

和歌山生協病院 医療安全パトロールの取り組み

和歌山生協病院
医療安全管理室 藤井かおり

和歌山生協病院は1980年に108床で開設し、現在一般急性期病床62床、地域包括病床44床、回復期リハビリテーション病床43床の計149床で、『いつでも、どこでも誰もが安心できるより良い医療と福祉をめざします』という基本理念に基づき患者の人権を守り、共同の営みの医療と福祉を推進しています。

2004年に設置された医療安全管理室には専任の医療安全責任者が配置され、現在5代目となります。2019年には専任の事務局員の配置も行われ、積極的な医療安全活動の情報収集や広報にも取り組んでいます。

月に一度、医療安全管理委員会で実施している『安全パトロール』と銘打った各部署への安全ラウンドは、2020年度より5Sをテーマに取り組んでいます。ラウンドは看護師、薬剤師、放射線技師、事務の4名4職種の委員で行っており、事前に記入してもらったチェックシートをもとに、様々な視点からチェックをしています。ラウンド後すぐに講評をおこない、医療安全管理室より改善提言を行います。



改善提言を行われた部署には概ね1か月以内に改善計画書を提出してもらい、3か月後に評価ラウンドを実施しPDCAサイクルを回しています。今年度指摘し改善された点が継続されているかは次年度のラウンドでチェックすることとしています。

5 Sとは何かを職員に知ってもらうところから始め、並行して5 Sをテーマにした院内研修を進めることで職員の意識も高まりました。「5 Sは大事だ」、「もっと5 Sを進めていきたいと感じた」といった感想も多く聞かれたことから、医療安全管理委員会ではさらに進めていくことを確認しています。

またラウンドで明らかになった用途不明物品や、「いつか使うかも」と置きっぱなしになっている物品を病院長の指示の下、処分していくことも決定しました。5 Sに取り組むことが業務効率を上げミスや事故を未然に防ぐことにつながることを全職員で共有していきたいと思います。

日々のラウンドや定期ラウンド、また年2回の研修を受けてもらうことで医療安全に興味を持っていただき、全職員で患者の安全に取り組んでいきたいと思います。

	ラウンド前	ラウンド後
<p>事務室の書類棚</p> <p>ボックスからあふれ出していて乱雑におかれていた書類もファイリングを行い整理整頓されました。</p>		
<p>針ボックスの使用容量</p> <p>感染管理の面からも満杯になるまで使用するのではなく、8割程度を目安に安全利用ができるよう改善されました。</p>		

2022 年度 医療安全ラウンド 事前チェックリスト

実施日時	2022 年 月 日 (##)	時 分 ~	時 分
ラウンド部署		ラウンド担当者	
ラウンドテーマ	5Sの実践, 患者誤認防止対策, エマージェンシーコール方法の周知		

【5Sに関して】

目標	5 Sを基本とした整理・整頓された安全な職場
整理	要るものと要らないものが区別されて、不要なものがない環境
整頓	要るものが使いやすいように配置されており、誰にでもわかるように明示されている

項目	自己評価	ラウンド評価	評価内容
1			5 Sのポスターが職員の目のつくところに掲示されている
2			掲示物が整然と掲示されている(斜めや重なっていない)
3			掲示期間が過ぎた掲示物がない
4			表示やテープの剥がれがない
5			通路に障害物となるものが置かれていない
6			非常口にモノがおかれていない
7			針や医療器具が床に落ちていない
8			処置台.PC回りが整理整頓されている
9			パブリックスペースが整然としている
10			書類が平積みで置かれていない
11			棚、キャビネットの上に物が置かれていない
12			書棚が整理されている
13			配線が整理されていて、埃がたまっていない
14			ものの置き場所の区分が明確にできている
15			トイレ・洗面台周りの床がぬれていない
16			医療安全、感染対策マニュアルがすぐ出せる場所にある

評価：○できている、 △一部できている、 ×改善の必要あり、 ◎他の部署も見習うべき

【患者誤認防止に関して】

項目	自己評価	ラウンド評価	評価内容
1			正しいリストバンドの発行とベッドサイドでの確認ができている
2			患者対応時の氏名, 生年月日の確認ができている
3			注射, 点滴時の三点認証ができている
4			電話での復唱ができている
5			その他(部署での取り組み)

評価：○できている、 △一部できている、 ×改善の必要あり、 ◎他の部署も見習うべき

【エマージェンシーコールに関して】

項目	自己評価	ラウンド評価	評価内容
1			エマージェンシーコールの方法がわかりやすい場所に掲示されている
2			エマージェンシーコールの方法がスタッフに周知されている
3			その他(部署での取り組み)

評価：○できている、 △一部できている、 ×改善の必要あり、 ◎他の部署も見習うべき

医療安全管理室より当該部署に発行

実施日時	年 月 日 ()	時 分 ~	時 分
ラウンド部署	ラウンド担当者		
ラウンドテーマ	5Sの実践, 患者誤認防止対策, エマージェンシーコール方法の周知		
【ラウンド結果・講評】	<p>*5Sポスターはわかりやすく掲示されていたが、職員への周知と内容の理解ができていなかったため職場会議などで共有し理解を深めていただきたい</p> <p>*物品管理はかなりきれいにできていたのでそのまま継続して整理整頓をお願いしたい。ただ、スペースの問題のためか一部が冷蔵庫の上に置かれる形となっていたため改善をお願いしたい。</p> <p>*予防接種関係の針捨てボックスが8割程度入ったまま置かれていたので、感染防止対策基準に則って廃棄を行っていただきたい(感染防止委員会に報告)</p> <p>*電子カルテの配線のほこりが目立っていたので、手の空いた時間などに清掃をお願いしたい</p>		

*報告書受領より概ね1ヶ月以内に改善策および実施方法を記入し、医療安全管理室に本書のコピーを提出する

*本書の原本は、評価・標準化を記入するまで部署で保管する

問題点	改善策および実施方法
①針ボックスの廃棄基準 	①8割以下で廃棄するよう、職場会議で伝えていく。予防接種担当者にも伝えていく
②処置室の冷蔵庫の上の物品管理 	②中材、物品担当を中心に整理していく
③掲示物の管理 (古いものは撤去、破れやよれは交換、重ね貼りはファイル管理に変更など) 	③ケアワーカーにも協力してもらい期限切れのものなど廃棄し整理していく
④廃棄ボックスが解放されたままになっているので、使用時以外は閉めるようにしてください 	④使用時以外は閉めるように、職場会議で伝えていき、ふたを閉めるように注意書きをBOXに貼る

*業務改善計画書の提出後、概ね1ヶ月以内に実践状況の確認および評価のためのラウンドを実施する

評価日	評価	標準化・周知
2000/0/0	<p>※パラフィン浴の温度チェックは問題なくなされていた</p> <p>※針ボックスの運用は、保管状況から改善されていると思われる</p> <p>※冷蔵庫の上はすっきりと片付けられていた</p> <p>※掲示物はすっきりと整理されていた</p> <p>→患者向け薬説明板は変更されているものも多数あるため、電子カルテの利用推奨</p> <p>→薬剤のジェネリックへの変更が頻繁に行われるため更新が難しいため</p> <p>→料金表は新しいものを作成して掲示してください</p> <p>※廃棄物ボックスは蓋が閉じられ適切に取り扱われていました</p> <p>※携帯用アルコールをつけていない看護スタッフが多いため徹底をお願いします</p>	<p>整理整頓について周知され、改善されていた。</p> <p>古いものも見返すことがあれば、ファイル管理などに切り替えてください。</p> <p>継続した取り組みをお願いします。</p>