

当院における チーム医療推進活動について

関西医科大学
医療安全管理センター
宮崎浩彰

1

内 容

1. 報告書未読対策(凡事徹底)
2. 救急カート運用の効率化(一燈照隅)
3. 医療安全文化調査を用いた改善活動(答在問処)

2

報告書未読対策（凡事徹底）

3

報告書未読の原因と問題点

- 原因
1. 報告書の確認忘れ（説明後に届く、他者に期待）
 2. 重要所見の確認漏れ
 3. 確認した所見の対応忘れ

問題点 報告書数が放射線 年間22万件、内視鏡 1万件と膨大で第三者の追跡（10人程度増員？）は困難

4

検査部門による対策

- 対策 1. 放射線検査: STAT画像、緊急連絡
2. 内視鏡検査: カンファレンスにて確認
3. 生理機能・病理検査: パニック値報告

問題点 直近の生命危機以外の報告書未読は防ぎにくい

5

電子カルテシステムによる対策 (R元年9月~)

対策: 検査オーダ医が報告書を展開して確認ボタンを押下

(放射線検査は報告書展開時点で既読)

オーダ医の未読報告書を一覧化、アラート

問題点: 展開しても未読のまま、既読→未読のことがある

アラートの対応を忘れると未読のまま

確認漏れや対応忘れは防げない

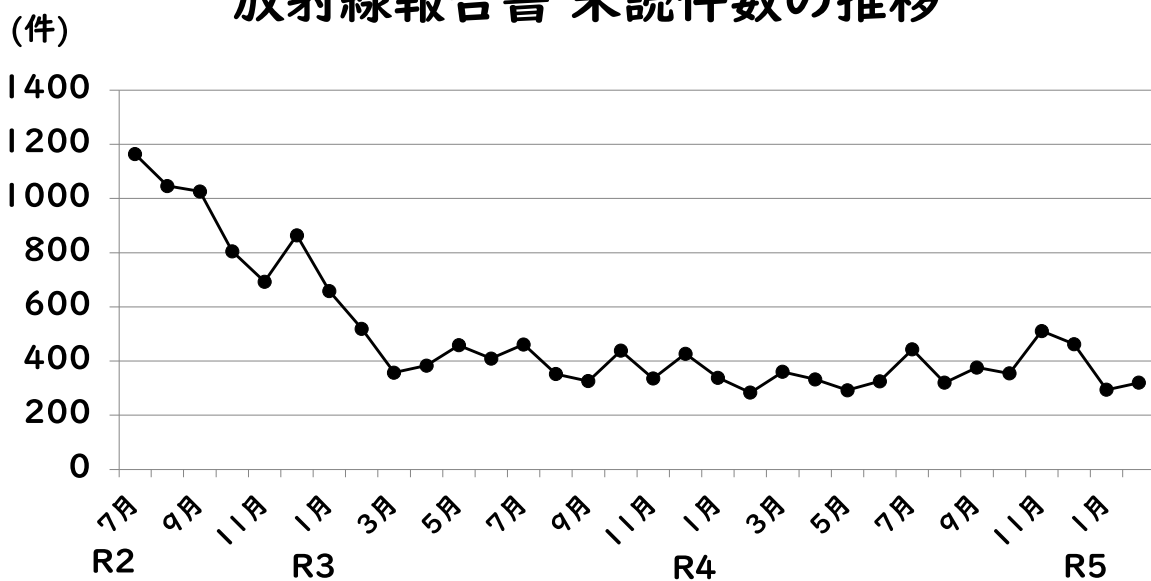
6

医療情報部と医療安全管理部の協働 (放射線報告書 R2年7月から)

