

平成28年度の医療安全管理の取組について

平成29年9月27日

公立大学法人横浜市立大学

附属病院

附属市民総合医療センター

目 次

■ 医療事故公表判定基準等	1
I インシデント報告の状況	3
II 入院患者アンケート調査結果	5
III 主な改善検討事例	7

(参考) 資料中での病院名の正式名称は次のとおりです。

附属病院 : 横浜市立大学附属病院

センター病院 : 横浜市立大学附属市民総合医療センター

医療事故の公表について

平成13年 2月16日 制定

平成29年 9月27日 改正

横浜市立大学附属病院及び同市民総合医療センター（以下「附属2病院」といいます。）は、平成11年1月の患者取り違え事故をはじめ、平成25年4月の酢酸の誤注入事故など、これまでに引き起こした医療事故の反省の上に立って、病院を挙げて医療安全管理対策を推進してきました。

横浜市立大学では、医療事故が発生した際には、その情報を公表することによって病院運営の透明性を高めることが、信頼を回復するために重要であると考え、平成12年8月に医療事故公表基準作成特別委員会を設置し、附属2病院における医療事故の公表についての考え方をとりまとめました。それに基づき、平成13年度からは、事務系責任職、附属2病院統括安全管理者、外部有識者等で構成する「医療事故公表判定委員会」にて、医療事故の公表についての審議を行い、公表を行ってきました。

その後、医療法改正による院内報告制度の義務化、日本医療機能評価機構が行う医療事故情報収集等事業の整備、医療事故調査制度の開始などにより、本学が独自の基準を持って医療事故の公表の判断を行う必要性は徐々に無くなってきました。そのため、平成28年度をもって医療事故公表判定委員会は解消し、附属2病院は「国立大学附属病院における医療上の事故等の公表に関する指針」に準拠した基準に基づき、院内で公表に関する判断を行うこととなりました。その上で、院内での公表判断の適切性を、新たに設置した外部有識者等による「横浜市立大学附属2病院監査委員会」が監査することとしました。

1 医療事故の公表の意義

医療事故を公表することには、次のような意義があるものと考えます。

- (1) 医療事故の事実や改善策を院内だけでなく他の医療機関と共有することにより、類似の医療事故の再発を広く防止することができる。
- (2) 適切な判断基準を持って公表を行うことは、医療の透明性を高め、市民からの信頼性の向上を図ることができる。

2 用語の定義

本報告において使用する用語の定義は、次のとおりです。

(1) 医療事故

- ① 誤った医療又は管理を行ったことが明らかであり、その行った医療又は管理に起因して、患者が死亡し、若しくは患者に心身の障害が残った事例又は予期しなかった、若しくは予期していたものを上回る処置その他の治療を要した事例。
- ② 誤った医療又は管理を行ったことは明らかでないが、行った医療又は管理に起因して、患者が死亡し、若しくは患者に心身の障害が残った事例又は予期しなかった、若しくは予期していたものを上回る処置その他の治療を要した事例（行った医療又は管理に起因すると疑われるものを含み、当該事例の発生を予期しなかったものに限る）。

(2) インシデント事例

- ① 医療に誤りがあったが、患者に実施される前に発見された事例。
- ② 誤った医療が実施されたが、患者への影響が認められなかった事例又は軽微な処置・治療を要した事例。ただし、軽微な処置・治療とは、消毒、湿布、鎮痛剤投与等とする。
- ③ 誤った医療が実施されたが、患者への影響が不明な事例。

3 医療事故の公表基準

附属2病院は、次の基準該当する医療事故が発生した場合には、患者さんと御家族の同意のもとに、これを公表します。

- (1) 医療事故のうち、「明らかに誤った医療行為あるいは管理」に起因し、それが死因となった場合、若しくは「永続的な障害や後遺症が残る」など、患者さんに相当の有害な結果を生じた場合には即時に公表する。
- (2) 医療事故のうち、「明らかに誤った医療行為あるいは管理」に起因し、濃厚な処置や治療を要した場合には、一括して個別事例を公表する。

上記以外の医療事故は公益財団法人日本医療機能評価機構への報告を通じて公表します。なお、インシデント事例は包括した形で件数等を一括して公表し、原則として個別事例は公表しませんが、医療に係る事故の発生の予防及び再発の防止に資すると考えられる警鐘的な事例は日本医療機能評価機構への報告を通じて公表します。

