

第7節 医療安全管理室

平成17年4月に病院局経営管理課から県立病院の医療安全管理体制の確立に向けて「埼玉県立病院における医療安全管理体制に係る指針」が通知され、平成18年4月から精神医療センター内に医療安全管理室が設置された。同時に、医療安全対策を特定の部門にとらわれず組織横断的に推進するために、病院長から任命された専任の医療安全管理者（セーフティマネージャー）が配置された。平成24年9月からは専従の配置となり、平成27年4月からは副病院長2名が医療安全管理室長補佐として配置され、平成30年4月からは副病院長1名が医療安全管理室長、診療部長1名が医療安全管理室副室長として配置され、医療安全の推進を図っている。

1 医療安全の取組

(1) 医療安全スローガンの提示

医療安全スローガンを「組織のチームワークを強化し医療安全の質の向上を図る」として、職員一人一人が医療安全に取り組み、迅速な対応と情報交換を行えるよう支援した。

(2) 医療安全管理対策及び医療安全ポケットマニュアルの改訂

安心・安全な医療を提供するために策定された医療安全管理対策及び医療安全ポケットマニュアルを改訂した。

(3) 医療安全管理委員会の開催

医療安全管理委員会を毎月1回開催した。

(4) 医療安全管理室会議の開催

医療安全管理委員会で決定された方針に基づき、医療安全対策に係る取り組みの評価を行うために医療安全管理室会議を毎週1回開催した。

(5) 医療安全推進担当者（リスクマネージャー）の任命及びリスクマネジメント推進委員会の開催

各部門の安全管理の推進に資するため、病院長が任命した医療安全推進担当者13名を各部署に置き、精神医療センターリスクマネジメント推進委員会を毎月1回開催した。

2 医療安全研修

平成18年6月21日の医療法施行規則の一部を改正する省令第6条の10に基づき、医療に係る安全管理のための職員研修会を計14回開催した。

| 回数 | 開催日 | 演題 | 講師 | 参加者数 |
|----|-------------------|-----------------------------|----------------------|------|
| 1回 | 2020/5～ 2021/2 | 精神科における医療安全 ～転倒・転落を見直そう～ | eラーニング | 96 |
| 2回 | 2020/5～ 2021/2 | 安全のための改善活動 ～私ができる医療安全～ | eラーニング | 95 |
| 3回 | 2020/6～7 | 精神保健福祉法について | 各看護単位の精神保健福祉士による分散講習 | 66 |

| | | | | |
|-----|----------------------|--|---|-----|
| 4回 | 2020/6～7 | 医療ガス（酸素ボンベ）の取り扱いについて | 動画視聴 （株式会社サイサン作成） | 187 |
| 5回 | 2020/6～7 | 現場から見直す精神科の感染対策 | eラーニング | 173 |
| 6回 | 2020/7/2 | 精神科で使用する薬剤（基礎編） | 精神科認定看護師 第5病棟看護師長 新井絢子 | 13 |
| 7回 | 2020/7/13, 21, 22 | 静脈血栓塞栓症の予防について | 診療部長 田中朋子医師 | 40 |
| 8回 | 2020/10～12 | 精神科で使用する薬剤（基礎編） | DVD 視聴 （2020/7/2 実施の研修） | 75 |
| 9回 | 2020/10～11 | インフルエンザ流行時の診療体制について～新型コロナウイルス感染症を考慮して～ | 埼玉県医師会主催による感染症対策研修会の動画配信視聴 | 100 |
| 10回 | 2020/10～11 | 行動制限をなくすために明日からできる看護 | eラーニング | 108 |
| 11回 | 2020/12/17 | 精神科で使用する薬剤（応用編） | 精神科認定看護師 第5病棟看護師長 新井絢子 | 10 |
| 12回 | 2020/12/7 | 新型コロナウイルス感染対応 | 第1病棟看護師 島田祐司 第5病棟看護師 正能重紀 医療安全管理室主幹 前原みゆき | 17 |
| 13回 | 2021/1～2 | 精神科で使用する薬剤（応用編） | DVD 視聴 （2020/12/17 実施の研修） | 58 |
| 14回 | 2021/2～3 | 放射線の基礎 | 動画視聴 （がんセンター放射線科医師より提供） | 87 |

令和2年度は、新型コロナウイルス感染予防のため、集合研修を中止し、少人数かつ短時間での分散研修、または各個人が動画視聴する研修へと大幅な変更を行った。研修回数は例年より少なくなったものの、医療安全職員研修の各職員年2回以上の参加率は100%を維持することができた。