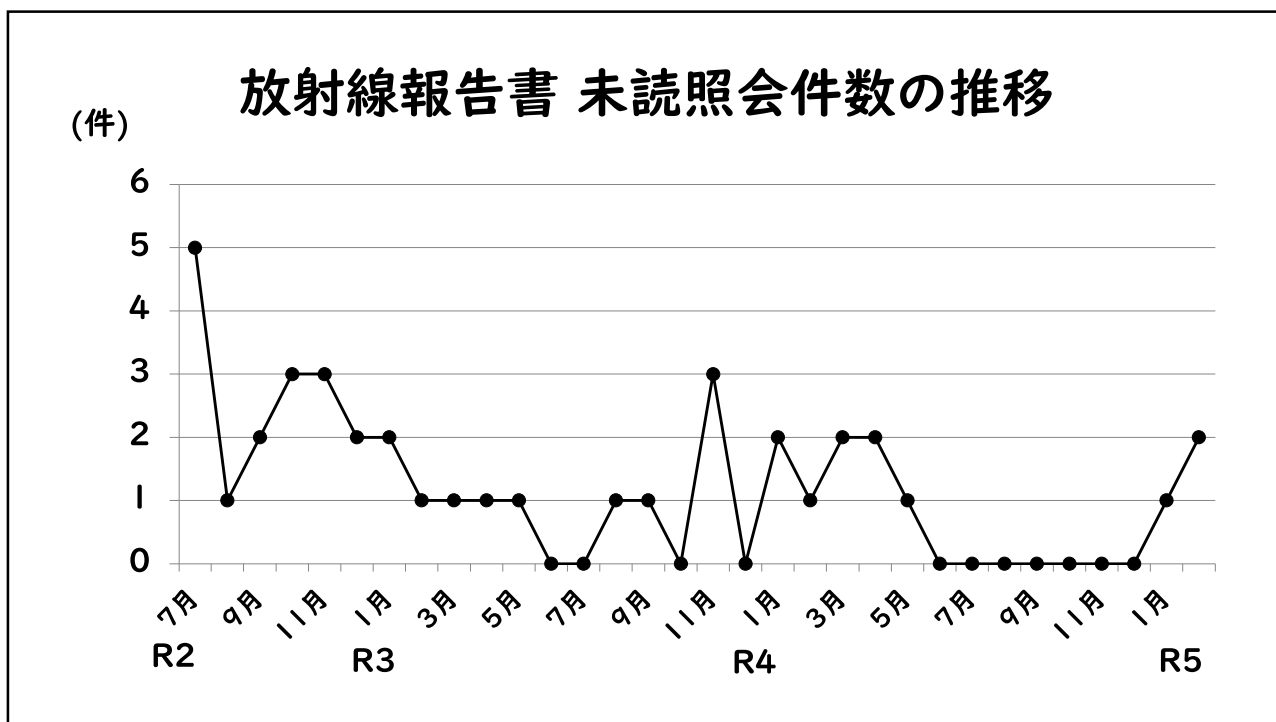
1. 医療情報部が未読情報をリスト化
2. 医療安全管理部が未読分を診療科にフィードバック
3. 更なる未読の診療録を医療安全管理部で確認
4. リスク事例はオーダ医に連絡
5. 対応されるまで照会