4 医療事故の公表の判断・判定について

医療事故の公表の判断・判定に関しては、上記の基準をもとに、各病院における会議体で検討し、最終的に病院長が判断します。附属病院では院内医療事故会議（事例検証会議）、センター病院では院内事例検証会議にて検討を行っています。

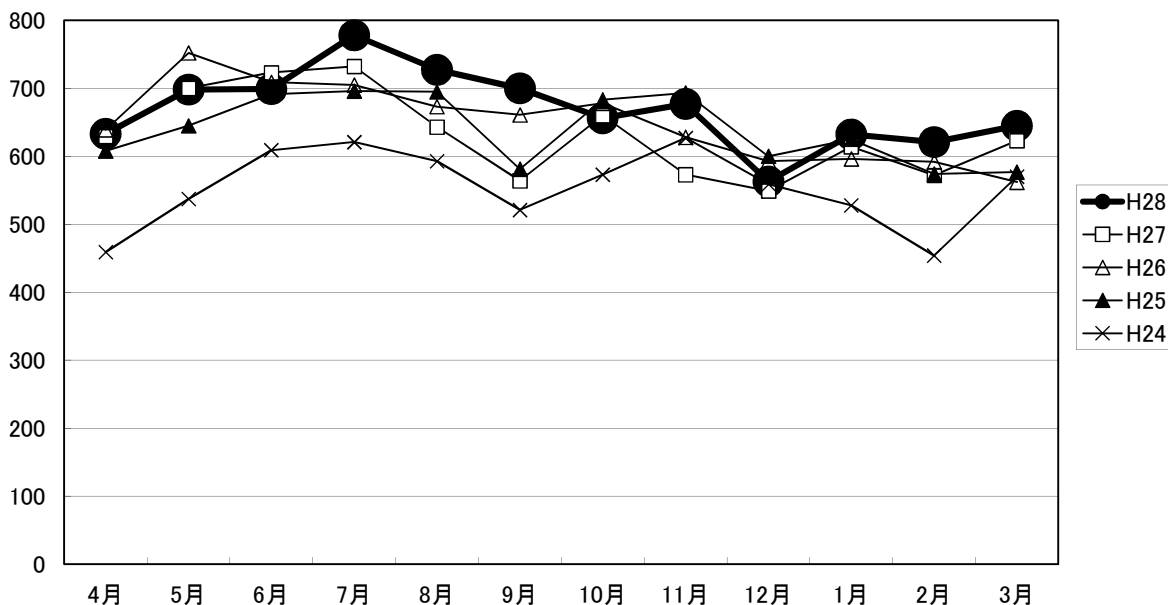
なお、これらの会議による検討経過、病院長の判断等の一連の事務については外部有識者等による「横浜市立大学附属2病院監査委員会」の監査を受けることとなります。

5 公表及び公表内容についての患者さん及び御家族の同意について

医療事故を報道機関等へ公表する際には、個人情報保護の観点から別紙「報道機関等への公表について」による確認を行います。

2 センター病院

(1) インシデント報告の月別件数



(2) インシデント報告の職種別内訳と提出率

職種	件数		月平均		構成比		提出率		職員数	
	今年度	昨年度	今年度	昨年度	今年度	昨年度	今年度	昨年度	今年度	昨年度
医師	306	274	25.5	22.8	3.8%	3.6%	13.7%	10.9%	187	193
看護師	7,191	6,967	599.3	580.6	89.6%	90.8%	65.0%	63.1%	922	905
コ・メディカル	518	400	43.2	33.3	6.5%	5.2%	21.4%	14.6%	202	193
事務・その他	14	30	1.2	2.5	0.2%	0.4%	2.0%	19.5%	60	58
合計	8,029	7,671	669.1	639.3	100.0%	100.0%	48.8%	46.8%	1,371	1,349

※ 職員数は28年度の月平均現在員数

※ 提出率(%)=(職種ごとの1ヵ月当たりの提出件数)÷(職員数)

