

令和6年度 医療安全管理委員会 リスクマネジメント委員会 医療安全管理チーム会 業務実績

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
安全管理委員会	・各委員会の報告 リスクマネジメント委員会4/26開催の 為報告無し。 ＊リスクマネジメント関係のみ記載	・新年度委員について 各プロジェクトチーム活動計画報告等 ・インシデント集計報告(2023年度 3月分) ・共有事例: (3件)、3b(2件) ・機能評価機構 医療安全情報(5月) ・医療安全研修予定(6月・10月頃、11月) ・本年度の医療安全標語『うまくやるより確実に早くやるより安全に』と目標	・医療安全研修会について「転倒探偵の転ばぬさきの杖」6月に4回実施する。	・各プロジェクトチーム活動報告(5月分) ・インシデント集計報告(2024年度 4月分) ・共有事例: (2件) ・機能評価機構 医療安全情報(6月) ・チーム会ラウンド: 4階西病棟トイレ等 ・県病院局: 令和6年度敷地内のハードウェアの損傷箇所を確認 ・令和5年度第4四半期報告	・各プロジェクトチーム活動報告(7月分) ・インシデント集計報告(6月分) ・共有事例: 3b(1件)手術中の主治医への連絡体制 ・機能評価機構 医療安全情報(8月) ・チーム会ラウンド: 病院敷地内のハードウェアの損傷箇所を確認 ・令和6年度「医療安全推進週間」の活動報告会11/20(水) ・第1回研修会不参加者91名のアンケート参加報告	・各プロジェクトチーム活動報告(8月分) ・インシデント集計報告(7月分) ・共有事例: インシデント(1件)医療機器を装着してMRI検査を実施 金属探知機不使用の事例 ・機能評価機構 医療安全情報(9月) ・チーム会ラウンド: 本館、新館の展示物や問題点確認	・各プロジェクトチーム活動報告(9月分) ・インシデント集計報告(8月分) ・共有事例: インシデント1件 規定量の確認せず既定の倍以上をスピッツに注入していた。 ・研修会の参加案内 ・採血の検体CBCヘモグロビンの数値異常値で生化学の結果も異常データ、病棟へ連絡し点滴側からの採血であった。 ・機能評価機構 医療安全(10月) ・チーム会ラウンド(9/6): ト	・各プロジェクトチーム活動報告(10月分) ・インシデント集計報告(9月分) ・共有事例: 3b(2件) ・機能評価機構 医療安全情報(11月) ・チーム会ラウンド: リハビリ室環境整備の報告 ・医療安全推進週間6部署発表ポスター掲示(20日17:30研修ホール) ・県研修会(22日)高橋参事、	・各委員会の報告 リスクマネジメント委員会12/20開催予定の為報告無し。	・各プロジェクトチーム活動報告(12月分) ・共有事例: 3b(2件)転倒のリスクを予測し訓練場面の環境整備。コミュニケーションエラーの事例→質問の方法や工夫をする。疑問は担当医→指導医→科長部長へ確認する。何が危険かを具体的に伝える。 ・機能評価機構 医療安全情報(1月) ・医療安全放射線研修会11/12～29参加者(223名)	・各委員会の報告 リスクマネジメント委員会2/21開催予定の為報告無し。	・各プロジェクトチーム活動報告(1月分) ・インシデント集計報告(11月分) ・共有事例: 患者暴力ハラスメント事例(1件) ・機能評価機構 医療安全情報(2月) ・チーム会ラウンド(2/7): 避難通路・避難場所の安全確認報告(3西ベランダ) ・令和6年度第Ⅱ四半期報告
「ファントルくん」への職員登録/修正	新規: 異動: 退職:	新規: 異動: 退職:	新規: 異動: 退職:	新規: 異動: 退職:	新規: 異動: 退職:	新規: 異動: 退職:	新規: 異動: 退職:	新規: 異動: 退職:	新規: 異動: 退職:	新規: 異動: 退職:	新規: 異動: 退職:	新規: 異動: 退職:
RM部会	・各プロジェクトチーム活動報告(3月分) ・インシデント集計報告(2月分) ・共有事例: (1件)、3b(3件) ・機能評価機構 医療安全情報(3.4月) PMDA情報(1.2月) ・本年度の医療安全標語 ・医療安全対策マニュアルの改訂(病院局改訂) ・新入職者医療安全研修10日(48名) ・令和5年度第3四半期報告	・新年度委員について 各プロジェクトチーム活動計画報告等 ・インシデント集計報告(2023年度 3月分) ・共有事例: (3件)、3b(2件) ・機能評価機構 医療安全情報(5月) ・医療安全研修予定(6月・10月頃、11月) ・本年度の医療安全標語『うまくやるより確実に早くやるより安全に』と目標	・リスクマネジメント委員、各プロジェクトリーダー&メンバー決定 各プロジェクトチーム活動報告(5月分) ・インシデント集計報告(2024年度 4月分) ・共有事例: (2件) ・機能評価機構 医療安全情報(6月) ・チーム会ラウンド: 4階西病棟トイレ等 ・県病院局: 令和6年度重点取組実施計画25日米田室長 ・令和5年度第4四半期報告	・各プロジェクトチーム活動報告(6月分) ・インシデント集計報告(5月分) ・共有事例: リハビリ自主訓練中の転倒、検討し取り決めに看護部と共有 ・機能評価機構 医療安全情報(7月) ・チーム会ラウンド: 各トイレ内で救急の対処方法を確認した。 ・医療安全重点取組実施計画(県病院局) ・6/24県病院局医療安全会議の報告 ・第1回研修会6/17.19.25.29参加数469名(当日378名)	・各プロジェクトチーム活動報告(7月分) ・インシデント集計報告(6月分) ・共有事例: 3b(1件)手術中の主治医への連絡体制 ・機能評価機構 医療安全情報(8月) ・チーム会ラウンド: 病院敷地内のハードウェアの損傷箇所を確認 ・令和6年度「医療安全推進週間」の活動報告会11/20(水) ・第1回研修会不参加者91名のアンケート参加報告 ・2023年度ヒヤリ・ハント推移報告	・各プロジェクトチーム活動報告(8月分) ・インシデント集計報告(7月分) ・共有事例: インシデント(1件)医療機器を装着してMRI検査を実施 金属探知機不使用の事例 ・機能評価機構 医療安全情報(9月) ・チーム会ラウンド: 本館、新館の展示物や問題点確認 ・医療安全推進週間の企画書9/30 ・医療安全対策マニュアル設置要綱の改訂 ・リスク目標管理中間報告 ・第2回医療安全研修会11/20～27 ・令和6年度第1四半期報告	・各プロジェクトチーム活動報告(9月分) ・インシデント集計報告(8月分) ・共有事例: インシデント1件 規定量の確認せず既定の倍以上をスピッツに注入していた。 ・研修会の参加案内 ・採血の検体CBCヘモグロビンの数値異常値で生化学の結果も異常データ、病棟へ連絡し点滴側からの採血であった。 ・機能評価機構 医療安全(10月) ・チーム会ラウンド: トイレ側の受信音声の改善が必要であった。	・各プロジェクトチーム活動報告(10月分) ・インシデント集計報告(9月分) ・共有事例: 3b(2件) ・機能評価機構 医療安全情報(11月) ・チーム会ラウンド: リハビリ室環境整備の報告 ・医療安全推進週間6部署発表ポスター掲示(20日17:30研修ホール) ・県研修会(22日)高橋参事、	・各プロジェクトチーム活動報告(11月分) ・インシデント集計報告(10月分) ・共有事例: インシデント(1件)血糖値バニック値(65mg/dl)統一へ。血糖値が200ml/dl以上は電カルー主治医、内科医に報告を。 ・機能評価機構 医療安全情報(12月) ・チーム会ラウンド: 3東西の注射準備状況と環境確認する。 ・第2回「せん妄と…」参加数とアンケート報告。 ・県研修会: 医療事故の遺族から思いと提言	・各プロジェクトチーム活動報告(12月分) ・共有事例: 3b(2件)転倒のリスクを予測し訓練場面の環境整備。コミュニケーションエラーの事例→質問の方法や工夫をする。疑問は担当医→指導医→科長部長へ確認する。何が危険化を伝える。 ・機能評価機構 医療安全情報(1月) ・医療安全放射線研修会11/12～29参加者(223名) ・最終目標管理2/5まで	・各プロジェクトチーム活動報告(1月分) ・インシデント集計報告(11月分) ・共有事例: 患者暴力ハラスメント事例(1件) ・機能評価機構 医療安全情報(2月) ・チーム会ラウンド: 避難通路・避難場所の安全確認報告 ・令和6年度第Ⅱ四半期報告	・各プロジェクトチーム活動報告(2月分) ・インシデント集計報告(12月分) ・共有事例: インシデント(2件) ・機能評価機構 医療安全情報(3月) ・県立病院医療安全会議10日報告: 高橋次長
・マニュアル類改訂	目次・2・4・2・8・3・8・4・8・7・1・8・8・9・10・1、2	8・5・1	8・7・4	6・1・4・6・1・5・6・4・1	別・2・2・別・2・3・8・5・1	I pg3～10、13・II pg1～8、11～21	目次・II pg9・III・V pg3～6、9～10		目次・6・4・2・8・10・3	目次・8・3	目次・5・1・5・1・3・5・1・6・5・1・10	目次・8・5・3・10・2・8・5・1・8・6・8・10・2
共有事例 インシデント② 患者暴言暴力	3-70 4-61・82・99	5-21 5-9・16	6-26・33	6-26対策報告	7-57	9-46	10-33	9-41・10	12月15日	10-66・11-38	1-37(セクハラ)	2-33・48
「ファントルくん便り」発行				トイレ個室内で緊急事態！救出できますか？	・オカレズ報告がインシデント②になりました。レベル4が4aと4bにわがれました。							
医療安全管理チーム 週1回 金曜日	5・12・19・26日 共有事例: 9件(3b:3件) リスクマネジメント委員会の運営 チーム会ラウンド 医療安全対策マニュアルの改訂	10・17・24・31日 共有事例: インシデント報告2件 リスクマネジメント委員会の運営 チーム会ラウンド	7.14.21.28日 共有事例: インシデント報告件 リスクマネジメント委員会の運営 チーム会ラウンド	5・12・19・26日 ・チーム会ラウンド: 各トイレ内で救急の対処方法を確認した。 ・医療安全重点取組実施計画(県病院局) ・第1回医療安全研修会の報告	2・9・16・23・30日 ・チーム会ラウンド: 病院敷地内のハードウェアの損傷箇所を確認 ・令和6年度「医療安全推進週間」の活動報告会11/20(水)の開催について	6・13・27日 ・医療安全推進週間の企画書9/30 ・第2回医療安全研修会の案内	4・11・18・25日 チーム会ラウンド: トイレ側の受信音声の改善が必要であった。	1・8・15・29日 ・チーム会ラウンド: リハビリ室環境整備の報告 ・医療安全推進週間 20日 ・県研修会の参加募集22日	6・13・20・27日 ・チーム会ラウンド: 3東西の注射準備状況と環境確認する。 ・第3回「せん妄と…」参加数とアンケート報告。 ・県研修会の報告	10・17・24・31日 ・チーム会ラウンド: 3東西の注射準備状況と環境確認する。 ・第3回「せん妄と…」参加数とアンケート報告。 ・県研修会の報告	7・14・21・28日 共有事例: インシデント報告2件 リスクマネジメント委員会の運営 チーム会ラウンド: 看護部	7・14・21・28日 共有事例: インシデント報告5件 リスクマネジメント委員会の運営 パイクマイシン事例経過報告 令和7年度県病院胸痛重点目標