7

放射線報告書 未読件数の推移



8

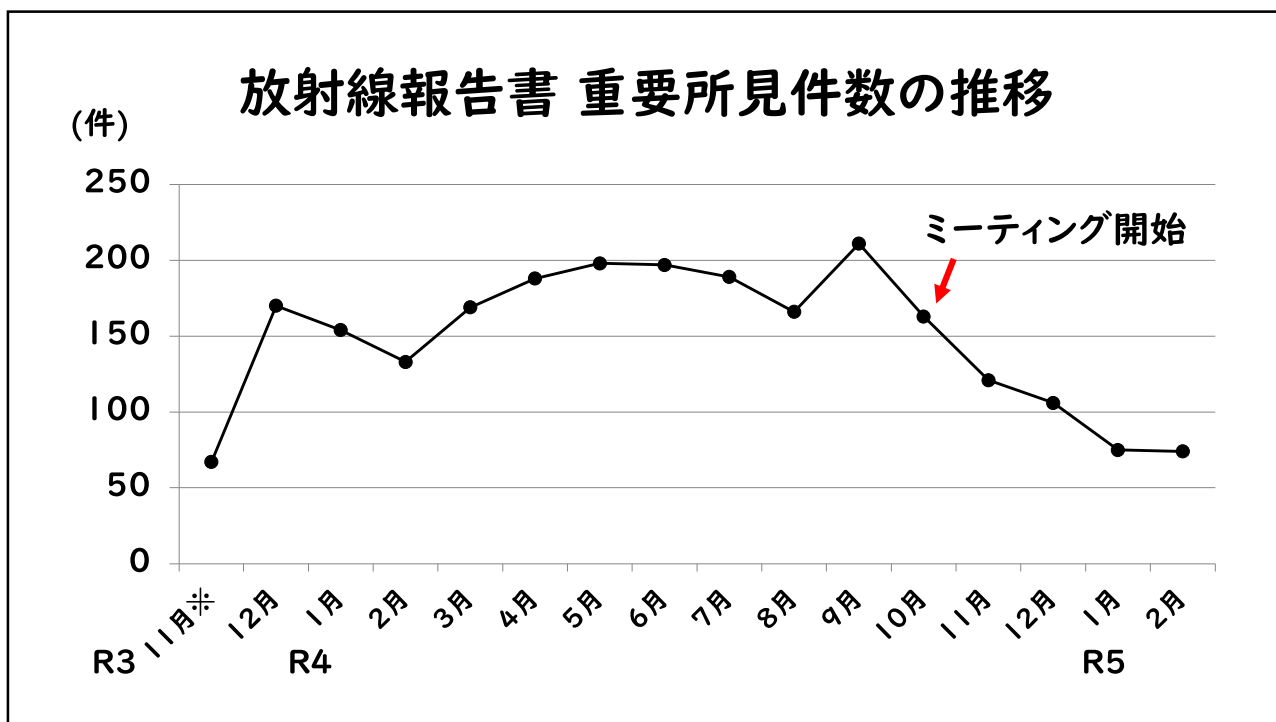


9

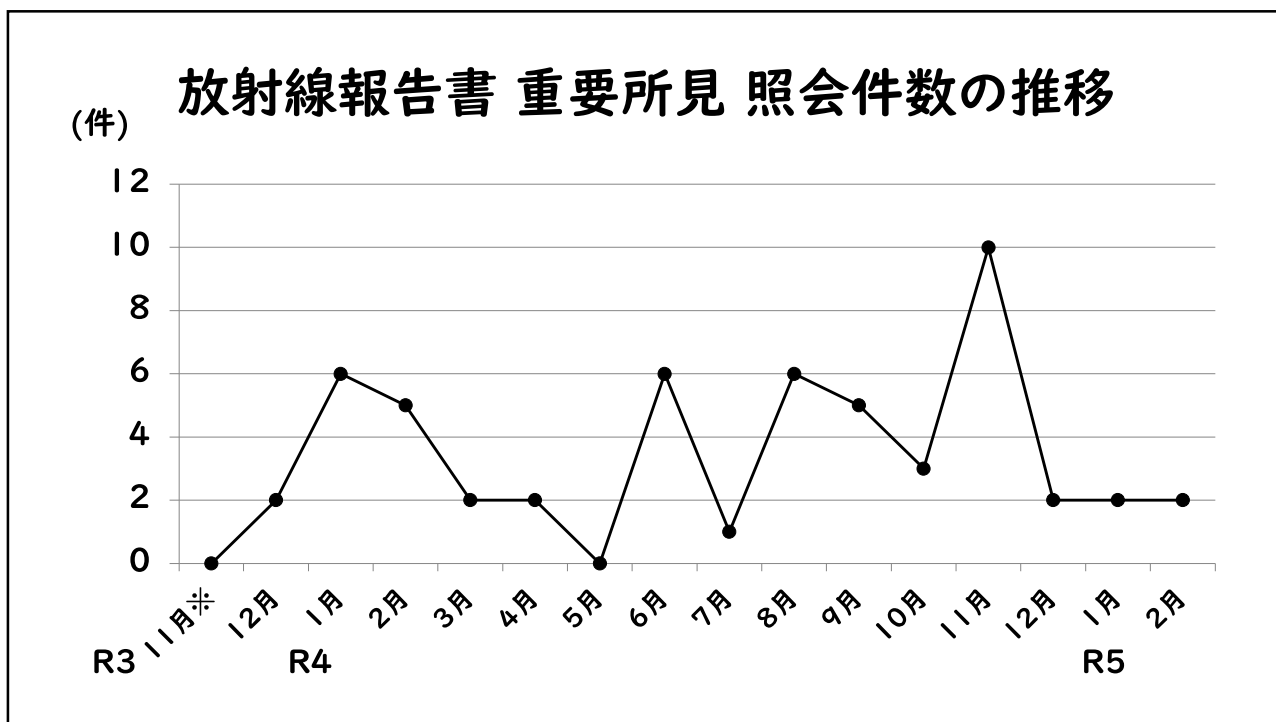
医療情報部と医療安全管理部の協働 (重要所見報告 R3年11月から)

