

医療安全ニュース 12期/1号

12期医療安全年間計画

医真会八尾総合病院、全26部署から医療安全年間計画が明示されました。今期も「部署名・目標・重要成功要因」の順でご紹介いたします。紹介は順不同です。各部署へ配信されラウンジにも掲示されていますので他項目詳細についてはそちらでご確認下さい。

1. 中央外来：検査、点滴の指示の抜け及び間違いを無くす・オーダー確認と複数のスタッフが関わらない
2. 救急病棟：感染拡大を起こさない①医療従事者の手を介して患者間の交差感染予防・院内感染の予防を図る②患者が保菌しているかもしれない病原体から医療従事者を保護する・COVID-19のマニュアル運用・評価、院内感染防止マニュアルの遵守
3. 病理検査科：病理・細胞診依頼書の内容を正しく電子カルテに入力する・複数人での依頼書、電子カルテ確認の徹底
4. 医療福祉科：患者取り扱いを「ゼロ」にする・患者確認ルールのスタッフへの周知とフルネーム呼称での患者確認の徹底
5. 生理検査室：出血時間結果入力忘れ「ゼロ」・施行直後、当日業務終了時、翌日に前日データの入力確認
6. 放射線科：CT、MRI検査における提供画像に不備（送信ミス、表記ミス）を出さない・提供画像のルール徹底と業務終了時の画像確認を周知させる
7. 健康管理センター：①結果の誤記入をなくす②未実施検査をなくす・①記載事項の誤記入や記入漏れがないか蛍光マーカーでチェックしながら確認する②電子カルテサーバーで依頼検査画像を確認する
8. 7東西病棟：内服の配薬忘れ・ミスを減少させる・①薬袋の表記・残数確認の徹底②管理職（代行者）による配薬状況の目視③朝礼・終礼時に薬袋の表記確認・残数確認徹底の声掛けを行う
9. 医局：HCV抗体・HBV抗原陽性者への結果説明・常勤医師への連絡（結果説明してもらい、専門医へ紹介するための説明資料を準備しておき、渡していただく）
10. 手術室・中央材料室：インプラント開封の間違えを「ゼロ」にする・不適切なインプラント使用は安全で最適な手術治療が困難となる事をスタッフ全員が強く認識し、ルールに則り取り扱いを厳守する
11. 4東西病棟：d2以上の褥瘡発生を減少させる・褥瘡発見時の対応の周知（ポジショニング・除圧徹底）・観察の継続と統一されたケアの実施（情報共有）
12. 診療支援課：①紙カルテの行方不明や紛失を発生させない②カルテ開示依頼への迅速な対応・①適切なカルテ管理②作業効率
13. 医療情報課：発熱患者の対応を確実に実行・発熱患者対応の手順の周知とスタッフ間でのチェック
14. 総務課及び庶務・車輛課：①透析送迎…安全運転の徹底と事故発生数0件へ②救急搬送…安全運転の徹底と搬送時の機器管理を含む事故発生数0件へ③送迎バス…安全運転の徹底と事故発生数0件、苦情投書数0件へ・職員各自の目標達成意識を持つこと
15. 6階東病棟：患者誤認や配薬忘れをなくし服薬管理が確実にできる・内服マニュアル通りに実施・患者確認は患者に装着されているリストバンドで確認を徹底・薬剤を取り扱う時は必ず指差し呼称で確認を徹底する【アクションプラン】①内服マニュアル・持参薬マニュアルをスタッフ個々が熟読する（6月10日～6/30日）②各チームリーダーが主体となって、個々のスタッフがマニュアル通りに実施できているが評価する 評価方法：内服管理・保管・実施段階の項目ごとに行動内容を確認（7月1日～7月31日）③11月に中間評価を行う④万一、内服に関するインシデントが発生した場合は、各チームでインシデントの振り返りを行う⑤今期末に評価を行う
16. 血液浄化センター：透析開始時の操作ミスを0にする・透析条件の確認時、指差し呼称を定着させる
17. 歯科口腔外科：抜去歯や補綴物の誤飲ゼロ件・落下時にすぐに吸引できるようなバキューム操作
18. 臨床工学科：血液浄化関連(透析)のインシデント・アクシデントを「ゼロ」とする・血液浄化関連(透析)業務の手順を再確認し、順守できるための修正にも取り組む
19. 薬剤科：過去に起こった思い込みによる調剤・監査間違いと同じようなインシデント事例の減少・インシデント事例の共有
20. 医療連携課：検査予約取り間違いで検査当日患者さんに迷惑をかけない・患者確認ルールのスタッフへの周知とスタッフ同士でのチェック
21. 理学療法科、作業療法科、言語療法科：訓練中におけるLv3a以上の事象を防ぐ（転倒・転落、擦過傷等）・①転倒・転落に関する研修実施（頻度：4回/年）②報告書（過去）共有と継続した注意喚起（頻度：1回/月）
22. 栄養科：誤配膳を10件/年まで・誤配膳マニュアルの周知徹底
23. HCU：医療事故発生件数の削減・インシデント・アクシデント報告書により収集した情報を活用し、原因分析・予防・再発防止策の周知、改善策のための対話を行い、安全管理を進めていく
24. 5西病棟：転倒転落アセスメントシートの記入もれを毎月15%以内に減少させる・転倒転落発生時のアセスメントシート見直し、毎週のカンファレンスで転倒転落アセスメントシートをチーム内で評価、転倒リスク評価Ⅲの患者へのウォーキングカンファレンスによる環境調整
25. 5東病棟：転倒転落インシデントLv3a以上の件数0件・入院時リスク評価Ⅱ・Ⅲの患者は、入院3日目までにウォーキングカンファレンスを実施。その後、1週間毎にチームカンファレンスを行い状態に合わせた対策を実施
26. 医療安全管理室・医療安全管理部門会議：患者取り扱いミス事故を減少させる・全職員への患者確認の意識付け、基本的な院内ルールの遵守、継続した活動

職員の皆様へ：お読みになりましたらサインをお願いします。院内ラウンド時に確認させていただきます。