

●活動目的

1. 目的

当院における適切な医療安全管理を推進する。

2. 活動内容

1) 医療安全に関する日常活動に関すること

2) 委員会で用いられる資料及び議事録の作成及び保存並びにその他委員会の庶務に関すること

① 医療安全に関する現場の情報収集及び実態調査

(定期的な現場の巡回・点検、マニュアルの遵守状況の点検)

② マニュアルの作成及び点検と見直しの提言等

③ インシデントレポートの収集、分析、再発防止策の検討、分析結果などの現場へのフィードバックと集計結果の管理、具体的な改善策の提案・推進とその評価

④ 医療安全に関する最新情報の把握と職員への周知

⑤ 医療安全に関する職員への啓発、広報

⑥ 医療安全に関する教育研修の企画・運営

⑦ 医療安全対策ネットワーク整備事業に関する報告

⑧ 医療安全管理に係る連絡調整

3) 医療事故発生時の指示、指導等に関すること

① 診療録や看護記録等の記載、医療事故報告書の作成等について、職場責任者に対する必要な指示、指導

② 患者や家族への説明など、事故発生時の対応状況について、職場責任者に対する必要な指示、指導

③ 警察等の行政機関並びに報道機関等への対応(窓口は、管理課長とする)

④ 医療事故等の原因究明が適切に実施されていることの確認と必要な指導

⑤ 医療事故の原因分析に関すること

⑥ 医療事故報告書の保管

4) その他医療安全対策の推進に関すること

5) 医療安全管理室を中心にセーフティマネージャー会議を設置する。会議の開催は概ね月1回とする。委員は院長が指名する。

3. 医療安全管理室の運営目標(2021年度)

1. 組織横断的なメンバー活動を強化し、各部門での医療安全に対する認識・実践力を高める

2. 報告しやすい文化を醸成し、インシデント報告件数を昨年度よりも増やす(2020年度:3245件)

3. 病院機能評価の受審に向けてマニュアル・基準の見直しと必要なマニュアルの作成

●活動状況

1. 医療安全活動状況

a) 医療安全管理マニュアル等の改定

1. 医療事故発生時の対応マニュアル
2. 医療安全管理マニュアル
3. 常備薬管理マニュアル
4. ハイリスク薬管理手順
5. 岡山医療センターにおける指示伝達及び確認マニュアル
6. 虐待対応マニュアル(DV・児童・高齢者・障害者)
7. 暴力(暴行・暴言)・業務妨害・セクハラ等対応マニュアル
8. 中心静脈カテーテル挿入に関する指針
9. 手術誤認防止マニュアル
10. 病理結果未確認マニュアル
11. 放射線読影レポート未読確認マニュアル

b) 医療安全対策地域連携加算に関する活動

(医療安全対策加算 85 点)

1-1 連携病院

(南岡山医療センター、落合病院、金田病院)

- ① 12/6 金田病院(WEB 会議)
- ② 1/28 南岡山医療センター(WEB 会議)

1-2 連携病院

(岡山中央病院、赤磐医師会病院、金川病院)

- ① 1/11 岡山中央病院(WEB 会議)
- ② 2/25 赤磐医師会病院(WEB 会議)
- ③ 3/15 金川病院(WEB 会議)

c) 医療安全相互チェック(機構病院)

- ① 12/10 九州医療センターをチェック(WEB 会議)
- ② 12/17 オブザーバー参加(WEB 会議)
- ③ 12/24 当院が姫路医療センターからチェック(WEB 会議)

d) 研修企画

・医療安全管理研修会(必須研修)

「RRS って何？」9/13～24

(受講人数 1,162 名、受講割合 93.1%)

「[Transfer technique][Skin tear]」1/12～20

(受講人数 1,046 名、受講割合 86.0%)

・対象者別研修

「MRI の安全について」5/10 (77 名)

「医薬品安全使用のための研修会」1/27 (205 名)

「放射線安全管理研修」3/3 (93 名)

- e) インシデントの集計・分析・改善策実施・共有化
- f) 医療安全通信・安全情報による注意喚起・web
- g) 広報誌(ザ・ジャーナル)への投稿掲載 3 回/年
- h) 多職種チームによる院内ラウンド
(転倒・転落防止)(救急カート)(薬剤)
- i) 洗濯物混入調査の実施 1 回/月(全 13 回)
- j) 病棟・部署ラウンドとラウンド結果報告
- k) 転倒転落ラウンド(看護記録チェック、環境チェック)
- l) クレーム・小児虐待疑い等の対応
- m) 「医療安全推進ジャーナル」の回覧・図書室配置
- n) 国立病院機構 QC 活動 活動報告参加
- o) 経腸栄養分野 誤接続防止コネクタの導入
- p) 肺血栓塞栓症/深部静脈血栓塞栓症リスク評価システムの導入
- q) 病院機能評価受審