令和6年度 医療安全管理委員会 リスクマネジメント委員会 医療安全管理チーム会 業務実績

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
与薬チーム 定例会議 月1回 第4金曜日	会議なし	令和6年度活動内容の検討 与薬ラウンドについて 院内研修会内容について 啓発ポスターの検討	活動目標の決定 与薬ラウンド監査内容 の検討、役割分担 院内研修会の内容検討 啓発ポスターの作成、 配布 インシデントレベル0の 分析とグッジョブ報告・ エクセレント報告	与薬ラウンド実施、結果 報告 院内研修会の内容検討	院内研修会の内容検討 インシデントレベル0の 分析とグッジョブ報告・エ クセレント報告	院内研修会の役割分 担・内容検討・データ分 析 インシデントレベル0の 分析とグッジョブ報告・エ クセレント報告	院内研修会資料の最終 確認 インシデントレベル0の 分析とグッジョブ報告・エ クセレント報告	院内研修会の実施(電 子カルテに資料掲載) インシデントレベル0の 分析とグッジョブ報告・エ クセレント報告	院内研修会のアンケート 結果集計、分析 インシデントレベル0の 分析とグッジョブ報告・エ クセレント報告	院内研修会振り返り、 次年度の課題抽出 今年度活動目標評価 インシデントレベル0の分 析とグッジョブ報告・エ クセレント報告	今年度活動目標評価 次年度活動内容の検討 インシデントレベル0の分 析とグッジョブ報告・エ クセレント報告	今年度実績のまとめ 次年度役割分担 次年度活動計画検討 インシデントレベル0の分 析とグッジョブ報告・エ クセレント報告
転倒転落チーム 定例会議 月1回 第1金曜日	会議なし	・令和6年度活動内容 定 ・ラウンド方法の検討とメ ンバー確認。 ・年間の研修計画の時期 確認 ・転倒転落アセスメントス コアシートについて検討	・第1回「医療安全機器」 研修会についての 検討。 ・日時、場所、内容、役 割分担、新任者の人 数、必要な医療機 器の準備についての 確認。 ・転倒転落スコアシート の検証方法の検討。	・第1回「医療安全機器」 研修会実施と振り返り。 ・第2回「KYT」研修会の 検討。 ・転倒転落アセスメントス コアシートの見直し。 ・環境ラウンド実施報 告。	・第1回「医療安全機器」 研修会の振り返り。 ・第2回「KYT」研修会の 検討。 ・転倒転落アセスメントス コアシートの見直し。 ・環境ラウンド実施報 告。	・第2回「KYT」研修会の 検討。 ・環境ラウンド 実施報 告。 ・身体拘束についての検 討。	・第2回「KYT」研修会に ついて日時、場所、内 容、役割分担、ポスター 掲示等の確認。 ・転倒転落スコアシート の退院時の評価につい て更新。その他に評価時 期について検討。 ・環境ラウンド実施報 告。	・「KYT」研修の実施・振 り返り ・転倒転落スコアシート の検証報告。整形Op入 院と5W内科入院の入院 から1週間後の評価で大 きな変化ないと確認する ことができたため評価時 期の変更を行った。 ・自主練習中の転倒につ いての意見交換。 ・環境ラウンド実施報 告。	・今年度の活動振り返 り。 ・環境ラウンドについて	・今年度活動実績のま とめについて検討 ・次年度活動計画の検 討 ・④環境ラウンド 実施報 告。	・今年度活動実績のま とめ ・次年度計画の確認	