1. 医療情報部が2週間毎の重要所見リストを提供
2. 医療安全管理部が重要所見をもとに診療録を確認
3. リスク事例はオーダ医に連絡
4. 対応されるまで照会

10



11



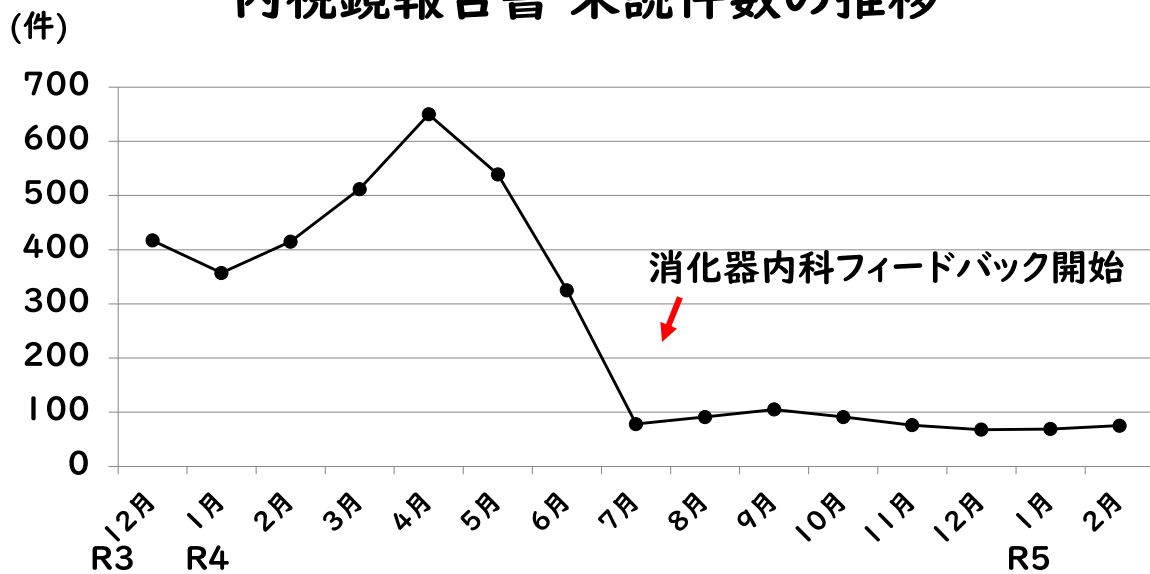
12

医療情報部と医療安全管理部の協働 (内視鏡検査報告書 R3年12月から)

1. 医療情報部が未読情報をリスト化
2. 医療安全管理部が未読分の病理検査報告書を確認
3. リスク事例はオーダ医に連絡
4. 対応されるまで照会

13

内視鏡報告書 未読件数の推移



14

報告書未読対策（凡事徹底）

医療安全管理部門の業務量や精神的負担は大きいですが、
見落としによる有害事象を考えると徹底して行なう必要がある。

15

救急カート運用の効率化（一燈照隅）

16

救急カート運用の効率化

*院内の救急カートは48台

変更前の運用	変更後の運用
看護師・薬剤師が 毎日点検	毎月1回の定期点検 +救急カート使用時
点検済みマグネットを前面に貼付	紙テープをカートに1周巻いて留める
	紙テープが切れていないことを毎日確認
使用したことが分かりにくく、容易に中身を取り出すことができる	使用したことが一目瞭然で、紙テープを切らずに取り出せない

17

変更に伴う効果

*院内の救急カートは48台

1回に要する時間：看護師10分、薬剤師5分

変更前の運用	変更後の運用
毎日点検 病棟15分×20台×30日 外来15分×19台×22日 =254.5時間	毎月1回 585分=9.75時間 (96.2%の削減効果見込み)
*9台は重症部門で運用変更の対象外	毎日テープ確認 1分×30日=30分
使用・不使用に関わらず毎日点検	使用後のみ点検 *実地確認を実施
	テープを切らないように設置 薬品等が見直された

18

効果の詳細

*院内の救急カートは48台

1回に掛る時間：看護師10分、薬剤師5分

変更前の運用	変更後の運用
毎日点検 (254.5時間/月)	毎月1回 (9.75時間/月)
使用・不使用に関わらず 毎日点検	毎日テープ確認 (30分/月)
	実地確認 (平均4.9回/月) 1月：平均点検回数5.3回 2月：平均点検回数4.4回

