医療安全ニュース 13 期/1 号

13 期医療安全年間計画

医真会八尾総合病院、全 27 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。紹介は到着順です。**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の項目詳細についてはそちらでご確認下さい。**

1. 生理検査室：当科スタッフへの患者からのクレーム『ゼロ』・常に患者の事を最優先し、患者の身体・精神状態に注意を払う
2. 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、ダブルチェックと複数のスタッフが関わらない
3. 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の画像を確認する
4. 理学・作業・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:2 回/年)　②報告書(過去)共有と継続した注意喚起(頻度:1 回/月)
5. 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
6. 栄養科：誤配膳を 10 件/年まで・配膳時の最終確認
7. 病理検査科：T&S 時の輸血用血液製剤使用患者を正しく認識する・輸血使用連絡票を活用し、必ず復唱する
8. 入院前センター：患者の入院目的・設定の日付を正確に説明できる・担当者は患者に責任を持ちカルテと書類に相違がないか直前に再確認する
9. 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
10. 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
11. 7 東西病棟：MDRPU 発生件数を減少させる・①介達牽引：巻き方は継続し、高齢者・皮膚乾燥・骨突出患者は 3 回/日に巻きなおす、食事時などﾍｯﾄﾞｱｯﾌﾟ、ﾍｯﾄﾞﾀﾞｳﾝする際は一旦牽引を止め、体位が整ってから再開する　②固定具：直接皮膚が当たる場合はｽﾄｯｷﾈｯﾄやﾌﾞﾙｰﾗｯﾌﾟで保護し、各勤務帯で巻きなおす　③ﾊﾞﾙｷｰ固定：術後ﾊﾞﾙｷｰは翌日除去しなければ、包帯だけ巻きなおす。訪室時包帯がきつくないか確認する　④朝礼や終礼時に MDRPU 確認したか管理職や管理職不在時には代行者やﾘｰﾀﾞｰが声掛けを行う
12. 薬剤科：薬剤の規格間違いによるインシデント事例の減少・インシデント事例の共有
13. 放射線科：PACS 送信画像の画像訂正件数の減少・「仕掛学」を用いた間違いにくい方法と注意喚起
14. 4 東病棟：ｄ 2 以上の院内褥瘡発生を減少させる・①おむつマイスター5 人取得（教育担当者・実地指導者・2 年目看護師のうち所持していない者：計 5 名）②カンファレンスの実施（情報共有）⇒朝礼後に実施。褥瘡持ち込み患者・褥瘡発生患者をピックアップし看護計画と実際行っているケアが一致しているか、計画の修正はないかを話し合い、その場で看護計画を修正する（担当：髙木・平田）③褥瘡発生のリスクが高い患者・褥瘡のある患者の看護計画がベッドサイド表示に実施されているかチェックをする（担当：科長⇒副科長・主任⇒副主任）
15. 歯科口腔外科：補綴物の誤飲ゼロ件・治療中の吸引操作
16. 血液浄化センター：透析開始時の操作ミスを 0 にする・透析開始前後に自身での W チェックを定着させる
17. 手術室・中央材料室：インプラントの誤開封を『ゼロ』にする←12 期で目標達成出来なかった為・不適切なインプラント使用は患者にとって最良な手術治療が困難となる事を再度スタッフ全員が再確認しルールに則り取り扱いを厳守する
18. 5 階西病棟：MDRPU とｄ 1 褥瘡の発生を減少させる・①骨突出部での正確な体圧測定、OH スケールの正しい評価と入力の徹底　②MDRPU 予防対策マニュアルの周知徹底　③ケアの統一と継続、情報共有の徹底
19. 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）
20. 医療福祉科：患者取り違いを「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
21. 6 東病棟：安全な内服薬確認、準備が行え、配薬忘れを減少させる・①内服薬が薬局から払い出された後、一薬袋内の複数薬剤に関しては、確認の際に必ず薬袋表紙の錠数にマーキング、複数薬剤の見本を 1 セットつける確認準備し意識づける（7 月～10 月）②配薬時に内服薬の取り出し時に指差し確認をおこなう　③薬袋表紙の見本なしで、配薬時に薬袋の指差し確認をおこない、配薬する（11 月～）④毎月、詰所会で評価する（1 年間の病棟目標として毎月振り返る）
22. 救急病棟：転倒することなく日常生活を過ごせるように支援する・転倒リスクがある患者に対しての情報共有と対応策の検討・徹底
23. 5 東病棟：転倒転落インシデント Lv3a 以上の件数 0 件・①夜勤者からの申し送りを基に安全対策について協議し情報共有を図る　②看護師 2 名でラウンドを行い、安全対策の実施確認を行う
24. 医療情報課：迅速で正確な院内放送を行う・各自手順の見直しと放送機器の操作方法を習得する
25. HCU：MDRPU 発生数を年間 13 例以内に減らす（前年度 18 例/年）・①患者の病状や栄養状態、皮膚の状態、骨突出の部位や程度といった個体要因を正確に把握する　②使用する医療機器の特性やサイズ、形状といった機器要因を知り患者に合った機器と予防策を選択する　③個体要因と機器要因に合わせたケア・予防策を選択し看護計画に取り入れ、継続的にケアに取り組むことでケア要因の質を向上させる
26. 総務課及び庶務・車輌課：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。
27. 医療安全管理室・医療安全管理部門会議：患者取り違え事故を減少させる・①全職員へ、医療行為ごとに「患者誤認防止ガイドライン」を遵守すること　②照合し確認する、フルネームを意識する事

職員の皆様へ：お読みになりましたら**用紙を付け足すなど工夫し**、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。

2022/7/25　医真会八尾総合病院　医療安全管理室