

令和元年度医療安全監査後の改善報告

令和 3 年 2 月 1 2 日
千葉県こども病院

千葉県こども病院医療安全監査報告書（令和 2 年 6 月 26 日）において、指摘を受けた事項について、改善状況を報告します。

1 項目（指摘事項の要約）

指摘事項①

日常の医療安全管理目標が、病院の目標に直結し、数値目標として評価できる目標を掲げ、達成状況、遵守状況を確認することが望ましい。全体に、インシデント報告件数は増加しており、取組の成果が見られる。看護部門は、報告の文化が育ってきているが、医師の報告行動が弱い。

（対応状況）

- 令和 2 年度の病院の重点目標の 1 番目は「安全・安心な医療の提供」であるので、これに則り数値目標として評価できる医療安全管理室の目標として「インシデント報告の重要性を説明し、レポート件数 1400 件を目標とする。ヒヤリハット件数割合を 45% 目標とする。アクシデント件数は 0 件を目指す。」と掲げた。その達成状況、遵守状況は、レポート件数 1437 件、ヒヤリハット 44.6% インシデント 55%、アクシデント件数は 2 件であった。
- 病院の目標に直結した医療安全管理室の目標を事前に表示し、リスクマネージャーを中心に今年度の計画を立案するようにした。
- 医師の報告数は 7% を目指し、医師看護師以外の職種は 13% を目指している。毎月、その目標値に達しているか会議で報告を行い、意識改善と報告書を依頼している。今年度は医師の報告数は 5%、多職種は 10% 前後を推移しているが、12 月の報告書は医師は 8% と少しずつ増加傾向にある。

2 項目（指摘事項の要約）

指摘事項②

病院の活動目標やプロジェクトの内容については、リスクマネージャーでも認識している者は半数で、現場スタッフはそれ以下であった。病院が掲げる医療安全の 3 つのプロジェクトについて、職員への浸透度を高めるため、見える化が必要。報告行動の弱い医局診療科があるので病院長からの指導が望ましい。

（対応状況）

- リスクマネージャーが参加する毎月の医療安全管理委員会及びリスクマネジメント委員会において、3 つの委員会（薬剤、医療機器、放射線安全）の検討状

況やプロジェクトチームの進捗状況を報告し、情報共有を図った。また、重大事案に関しては医療安全管理委員会報告会を今年度からは毎月実施し、進捗状況の報告と協議を行っている。

3 項目（指摘事項の要約）

指摘事項③

医療安全に関する患者・家族の相談窓口体制の案内がわかりにくく、患者・家族に周知されているとは言い難い。窓口を通しての相談件数がゼロということは、周知されているとは言い難い。入院案内のパンフレットや院内掲示等で明示した方がよい。医療安全管理室とこども・家族支援センターが協力し、適切な多職種連携と体制整備により、より良い医療安全、患者サポート体制につながるよう望む。

（対応状況）

- 昨年度は、相談場所の表示はしていたが患者にとって利用しづらかったのか、その場での相談件数は0件であった。今年度は患者窓口相談の仕組みを変更し、玄関ホールに看護師が常在し、窓口を設置した。その結果、相談件数は500件あり、そのうち医療安全に関することは6件、不安や苦情、診療に関することなどが大半であった。現在は院内にポスターを掲示しており、入院案内のパンフレットには次回校正する冊子から掲載される予定である。
- 窓口相談の役割を担っている子ども・家族支援センターと医療安全管理室とで情報共有の時間を設けカンファレンスを行っている。

4 項目（指摘事項の要約）

指摘事項④

リスクマネージャーは、看護職を除いて専門の研修や教育を受ける機会が少ない。リスクマネージャー会議の出席率が、77.8%であり、時間管理やWeb会議など出席率をあげる工夫がほしい。

（対応状況）

- 今年度はWeb研修を主として実施し参加率は100%であった。COVID関連の研修も多く企画し、院内全体の研修機会を増やした。

研修内容	参加者	受講率
Web研修 「苦情対応」	全職員（会計年度職員、委託保育士）を含む	100% 620/620名
Web研修 「With corona時代の感染対策」	当院雇用職員、外部委託業者	95.7% 717/749名
Web研修 「冬に備えた感染対策」	当院雇用職員、外部委託業者	99% 662/669名
Web研修+実施研修	医師・看護師	70%以上