また、県立病院がチーム医療の推進を目的として取り組んでいるチーム STEPPS を平成26年から開催しているが、令和2年度は同様の理由で開催することができなかった。各部署のリクマネージャーを対象にチーム STEPPS 「コミュニケーション」について説明し各部署での取り組み支援を行うにとどまった。

3 インシデント・アクシデントレポート報告

職員からの自発的な報告を基に、組織全体で事象を把握、分析、評価し効率的な安全対策を講じるためにインシデント・アクシデントレポートを収集しており、平成 21 年 1 月から報告システムを IT 化（セーフマスター）した。提出されたレポートは、発生頻度と実際に起きたと仮定した場合の重症度の視点から事例を選択して各部署で分析し、医療安全管理室とリスクマネジメント推進委員会で再検討後、安全管理委員会に報告している。

(1) インシデント・アクシデントの判断基準及び対応

| レベル | 患者影響度による判断基準 | | 対 応 |
|-----|---|---|--|
| 0 | 0.01 | 仮に実施されていても、患者への影響は小さかった（処置不要）と考えられる | 報告システムによる報告 *事象レベルが低い事例であっても、安全管理上早急に共有が必要な事例、今後の進展によってはセンターレベルでの対応が必要となりそうな事例は、速やかに医療安全管理室へ報告する。 |
| | 0.02 | 仮に実施されていた場合、患者への影響は中等度（処置が必要）と考えられる | |
| | 0.03 | 仮に実施されていた場合、身体への影響は大きい（生命に影響しうる）と考えられる | |
| 1 | 実施されたが、患者への実害はなかった（何らかの影響を与えた可能性は否定できない） | | |
| 2 | 処置や治療は行わなかった（患者観察の強化、バイタルサインの軽度変化、安全確認のための検査などの必要性は生じた） | | |
| 3 | a | 簡単な処置や治療を要した（消毒、湿布、皮膚の縫合、鎮痛剤の投与など） | 直ちに医療安全管理室及び病院長に報告 |
| | b | 濃厚な処置や治療を要した（バイタルサインの高度変化、人工呼吸器の装着、手術、入院日数の延長、外来患者の入院、骨折など） | |
| 4 | a | 永続的な障害や後遺症が残ったが、有意な機能障害や美容上の問題は伴わない | 直ちに医療安全管理室及び病院長へ報告し、安全管理委員会を招集、危機管理体制を敷く |
| | b | 永続的な障害や後遺症が残り、有意な機能障害や美容上の問題を伴う | |
| 5 | 死亡（原疾患の自然経過によるものを除く） | | |

(2) 年間報告件数及びレベル別報告数

①レベル別報告件数 1,464 件

| レベル | 4月 | 5月 | 6月 | 7月 | 8月 | 9月 | 10月 | 11月 | 12月 | 1月 | 2月 | 3月 | 計 | |
|------|----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-------|-------------------|
| 0.01 | 29 | 33 | 37 | 38 | 34 | 54 | 39 | 27 | 19 | 36 | 29 | 23 | 398 | インシデント 1,235 件 |
| 0.02 | 9 | 9 | 8 | 10 | 12 | 11 | 10 | 13 | 10 | 8 | 11 | 13 | 124 | |
| 0.03 | 2 | 3 | 3 | 4 | 3 | 1 | 0 | 3 | 2 | 0 | 0 | 0 | 21 | |
| 1 | 44 | 55 | 55 | 71 | 54 | 58 | 55 | 73 | 46 | 55 | 47 | 79 | 692 | |
| 2 | 11 | 11 | 13 | 21 | 18 | 22 | 18 | 12 | 13 | 17 | 20 | 17 | 193 | アクシデント 229 件 |
| 3a | 2 | 1 | 2 | 3 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 5 | 2 | 7 | 31 | |
| 3b | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 2 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 5 | |
| 4a | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| 4b | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| 計 | 97 | 112 | 120 | 147 | 123 | 150 | 124 | 130 | 92 | 121 | 109 | 139 | 1,464 | |

②部門別報告割合

| | | | |
|-----|--------|------------|-------|
| 看護 | 89.6 % | 療養援助部 | 1.4 % |
| 栄養部 | 3.3 % | 検査部（放射線含む） | 0.6 % |
| 薬剤部 | 3.1 % | 事務局 | 0.3 % |
| 医局 | 1.6 % | 院内学級 | 0.1 % |