19

効果の詳細

*院内の救急カートは48台

1回に掛る時間：看護師10分、薬剤師5分

一か月の点検時間：9.75時間×平均4.9回=47.7時間

毎日のテープ確認時間：0.5時間

削減時間 : **206.8時間 (81%削減)**
 =8.6日分

人件費に換算：仮に時給2000円とすると

2000円×206.8時間=413600円

1か月 **41万3600円**
の削減効果！！

20

救急カート運用の効率化（一燈照隅）

これ自体で有害事象の防止率が向上するわけではないが、
業務量削減による波及効果が期待できる。

このような取組みを数多く行なうことが安全性を高める。

21

医療安全文化調査を用いた改善活動と支援 （答在問処）

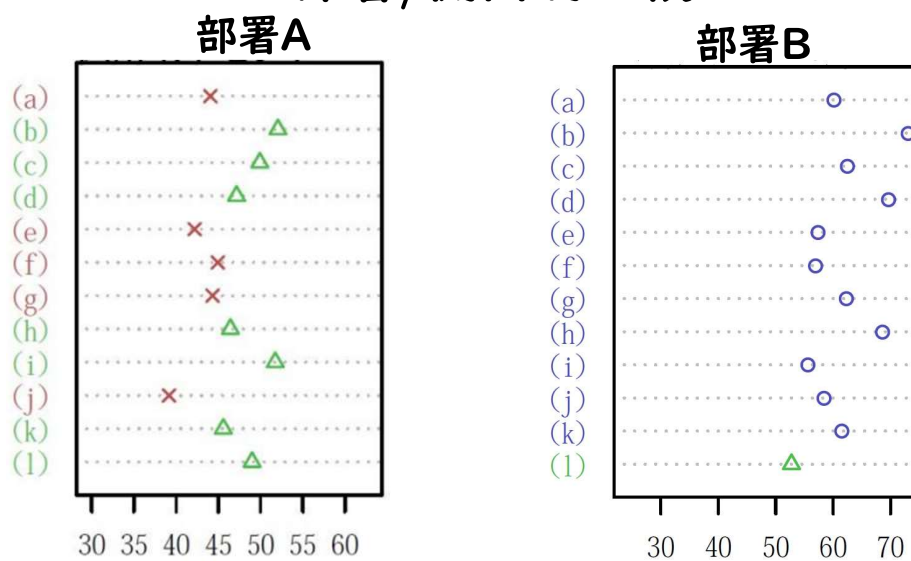
22

医療における安全文化に関する調査

- 医療安全を組織的に推進する上で重要とされる安全文化の醸成に寄与し質・安全向上の取り組みを可視化する方法の一つとして米国AHRQが提唱している
- 医療安全全国共同行動が提供し、196施設が参加、本院は2009年度から参加している。
- 全体評価と報告頻度や部署内でのチームワークなど、12側面からの評価からなる。
- 病院は調査表の集計、分析には関与しない。

23

部署/側面別比較



24

12側面から見た部署Aの課題

- a) 報告の頻度
- e) 部署内でのチームワーク
- f) オープンなコミュニケーション
- g) エラー後のフィードバック
- j) 人員配置

25

部署Aの改善活動

- 1) アンケート調査
- 2) グループ横断的な4チームによる話し合い
- 3) 年4回の全体会で取組み報告

26

a 出来事の報告される頻度

インシデントが
悪いイメージ

上司に正確な情報が伝達
されていない

事象の共有が少ない
い・できていない

インシデント報告する
のが嫌だ（苦笑）

27

g エラー後のフィードバック

フィードバックはない

運用変更のみ伝えられる

朝の申し送りで
言われるだけ

対策後の
再検証はない

当事者と部署担当者
のみで話をしている

確認徹底します…
で終わってる

28

体制整備

PCを各部署ごとに購入配置

スタッフ全員が院内アドレス取得
(Teamsが使用できるように)

29

相手の気持ちに立って行動しよう



一人一人気をつけよう

センシティブな話は出来るだけ
人目につかないところで



自分が言われて嫌な言い方は
相手にもしない



一人に責任を負わせず
チームで協力しあおう



Hチーム 山○ 斎□ 西△ ○本 □田

30

インシデント分析シート

参加者: [REDACTED] インシデント発生日: 4月 8日 (水)
 ミーティング実施日: 4月 9日 (木)