「RRSについて」	同時に視聴している人数は把握できず	
Web 研修 「患者誤認・輸血・事故発生時の対応」 「患者誤認・心理的安全性」	全職員（会計年度職員、委託保育士）を含む	100% 488/488 名 123/123 名
Web 研修 「ICについて」	3 月予定	

- リスクマネジャーの会議は大人数のため、会議室と Web 会議の併用を行っている。しかし、web 環境がスムーズに整備されていないため、代行者などの参加が難しい状況があった。令和元年度参加率 78.4%、令和 2 年度参加率 78.9%（1 月末）

5 項目（指摘事項の要約）

指摘事項⑤

年間 20～34 件ほどのレポートに保育士が関与している。保育士、助手の医療安全研修を是非すすめて欲しい。保育士や看護助手に対して、医療安全研修の受講機会を確保する。

（対応状況）

- 19 名の保育士の受講率 100%、35 名の看護補助者の受講率は 100%であった。

6 項目（指摘事項の要約）

指摘事項⑥

職員の医療安全に関するルールの理解と周知・深達は乏しい部署もあった。医療機器の会議の頻度が少ない。

（対応状況）

- 今年度、手順書を新たに作成し、部門に関係する医療機器に関する勉強会は 26 回開催できた。
- 医療機器の会議は年間 2 回開催したが、毎週多職種カンファレンスで情報発信や協議を実施できている。

7 項目（指摘事項の要約）

指摘事項⑦

ハイリスク薬、ハイアラート薬の明記と定義内容の周知。全病棟での薬剤師の配置。

（対応状況）

- ハイリスク薬、ハイアラート薬は、薬剤で払い出す際に、小分け袋に入れ注意喚起の表示をしている。病棟の管理棚にはハイリスク薬・ハイアラート薬であ

ることを明記し、周知を行った。

- 今後、ハイリスク薬、ハイアラート薬などを明記した静脈注射マニュアルを作成する予定である。
- 4階東病棟、5階病棟、ICUの3つの病棟は薬剤師の配置を行っているが、人間的な理由から新設は困難であった。

8 項目（指摘事項の要約）

指摘事項⑧

院内全体で院内急変と院内暴力の通報手段は周知されていた。緊急コールの前段階で相談できるラビットレスポンスチームの導入についても、検討されたい。二次救命処置の教育は、集中治療室職員が中心であるが、多職種の参加が望まれる。

（対応状況）

- 2020年は院内急変対応システム（ラビットレスポンスシステム）ワーキンググループを立ち上げ、医師、看護師を中心に講義の受講やシミュレーション研修を繰り返し、報告体制を整備した。2021年1月から実際のチーム活動を開始し毎週水曜日にラウンドし、対象患者のフォローアップと急変リスクの高い患者の情報共有を行っている。ラビットレスポンスチームの構成メンバーは中心メンバーに加えて各科と各部署から人選された医師（約24人）と看護師（各病棟）で活動している。2021年度は常設のチームとする予定であり、今後は、多職種を含めて活動できることを検討している。

9 項目（指摘事項の要約）

指摘事項⑨

IC委員会の常設運営、マニュアルの充実、IC文書のチェック、IC状況の実態調査等の実施。IC文書を患者にわかりやすいものとするために、IC委員会やIC文書を承認する場に患者の立場を代弁できる人を加入。

（対応状況）

- 2020年4月からは、IC委員会を常設し活動している。委員会には医師4名、看護師2名、検査科1名、放射線科1名、診療情報管理士2名、事務局1名参加している。今後薬剤師も参加する予定である。患者立場代弁者は事務局員が担っている。
- 既存の運用マニュアルを一部改訂し、IC文章の内容確認やICに関するインシデント報告からの検討およびIC確認表の運用手順を見直している。
- ICの重要性や運用手順を含めた勉強会を2021年3月に実施する予定である。