(3) インシデント報告の事象別内訳

事象	件数		月平均		構成比	
	今年度	昨年度	今年度	昨年度	今年度	昨年度
薬剤	3,064	2,870	255.3	239.2	38.2%	37.4%
輸血	45	58	3.8	4.8	0.6%	0.8%
治療・処置	499	497	41.6	41.4	6.2%	6.5%
医療機器等	225	197	18.8	16.4	2.8%	2.6%
ドレーン・チューブ	1,366	1,357	113.8	113.1	17.0%	17.7%
検査	664	591	55.3	49.3	8.3%	7.7%
療養上の世話	817	811	68.1	67.6	10.2%	10.6%
(うち転倒・転落)	529	531	44.1	44.3	6.6%	6.9%
その他	1,349	1,290	112.4	107.5	16.8%	16.8%
合計	8,029	7,671	669.1	639.3	100.0%	100.0%

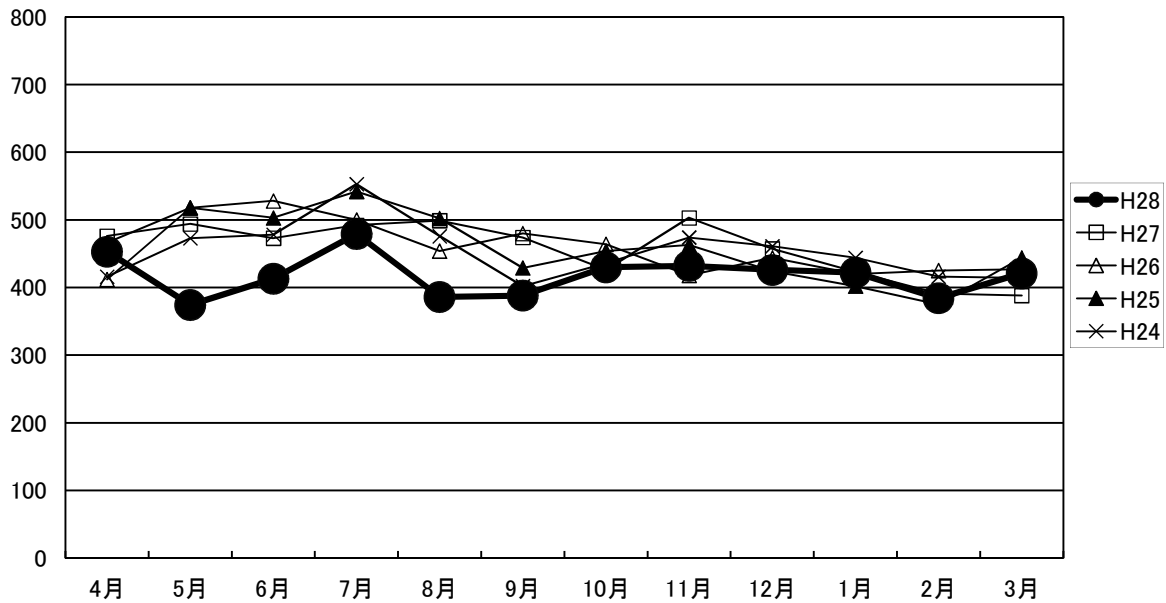
(4) インシデント報告の場所別内訳

場所	件数		月平均		構成比	
	今年度	昨年度	今年度	昨年度	今年度	昨年度
病室	5,484	5,326	457.0	443.8	68.3%	69.4%
病棟処置室	51	42	4.3	3.5	0.6%	0.5%
廊下	83	94	6.9	7.8	1.0%	1.2%
トイレ	112	87	9.3	7.3	1.4%	1.1%
浴室	31	37	2.6	3.1	0.4%	0.5%
外来診察室・処置室	173	192	14.4	16.0	2.2%	2.5%
外来待合室	17	21	1.4	1.8	0.2%	0.3%
手術室	262	260	21.8	21.7	3.3%	3.4%
検査室	376	279	31.3	23.3	4.7%	3.6%
訓練室	11	7	0.9	0.6	0.1%	0.1%
薬剤部	92	93	7.7	7.8	1.1%	1.2%
ナースステーション	841	744	70.1	62.0	10.5%	9.7%
その他	496	489	41.3	40.8	6.2%	6.4%
合計	8,029	7,671	669.1	639.3	100.0%	100.0%