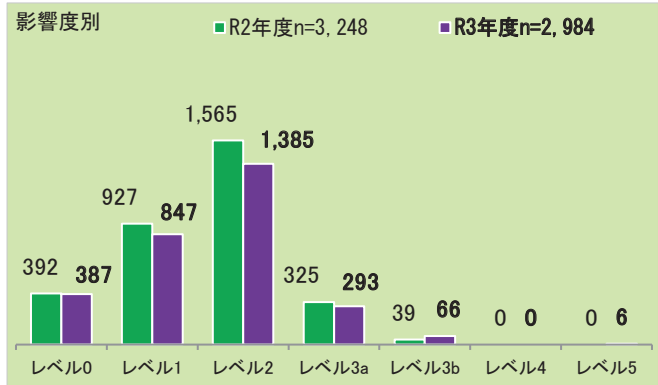
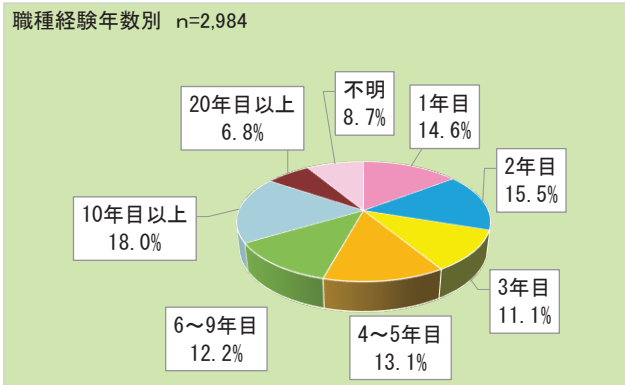
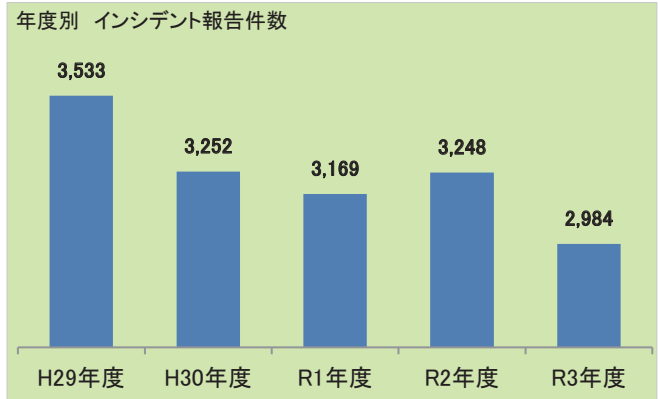
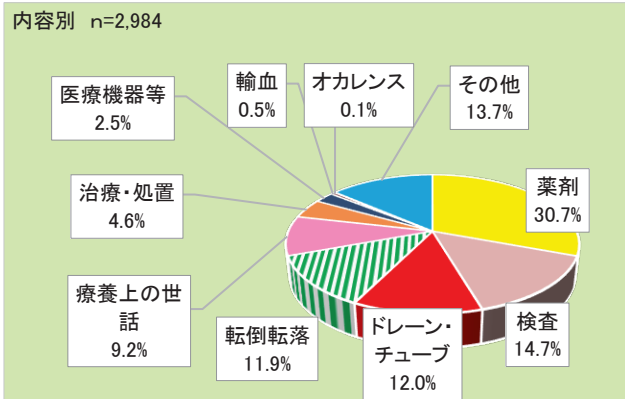
2. 報告事例から改善・対策したこと

- ① 心電図モニター装着時は、電極外れのアラームを ON にしておくことを一般病棟で統一した
- ② 病棟の心電図モニター、12 誘導心電図、PHS の時計合わせの定期的な実施について再度方法等含め指導し、1 回/月実施した
- ③ 霊安室の冷蔵庫内のご遺体の取り扱い(切断肢を含む)、確認について看護基準・手順に追加を依頼
- ④ ステプティ(圧迫止血用パッド付き絆創膏)の動脈用の採用
- ⑤ 手術開始前のタイムアウト実施時、手術部位の確認は画像を見ながら行うように統一
- ⑥ 手術部位のマーキング方法の見直しと徹底
- ⑦ 体内遺残防止のため、術後レントゲン撮影の取り決め、術野に出したすべての機材や物品のカウントについて手術室マニュアルの改訂を手術室に依頼
- ⑧ PICC 外来開設を診療部に依頼
- ⑨ 中心静脈カテーテル挿入に関わる認定制度の構築 診療部に依頼(2022 年度開始予定)

<令和3年度 転倒転落ラウンド件数>

4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
16	23	13	18	13	10	15	14	14	20	20	16	192

<令和3年度インシデント報告状況>



<令和3年度 3b 以上アクシデントについて>