救急教育チーム 定例会議 月1回 第1木曜日		9日 ①年間計画検討確認 ・院内認定BLSグループ 編成 ・AED研修会の準備 ・役割分担(チーム編成・ リーダー・ラウンド) ・救急対応教育の内容の 検討 ・救急カートラウンド ②4月各部署での新任職 員研修の結果・報告 ③活動計画 ④7月AED研修の検討 ⑤院内認定BLS研修募 集 ⑥インストラクター研修 の案内 ⑦救急教育チーム活動 個人目標	6日 ①救急カートラウンド” 結果報告 ②院内認定BLS研修 受講者の確認 ③7月職員AED研修計 画・役割分担 ④8月院内認定BLS研 修会(再)の企画・役割 分担 ④救急対応教育の内容 検討	4日 ①AED研修計画・役割 分担 ②8月院内認定BLS研 修会(再)の企画・役割 分担 ③インストラクター研 修の評価 ④救急対応教育の内容 検討 ⑤救急カート配置表、救 急薬品配置表の更新に ついて(セルシンジー ゼパムの変更)	1日 ①救急カートラウンド” 結果報告 ②AED研修の実施評 価・修正 ③院内認定BLS研修会 (新)の企画・役割分 担 ④救急対応教育研修内 容の検討 ⑤インストラクター研 修の評価 ⑥7月のAED研修の結 果・報告	5日 ①院内認定BLS研修 (新)の役割確認 ②院内認定BLS研修会 (再)の報告 ③活動目標の中間評価 ④救急対応教育の内容 検討 ⑤職員AED研修の進捗 状況の報告	3日 ①救急カートラウンド” 結果報告 ②院内認定BLS研修会 (新)の企画・役割分 担 ③11月職員AED研修計 画・役割分担 ⑤活動目標の中間評価 後半への課題検討 ⑥インストラクター研 修内容まとめ	7日 ①各部署の救急カートの チェックリストの使用状 況の確認 ②院内認定BLS研修報 告 ③12月院内認定BLS研 修進捗状況 ④救急対応教育の内容 検討 ⑤職員AED研修の準備 状況の報告	5日 ①救急カートラウンド” 結果報告 ②各部署の救急カート チェックリストについて の使用状況確認 ③11月AED研修の評 価 ④12月BLS認定研修の 進捗状況 ⑤救急対応教育の内容 検討	9日 ①12月のBLS認定研修 の報告 ②活動目標の最終評 価・課題 ③救急対応教育につ いて検討 ④4月新任職員研修企 画について担当者決定 ⑥その他 実績入力 の期限について	6日 ①救急カートラウンド結 果報告 ②救急ラウンドの最終評 価・課題 ③今年度の活動目標の 最終評価 ④4月新任職員研修の 進捗状況の報告	6日 ①次年度の活動計画 (案)について意見交換 ②救急対応教育の振り 返しと次年度課題 ③4月新任職員研修企 画の検討
一般職員のAED 研修	各部署で新任職員 B研修	AED研修計画立案・役 割分担 AED研修募集	AED研修募集	一般対象 AED研修開催 ①7/4(木)41名 ②7/10(水)50名 ③7/17(水)53名	AED研修評価			新人対象 AED研修開催 ①11/7(木)28名 ②11/13(水)20名	AED研修評価			4月新任職員研修企画
院内認定BLS研修 17:30～18:30		院内認定BLS研修者 (再)募集 院内認定BLS研修者 (新)募集			評価 認定BLS研(再) 8/7(水)2名		評価 認定BLS研(新) ①10/3(木) ②10/9(水) ③10/16(水)	評価	評価 認定BLS研(新) ①12/5(木)5名 ②12/11(水)5名 ③12/18(水)5名			
救急対応教育											救急シミュレーション18 名	シミュレーションの振り返 り
インストラクター教 育		インストラクターへの研修 参加の周知	インストラクター研修			インストラクター研修						
救急カートラウンド” 16:00～16:30		ラウンド担当者決定	ラウンド	各部署	ラウンド	各部署	ラウンド	各部署	ラウンド	各部署	ラウンド	最終評価