I インシデント報告の状況（平成28年4月1日～平成29年3月31日）

1 附属病院

(1) インシデント報告の月別件数



(2) インシデント報告の職種別内訳と提出率

職種	件数		月平均		構成比		提出率		職員数	
	今年度	昨年度	今年度	昨年度	今年度	昨年度	今年度	昨年度	今年度	昨年度
医師	202	187	16.8	15.6	4.0%	3.4%	6.6%	6.1%	255	256
看護師	4,351	4,777	362.6	398.1	86.9%	86.9%	50.7%	55.4%	715	719
コ・メディカル	429	489	35.8	40.8	8.6%	8.9%	19.1%	21.9%	187	186
事務・その他	26	43	2.2	3.6	0.5%	0.8%	3.4%	5.4%	64	67
合計	5,008	5,496	417.3	458.0	100.0%	100.0%	34.2%	37.3%	1,221	1,228

※ 職員数は28年度の月平均現在員数

※ 提出率(%)=(職種ごとの1ヵ月当たりの提出件数)÷(職員数)

(3) インシデント報告の事象別内訳

事象	件数		月平均		構成比	
	今年度	昨年度	今年度	昨年度	今年度	昨年度
薬剤	1,724	1,927	143.7	160.6	34.4%	35.1%
輸血	56	74	4.7	6.2	1.1%	1.3%
治療・処置	203	284	16.9	23.7	4.1%	5.2%
医療機器等	166	203	13.8	16.9	3.3%	3.7%
ドレーン・チューブ	918	974	76.5	81.2	18.3%	17.7%
検査	509	568	42.4	47.3	10.2%	10.3%
療養上の世話	826	769	68.8	64.1	16.5%	14.0%
(うち転倒・転落)	445	477	37.1	39.8	8.9%	8.7%
その他	606	697	50.5	58.1	12.1%	12.7%
合計	5,008	5,496	417.3	458.0	100.0%	100.0%

(4) インシデント報告の場所別内訳

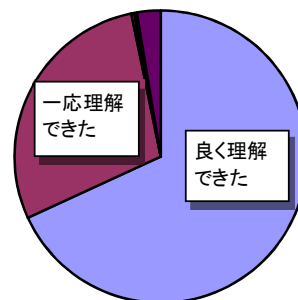
場所	件数		月平均		構成比	
	今年度	昨年度	今年度	昨年度	今年度	昨年度
病室	3,070	3,053	255.8	254.4	61.3%	55.5%
病棟処置室	42	28	3.5	2.3	0.8%	0.5%
廊下	94	106	7.8	8.8	1.9%	1.9%
トイレ	101	116	8.4	9.7	2.0%	2.1%
浴室	22	28	1.8	2.3	0.4%	0.5%
外来診察室・処置室	173	277	14.4	23.1	3.5%	5.0%
外来待合室	28	33	2.3	2.8	0.6%	0.6%
手術室	255	426	21.3	35.5	5.1%	7.8%
検査室	328	290	27.3	24.2	6.5%	5.3%
訓練室	11	3	0.9	0.3	0.2%	0.1%
薬剤部	76	69	6.3	5.8	1.5%	1.3%
ナースステーション	473	536	39.4	44.7	9.4%	9.8%
その他	335	531	27.9	44.3	6.7%	9.7%
合計	5,008	5,496	417.3	458.0	100.0%	100.0%

II 入院患者アンケート調査結果（平成28年4月～平成29年3月）

1 附属病院

設問1 病状や治療方針の説明はわかり易かったですか

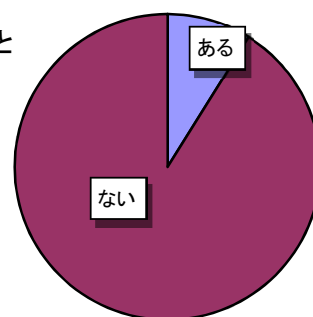
	28年度（4～3月）合計		昨年度 比率
	回答数（件）	比率	
良く理解できた	445	68.1%	67.9%
一応理解できた	187	28.6%	30.1%
余り理解できなかった	2	0.3%	0.4%
全く理解できなかった	2	0.3%	0.0%
その他	17	2.6%	1.6%
合計	653	100.0%	100.0%



設問2 治療、検査、処置など診療全般について、医療安全管理上問題があったと思われたこと、その他、気づかれたことや不満に思われたこと

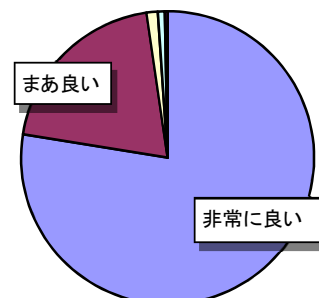
	28年度（4～3月）合計		昨年度 比率
	回答数（件）	比率	
ある(※)	58	8.9%	11.4%
ない	596	91.1%	88.6%
合計	654	100.0%	100.0%

