
- ・ 血管外漏出が起こらない予防対策
- ・ 内服の事例を Ns 委員会で検討（マニュアル等にそって行えているか）
- ・ 患者確認 外来患者に調査 委員会（看護の安全委員会）メンバーによる確認行為のチェック
- ・ 各部署スタッフ同志の確認行為チェック
- ・ 医薬品安全管理巡視
- ・ 医療機器 主に人工呼吸器（の使用）巡視
- ・ 車いす、点滴スタンド等の安全点検巡視
- ・ 療養環境安全巡視



## 第 9 回医療の質・安全学会

ネットワーク会議 in 幕張 参加者の意見(資料 3)

医療機関で必ず行うべき医療安全行動として考えている具体的項目は何ですか？下記から選択するとともに、下記以外にありましたらご記入ください。

〈選択項目〉 回収 43 枚

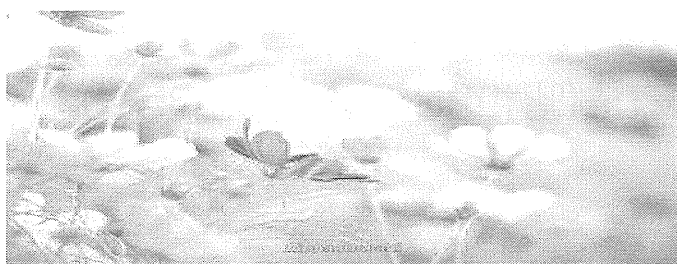
- ・患者確認の手順決定と順守決定と遵守 40/43
- ・転倒・転落リスクアセスメントと予防対策の実施 32/43
- ・侵襲的処置前のタイムアウト 29/43
- (WHO 手術安全チェックリスト) 20/43
- ・ハイアラート薬を決定して管理 27/43
- ・患者確認のための輸血前バーコード認証、注射・点滴前バーコード認証 27/43
- ・CVC 認定医制度導入 11/43
- ・チューブドレン管理（特に胃ろう）手順を改訂中は重要と考える。

〈その他〉

- ・患者の確認は本当に初めに必要な行為なので必ず行っていきたい。
- ・当院で医師への研修が継続的になっていないのでシステムつくりたい。
- ・コミュニケーション能力を向上させるための取り組み
- ・薬剤師、栄養士によるアレルギーショック
- ・医薬品の安全な取扱い、提供、持参薬
- ・24 時間 365 日体制で医療安全に関する相談窓口を設ける。
- ・データの活用
- ・患者の説明行動
- ・インシデントレポートの結果
- ・データのフィードバック
- ・医療安全を担う次世代の管理者など、人の育成
- ・JCI 国際患者安全目標の項目を確実に行うこと。
- ・褥瘡アセスメント
- ・報告の方法（SBAR など）の統一
- ・医療安全の基礎についての教育をもっと十分
- ・各種医療機器アラーム発生時の対応
- ・医療行為の有効率、成功率、開示
- ・説明の仕方（確認の方法）←理解度のです
- ・安全の指標（個人レベルの）

2014年11月23日  
 第9回医療の質・安全学会学術集会  
 ワークショップ5:「医療機関に認められた医療安全行動とは」

# 行政の医療監視で 求められた医療安全行動



宮崎大学医学部看護学科  
 基礎看護学講座  
 甲斐由紀子

2014年11月23日  
 第9回医療の質・安全学会学術集会  
 WS「医療機関に認められた医療安全行動とは」

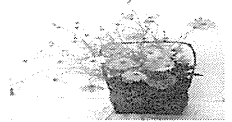
- 1 目的
- 2 実施方法
- 3 調査表(2)
- 4 具体的な調査項目
- 5 調査の流れ
- 6 求められた医療安全行動
- 7 まとめ



# 目的(立入検査)

医療法第25条第1項の規定により、「病院が医療法及び関連法令により規定の人員及び構造設備で、適正な管理を行っているか検査する」ことで、病院を科学的で、適正な医療を行うにふさわしいものとする。

医療法(昭和23年法律第205号)



---

# 実施方法(立入検査)

市長等が任命した医療監視員が施設に赴き、第1表(施設表)を作成し、第2表(検査表)に基づき該当する検査項目を検査し判定する。

不適合事項を通知し、改善計画書の提出を求め、改善のために必要な指導を行う。



# 検査表(調査表)

## 1 医療の安全確保

- ・安全管理指針
- ・委員会職員研修
- ・安全確保のための改善方策
- ・安全管理部門
- ・患者相談体制確保

## 2 院内感染体制確保

## 3 医薬品安全管理体制確保措置

## 4 医療機器安全管理体制確保措置

## 5 その他

- ・血液製剤・輸血管理体制
- ・職員研修

5

---

# 具体的な調査項目

## 1) 検査表に基づく調査

- ・前年度の指摘事項

## 2) 独自の聞取り

- ・年間計画、部署毎の計画・実施結果
- ・研修受講歴リスト・アンケート
- ・重要事例の改善策・追跡・確認方法

取組内容、実施理由、効果、問題点・対策、課題・見直し

- ・報道事例、直近医療事故対応

- ・「レベル3b以上の事例」の聞取り

- ・報告ルート、公表基準(日本医療機能評価機構、厚生局)

- ・マニュアル改訂と整合性

## 3) 現場確認、視察、聞取り

6