※第一発見は本件内を記入しミーティング実施
 状況・問題点 (要約欄) 対策

問題発生回数/回数

1. 手順・使用方法・ルールの非遵守	2. コミュニケーション・情報伝達・連絡不足	3. 誤作、指導不足
4. 技術不足	5. 知識不足	6. 確認不足
7. 観察不足	8. 注意不足	9. 思い込み
10. 参加者不足・役割分担ミス	11. 時間厳守の徹底不足	12. その他

出席ミーティング実施日: 5月 7日

参加者: 教員、技術、技術、大塚主任、金本講師

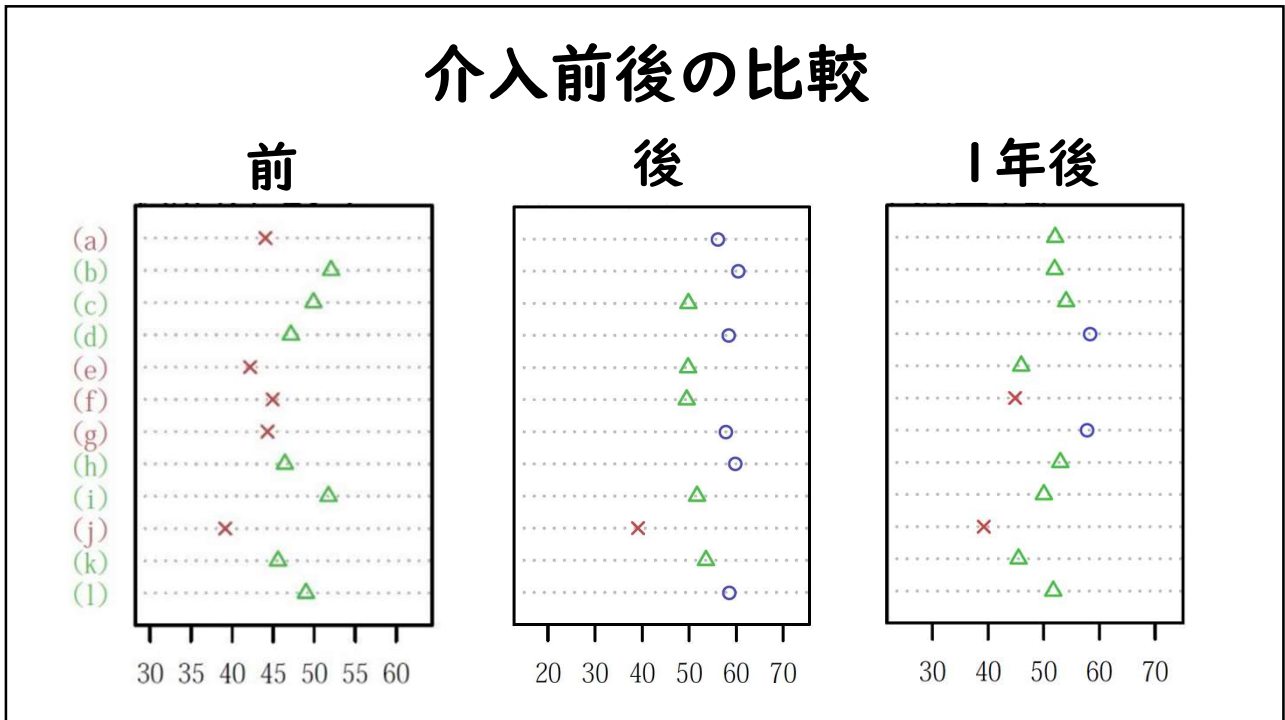
再評価ミーティング実施日: 7月 16日

参加者: [REDACTED]

関西医科大学附属病院 医工学部

スタッフから
高評価を得た

31



32

医療安全文化調査を用いた改善活動と支援 (答在問処)

- 医療安全管理部門は部署の改善策を提案できるが、選択や実行は現場次第である。
- 特に態度面に関する効果的な改善策は現場ごとに異なることがあり、問いかけによる気づきの支援が有用である。

33

まとめ

1. 当院におけるチーム医療推進活動を3つの視点から紹介した。
2. チーム医療推進活動において、凡事徹底によるインシデント撲滅、一燈照隅による改善、答在問処を基本とする支援は有用であり、継続する価値があると考えられた。

34