(※) 代表的な事例：看護師間の申し送りが不十分である事例、治療・検査・処置等に関する説明が不足している事例



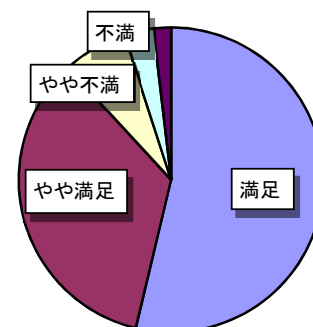
設問3 医師、看護師、薬剤師、技師などの対応について、どう感じたか

	28年度（4～3月）合計		昨年度 比率
	回答数（件）	比率	
非常に良い	505	77.6%	73.7%
まあ良い	131	20.1%	24.4%
やや悪い	8	1.2%	1.1%
非常に悪い	5	0.8%	0.6%
分からない	2	0.3%	0.1%
合計	651	100.0%	100.0%



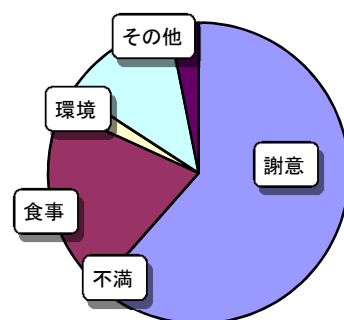
設問4 病室、トイレ、ディルーム、食事など療養環境について

	28年度（4～3月）合計		昨年度 比率
	回答数（件）	比率	
満足	345	53.7%	52.6%
やや満足	221	34.4%	33.5%
やや不満	44	6.9%	8.8%
不満	20	3.1%	3.0%
なんとも言えない	12	1.9%	2.1%
合計	642	100.0%	100.0%



設問5 その他の意見

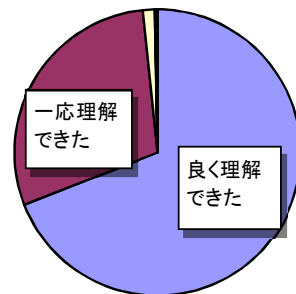
	28年度（4～3月）合計		昨年度 比率
	回答数（件）	比率	
医師、看護師等に対する謝意	551	61.5%	58.7%
医師、看護師等に対する不満	182	20.3%	17.8%
食事に関する要望	21	2.3%	3.8%
環境整備に関する要望	114	12.7%	11.6%
その他	28	3.1%	8.1%
合計	896	100.0%	100.0%



2 センター病院

設問1 病状や治療方針の説明はわかり易かったですか

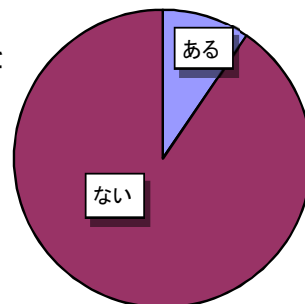
	28年度(4~3月)合計		昨年度 比率
	回答数(件)	比率	
良く理解できた	846	69.1%	69.9%
一応理解できた	359	29.3%	28.6%
余り理解できなかった	16	1.3%	1.2%
全く理解できなかった	1	0.1%	0.1%
その他	3	0.2%	0.3%
合計	1,225	100.0%	100.0%



設問2 治療、検査、処置など診療全般について、医療安全管理上問題があったと思われること、その他、気づかれたことや不満に思われたこと

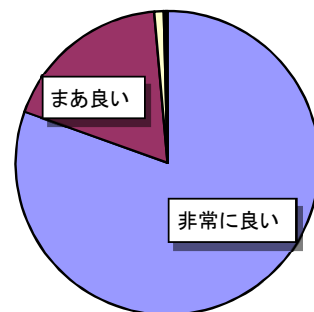
	28年度(4~3月)合計		昨年度 比率
	回答数(件)	比率	
ある(※)	107	9.5%	13.1%
ない	1,017	90.5%	86.9%
合計	1,124	100.0%	100.0%