③今年度のまとめ

- ・インシデント報告（前年度比-261 件）が減少し、アクシデント報告（前年度比+12 件）が増加した。「患者が起こした事」「処方・与薬」「（その他）療養上の世話」の順で多く報告があった。
- ・転倒・転落の報告は前年度と比較して増加し 126 件（前年度比+47 件）だった。
- ・レベル 3b アクシデント 5 件、うち 3 件は転倒・転落に伴う受傷で、硬膜下血腫、大腿骨骨折、鼻骨骨折の報告があった。
- ・レベル 4 以上のアクシデントの報告はなかった。

(3) 事故分析（RCA）報告

セーフマスターを使用した根本原因分析（RCA）事例が 6 件あった。看護部クリニカルラダーレベルⅡのリスクマネジメント研修受講者が RCA 実践報告として実施し、現場に活かした分析・対策があげられた。

4 患者からの相談に適切に応じる体制

精神医療センターにおける苦情・相談等は、対応窓口の対応者と埼玉県立精神医療センターサービス向上委員会と連携して対応した。令和2年度の苦情・相談は1件であった。患者満足度に関わる重要な事案であり担当部署と協働し対応した。

5 医薬品安全管理

厚生労働省からの通達や日本医療機能評価機構からの提言等に基づき、院内の状況に応じて薬剤部と協働で安全対策を講じた。

6 医療機器安全管理

平成21年度から、埼玉県立がんセンター臨床工学技士が、精神医療センター兼務となった。令和2年度は、年間7回（6、7、10、11、12、1、2月）の医療機器定期点検を行った。点検は精神医療センター内で行う院内点検と、機器をがんセンターに持ち出して行う院外点検とを組み合わせて実施した。合計13品目114台の点検を実施し、消耗、劣化、破損等の異常の有無を確認した。機器別点検台数は以下の表のとおりであった。

| 点検機器名 | 点検台数 | 点検機器名 | 点検台数 |
|------------------|------|--------|------|
| 患者監視装置 | 12 | 手術用無影灯 | 1 |
| 患者監視装置（セントラルモニタ） | 3 | 手術台 | 1 |
| 超音波ネブライザー | 4 | 除細動器 | 1 |
| 輸液ポンプ | 3 | 吸引器 | 6 |
| シリンジポンプ | 1 | AED | 4 |
| 酸素飽和度測定装置 | 23 | 電子血圧計 | 53 |
| 電動式エアターニケット | 2 | | |

7 医療安全推進月間

厚生労働省では、毎年11月25日を含んだ1週間を医療安全推進週間と定めているが、埼玉県立4病院では、毎年11月の1カ月間を医療安全推進月間とし「緑のリボンは安全のしるし」をスローガンに委託・臨時職員を含む全ての職員が緑のリボン（シール）を名札につけてアピールしている。当センターの取り組みとして、平成24年度から他の県立3病院同様、「3Words」を各部署で考え写真を撮って推進活動とし、「医療安全の木」を育てる取り組みを行った。平成25年度から中央監視・清掃やクラーク等委託業者からもあげていただいて全職員での取組を行っており、令和2年度も引き続き全職員で取り組んだ。また、各部署で取り組んだ医療安全の事例の取り組みをポスターにして展示した。

8 施設内安全パトロール

各部署のリスクマネージャーが、総合的質マネジメント「5S（整理・整頓・清潔・清掃・しつけ）」の視点で院内の整理・整頓を目的にパトロールを実施した。令和2年度は県内の新型コロナ感染状況を鑑みながら、計9回実施した。結果、各部署で工夫した環境整理を実施し、作業環境や物品管理の改善が図ることができた。

9 医療安全管理室からの広報

医療安全管理室から、日本医療機能評価機構や厚生労働省からの通知による情報、院内で発生した事例などをもとに、職員に周知が必要と思われる事項について、サイボウズ等を利用して情報を提供した。

- ・日本医療機能評価機構 医療安全情報 No. 161～172

10 今後の医療安全

令和2年度は医療安全の質の向上を目指し「組織のチームワークを強化し医療安全の質の向上を図る」を課題としてセンター全体で取組を実施した。精神科医療は人権の制限を伴う治療・看護が行われることから、職員は、患者の安全を守る義務と患者の自己決定を尊重した医療が提供できるよう高い倫理観が求められる。そのためには、一人一人のリスク感性が向上し、チーム、組織としての医療安全文化を醸成しつづけていくことが重要である。

また、事故発生の予防や事故発生後の対応時にはチームで連携して取り組むことが重要である。チームで連携するには情報共有、リーダーシップを発揮し多職種と協働することが必要なため、より高いコミュニケーションスキルを身に着けることが必要不可欠である。そのなかでも、チーム STEPPS を中心としたノンテクニカルスキルを積極的に活用し、患者・医療者にとって安全な医療を今後も目指していく。