10 項目（指摘事項の要約）

指摘事項⑩

2 識別子のない医療者側情報（手元情報）が多く、リストバンドをしていない患児もあり、患者確認手順の確立が急務。

（対応状況）

- 各部門で抽出した場面にに基づき、患者に実施する医療行為・医療サービス等の患者情報を確認する対象物を抽出し、表を作成し電子カルテに掲載した。来年度よりポケットマニュアルに印刷し、現場で確認できるようにしていく予定。
- 患者側情報となるネームバンドの装着ができていない患者が多いことが問題点として挙げられた。ネームバンド装着の運用手順を見直し、特に「ネームバンドが装着できない場合にはベッドネームケースに入れ、患者がベッドから離れる場合には身体に貼る」ということを周知徹底した。
- 12/14～1/15 を患者誤認防止月間とした。患者誤認防止のポスター（スタッフ用・患者用）を作成し掲示した。また、各部署で「ネームバンドの運用手順」の周知し、ポスターの内容を読み上げるようにした。患者誤認防止月間前後で、ネームバンドの装着率は 83.8%から 89.6%とアップし、装着できない場合は所定の場所に保管し、ベッドから離れる場合の装着率は 99%と改善された。

1 1 項目（指摘事項の要約）

指摘事項⑪

医療事故調査・支援センターからの再発防止に向けた提言について、職員への周知。

（対応状況）

- 再発防止に向けた提言は供覧し読了のサインをするようにしている。また、電子カルテにもアップし情報共有できるようにしている。

1 2 項目（指摘事項の要約）

指摘事項⑫

事故の当事者支援体制の職員への周知。医療対話推進者の家族への積極的な関わり。

（対応状況）

- 医療事故の当事者支援体制として、第3者の介入やメンタルヘルスを受けることができることを周知した。医療対話推進者に関しては研修を受講したのみであり、役割を担う体制の整備は今後検討していく。

1 3 項目（指摘事項の要約）

指摘事項⑬

感染部門の強化と組織体制の見直しが急務である。院内感染対策委員会と院内感

染対策チームの委員会の運営方法を、組織図に則った運営方法に改善していただきたい。

(対応状況)

- 感染部門の強化のために今年度より、院内組織として感染管理室が独立した。また、感染対策チームの活動を感染対策委員会が審議できるように組織体制を整えた。

1 4 項目 (指摘事項の要約)

指摘事項⑭

過去の相互チェックやアウトブレイク事例に対する第三者評価の指摘事項が改善されていないため、病院長の指示のもと迅速に改善をする必要がある。

(対応状況)

- 過去3年間の外部からの指摘事項に関し、部署と感染管理室が中心となり対応することを分け、計画的に改善を進めた。また、マニュアル策定、施設の修繕・整備案の作成なども行った。
- 中央部門 (ICU、NICU、OR) では、耐性菌伝播防止、カテーテル関連血流感染対策、手術部位感染対策を重点課題とし、部署と感染管理室で連携をとりながら、対策を進めた。

1 5 項目 (指摘事項の要約)

指摘事項⑮

手指衛生の実施回数が直接観察で50～60%と低い部署があるため現場の医師・看護師が主体となりICTと連携し改善が必要である。

(対応状況)

- 感染対策委員会のメンバーに加え、中央部門に携わる診療科医師も、手指衛生の直接観察者として月に1回参加することによって手指衛生の意識を高められるよう取り組んだ。また、リンクナース会でも、直接観察を行う時間を確保し、現場主体での手指衛生の遵守活動に取り組めるように体制を整備した。
- 手指衛生の直接観察の結果は、中央部門は、耐性菌検出状況と併せてフィードバックを行っており、一般病棟は観察期間に部署カンファレンスでフィードバックしている。

1 6 項目 (指摘事項の要約)

指摘事項⑯

環境整備 (個人防護具の適正配置やゾーニング等) に課題がある部署がある。清掃の不十分な箇所は、清掃業者の範囲なのか、施設管理部門の範囲なのか、不明確であったため、明確にした上で病院内の清潔を保つことが必要である。

(対応状況)

- 施設内清掃については、感染管理室、清掃業者、事務局、清掃コンサルタントと1回/月のラウンドとミーティングを実施し、清掃レベルの改善に努めた。来年度は、院外識者も加わり綿密に改定した清掃仕様書により、レベルの高い清掃業者に変更できることとなった。
- 部署の環境整備については、ICTより環境チェックの指摘事項は、部署カンファレンスを行い、その記録と改善をICTが確認している。また、1回/月リンクナース会で、ペアで環境チェックを行い、他部署の整備状況の確認や改善策の情報交換が出来るよう体制を整えた。