(※) 代表的な事例： 点滴・注射における技術不足、手術や検査内容に関する説明不足、清掃や衛生面の不満



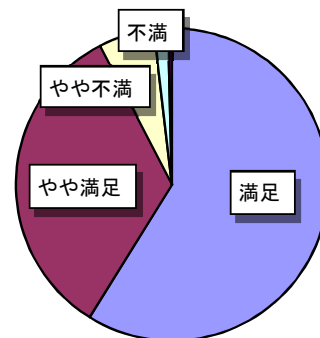
設問3 医師、看護師、薬剤師、技師などの対応について、どう感じたか

	28年度(4~3月)合計		昨年度 比率
	回答数(件)	比率	
非常に良い	993	80.5%	76.9%
まあ良い	224	18.2%	20.6%
やや悪い	12	1.0%	1.6%
非常に悪い	3	0.2%	0.4%
分からない	2	0.3%	0.5%
合計	1,234	100.0%	100.0%



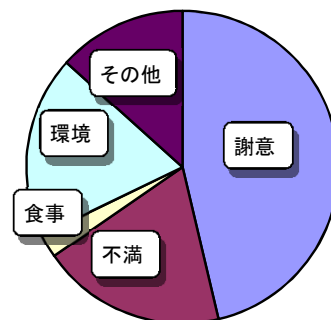
設問4 病室、トイレ、ディルーム、食事など療養環境について

	28年度(4~3月)合計		昨年度 比率
	回答数(件)	比率	
満足	718	58.9%	59.5%
やや満足	409	33.6%	32.0%
やや不満	70	5.7%	6.2%
不満	18	1.5%	2.0%
なんとも言えない	5	0.3%	0.4%
合計	1,220	100.0%	100.0%



設問5 その他の意見

	28年度(4~3月)合計		昨年度 比率
	回答数(件)	比率	
医師、看護師等に対する謝意	531	46.3%	46.0%
医師、看護師等に対する不満	219	19.1%	19.0%
食事に関する要望	28	2.4%	1.4%
環境整備に関する要望	216	18.9%	19.3%
その他	153	13.3%	14.3%
合計	1,147	100.0%	100.0%



Ⅲ 主な改善検討事例（案）

1 附属病院

	検討項目	改善検討内容
1	カリウム吸着フィルター の誤使用防止	カリウム除去フィルターの使用に関するインシデント事例が報告されたことから、院内のマニュアルを見直した。その結果、使用可能な部門を手術室および集中治療室に限定するよう運用を変更した（医療安全マニュアル改正）。また、払い出し時に添付している注意喚起用紙を目立つデザインに変更するとともに、メーカーに対して製品本体に注意喚起を表示するように要望した。
2	使用済み酸素ポンベの誤 使用防止	赤色のスタンドを使用済み酸素ポンベ専用とすることで、使用中のポンベと明確に区別して保管する院内ルールを定め、各部署に周知した。
3	CVの超音波ガイド下穿刺 用セットの誤認防止	エコーガイド下の穿刺に使用可能なセットと不可能なセットを区別するため、マイクロニードルタイプのセットに「超音波ガイド下挿入専用」シールを貼付して払い出す運用に変更した。
4	手術室以外でのガーゼ等 の意図しない体内遺残の 防止対策の見直し	従来の医療安全マニュアルでは、ガーゼ等の挿入時、抜去時の診療録への記載に関して規定されていなかった。そのため挿入時および抜去時は診療録にその枚数を記載するよう医療安全マニュアルに追記した。また、創部と体内（鼻腔等）を区別した記載に変更した。
5	胃管挿入後の先端位置確 認方法の変更	当院のマニュアルでは胃管の先端位置の確認方法の1つとして、空気を注入し心窩部が最強点の水泡音を聴取することになっていたが、1点での水泡音確認は誤認が多いため信頼度が低いとされている。そのため信頼度が高いとされている①右下肺野・②左下肺野・③心窩部の3点で聴取し、③心窩部で最強音が聴取されることを確認するようにマニュアルを改正した。
6	インフォームド・コンセ ントの標準化	新たに「説明と同意に関するガイドライン」を作成し、インフォームド・コンセントの実施方法を標準化できるよう整備した。また、説明と同意に係る統括責任者として統括安全管理者（副病院長）を配置した。
7	病理報告書の確認忘れ防 止対策	他施設で病理結果報告書の確認忘れにより悪性腫瘍の診断が遅れた事例が報告されたため、確認忘れの防止対策を検討した。平成28年12月より電子カルテ上の病理報告書に「レポートチェック」ボタンを表示し、報告書を確認した医師がチェックする運用を開始した。また、チェックされていない報告書については、病理部からオーダー医師へ問い合わせしている。
8	院内医療機器に使用する テーブルタップの統一	電源コードを差し込む際に、隣接するテーブルタップのアース線を巻き込み火花、煙が発生した事例が報告された。そのため医療機器安全管理責任者を中心に、院内におけるテーブルタップの使用状況を調査し、医療機器に使用するテーブルタップは全てアース線がない3Pプラグの製品に切り替えた。
9	造影剤アレルギーの報告 体制の強化	造影剤投与によるアレルギーが発生した際に、放射線部から薬剤部へ速やか且つ簡便に報告できるよう新規に「造影剤副作用報告書」を作成した。提出された「造影剤副作用報告書」をもとに薬剤部医薬品情報室担当が詳細を確認して、医薬品・医療機器等安全性情報報告制度に則ったPMDAへの報告の必要性を判断し報告する体制を整備した。
10	院内で採用しているシリ ンジキャップの見直し	シリンジキャップが付いた状態でルートを接続したインシデントが発生したため、院内採用のシリンジキャップをルートに接続することができない構造の製品に統一した。
11	ベッドボードの患者名表 示の統一	ベッドボードの患者名表示が部署により異なっていたため、電子カルテから発行するネームシールを変更するとともに、マグネットシートを使用した院内統一の表示方法に変更した。
12	やむを得ず口頭指示する 場合の手順の明確化	原則、口頭指示は行わないことになっているが、やむを得ず口頭指示を受ける場合には、「口頭指示票」を用いて引継ぎ等を行うよう手順を明確化して、医療安全マニュアル追記した。

	検討項目	改善検討内容
13	採血室で使用する止血帯の種類変更	採血室で使用する止血帯にラテックスが含有されていたため、ラテックスアレルギー患者に使用して膨疹が出現した事例が報告された。そのため採血室で使用する止血帯はラテックフリーの製品に変更した。
14	身体抑制マニュアルの更新	従来からある医療安全マニュアルの「行動制限（身体抑制と隔離）について」の項をもとに、身体抑制の基本的考え方を整理し、定義・適応基準を明記した。また、身体抑制の説明・同意書についての新たな基準を作成した。
15	抗凝固薬・抗血小板薬の手術前休薬期間の目安の一覧更新	新規経口抗凝固薬（NOAC）を含めた一覧に更新するとともに、現状の院内採用・未採用区分にあわせて表記を変更した。
16	医薬品安全管理体制の強化	①院内で使用される禁忌・適応外医薬品に関する情報を剤部医薬品情報管理室に集約、②禁忌医薬品の使用は疾患・アレルギー歴に対する禁忌と併用禁忌に分類し、適応外医薬品の使用は4段階の評価基準を作成し評価、③それらの結果は安全管理対策委員会へ報告して院内で共有する体制を整備した。
17	「入院鎮静患者の退室確認書」使用を義務化	検査・処置実施時に鎮静を行った患者を一般病棟に帰室させる際には、医師が「入院鎮静患者の退室確認書」に沿って退室の判断を行うこととした。また、一定の要件を満たさない患者については呼気ガスモニターの装着を義務付けた。
18	CVC研修の見直し、研修医の承認要件変更	指導医の下で臨床研修医が中心静脈カテーテル挿入を行う条件として、①講習会受講、②シミュレーターを用いた実習、③実際の挿入の3回以上の見学を義務付けている。従来は①②終了時にCVCシールを発行していたが、①②③すべて実施後にCVCシールを発行するように改め、研修医が要件を満たしているか現場で確認しやすようにした。

2 センター病院

	検討項目	改善検討内容
1	診療科部長とリスクマネジャー、統括安全管理者・安全管理室との個別面談実施	各診療科と個別面談を実施し、医療安全について診療科部長とリスクマネジャーで役割を再確認した。今年度は病棟師長等も同席し、抱えている課題について相互に情報共有できるような環境を整えた。
2	ラピッドレスポンスチーム (RRS)に関する検討開始	ドクターコールとなる前の急変予知となるRRS導入について、リスクマネジャー会議内のグループワークで検討を開始した。他大学への見学・勉強会参加を行い、システム上当院での導入は可能ではないかとの結論を得た。継続して次年度以降も取り組んでいくこととなった。
3	DNARについて多職種で検討する機会創出	DNAR (Do Not Attempt Resuscitate)のありかたについて、リスクマネジャー会議内のグループワークにて検討機会を設けた。多職種で協議を行い、診療科・部署によって認識が多岐にわたることが判明した。継続して検討を行っていく。
4	院内緊急安全情報の作成と配布	確認不足によるインシデント事例が、いくつかの部署から報告されたことを受けて、院内緊急安全情報を作成し、部署に配布した。
5	患者カルテ画面を閉じた際の参照画面の連動終了について	電子カルテ上、部門システム (画像など) の参照画面を患者カルテ画面の終了と連動して閉じるよう、システム担当と協働して設定した。
6	内視鏡室での処置前タイムアウトの実施	手技や鎮静など、手術により近い状況で行っている内視鏡室での検査・処置について、処置前タイムアウトの方法を多職種で検討し、実施を開始した。
7	業務改善報告書の提出	業務改善報告書について、診療科と中央部門を主に対象としてリスクマネジャーと協議しながら作成した。
8	非常勤医師に対するe-learning受講対応	当院では医療安全研修を原則としてe-learningで行っているが、非常勤の医師についても受講ができるような環境を、職員研修委員会と協議して整えた。今年度は196名を対象に実施した。
9	レジメンパラメータ入力画面の変更について	化学療法で使用するカルボプラチンに対する腎機能 (GFR) の入力画面を変更した。使用していない補正算出式削除や入力枠に注釈を加えた。
10	医薬品の保管管理に関する文書の作成と周知	他院での異物混入事件発生を受け、厚生労働省医政局総発の通知文を職員全体に配信した。併せて、院内掲示用ポスターを作成し、医薬品が定数保管されている箇所に貼付し周知を行った。
11	情報伝達に関する注意喚起ポスター作成	インシデント事例から、確認・復唱などの情報伝達を行うよう注意喚起目的のポスターを作成し、貼付・配信を行った。
12	妊婦手術時における胎児心拍確認開始と手順策定	帝王切開術を除く妊婦の手術において、原則として産科医師が術前術後で胎児心拍確認を行うこととした。手術時の安全チェックリストを一部改訂、かつ当直体制表に連絡先を記載した。
13	チーム医療研修の開催	チーム医療研修としてTeam STEPPS研修を2年前から導入し、今年度は3回行なった。そのほか12月に看護部と協働して、「多職種協働研修」を開催した。
14	禁忌等情報の入力についての周知確認	電子カルテ上、禁忌等情報入力のルールについて、確認・再周知の目的で、職員一斉通知を発出した。

	検討項目	改善検討内容
15	手術映像記録の利用ルール策定	全手術室術場・術野映像記録の導入に際し、映像保存基準を検討し策定した。また、手術部門運営委員会と協働して、手術映像保存依頼書を作成し、映像保存依頼の流れや保管期限等についても定めた。
16	医療安全推進週間での部署スローガン作成と優秀賞表彰	医療安全推進週間にあわせて、部署でのスローガン作成をリスクマネジャー会議で依頼した。作成されたスローガンについて同会議で投票を行い優秀賞を選出し表彰を行った。
17	ソフト凝固モードで電気メスを使用する際の対極板選択	術後に対極板貼付部に熱傷が生じた事例を受けて、電気メスでソフト凝固モードを使用する際には面積が広い対極板を試験導入することとした。
18	電気メスの取り扱いに関するe-learningコンテンツ配信	電気メスで職員がうけた電撃症事例をもとに、臨床工学技士と協働して作成した。手術にかかわる職員を対象として実施した。
19	病理検査結果の参照漏れ防止策作成	病理結果の参照漏れを防止するため、電子カルテ上の病理結果画面に「参照確認ボタン」を設置した。結果を確認したスタッフ医師がボタンを押下することで結果の既読・未読がシステムの的に把握できるようになった。
20	外来会計の流れと患者確認方法の見直し提案	外来会計部門での会計フローと患者確認方法について確認を行い、患者参加型の本人確認方法について提案を行った。
21	リスクマネジャー会議の活用方法検討	報告や周知など、安全管理室側からの一方向の発信ではなく、双方向での意見交換や、いわゆる「グッジョブ」な取り組みを意図的に紹介する取り組みを行った。
22	病理カセット用印字機導入	他院での報道事例を受け、当院病理検体の流れを確認した。標本作成までの検体取り違えを回避する手段の1つとして、カセット用の印字機導入を行った。