

平成29年度医療安全に関するワークショップ
平成29年11月21日 厚生労働省九州厚生局主催

～あの事件から学んだこと
そして皆さんと共有したいこと～



産業医科大学病院
看護部 看護師長
(前 医療安全管理者)
上中 香代子

当院のインシデントレポートの傾向

1位: 医薬品

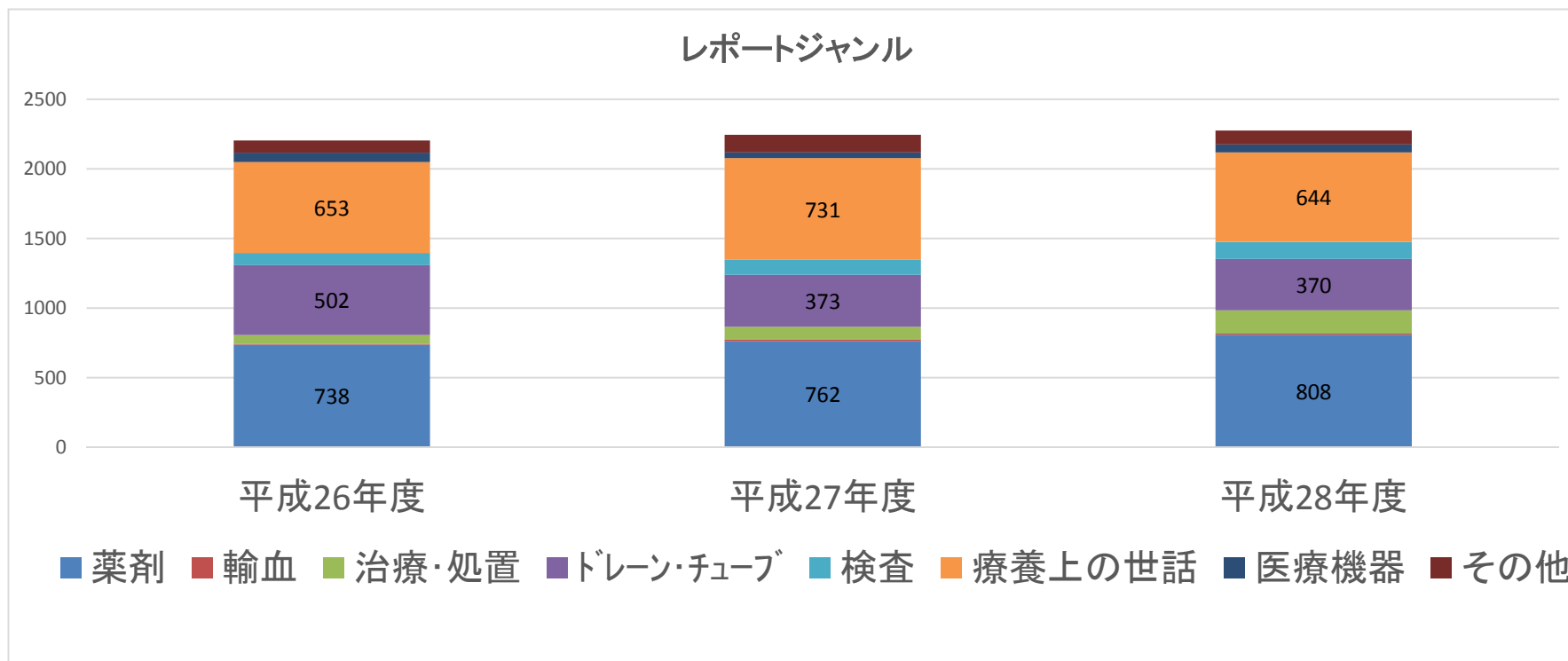
2位: 転倒・転落

平成28年度は「**医薬品に関する事故減少**」を目標に医療安全活動を実施

1. 自己管理薬の基準の見直し

2. 医薬品業務の**作業プロセスの現状把握と**

意識強化のための**院内巡視(4回/年)** テーマ「**医薬品の安全管理**」



平成28年度「医薬品の安全管理」の巡視内容(一部抜粋)

部署： 氏名：	チェック者：			
チェックを受ける側：（医師・看護師・技師・薬剤師・その他）				
部署経験年数（ ）年目				
項目	チェック内容	チェック	該当なし	<small>備考</small>
指示出し 医師	入力ミス防止策として、3文字入力を行っている	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/>	
	アレルギーを事前に確認して指示出しを行っている	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/>	
	口頭指示は緊急時以外行っていない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/>	
	口頭指示を行った時は口頭指示確認書を使用して復唱し、その後対症指示や診療記録に記載している	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/>	
	常に医薬品安全情報から情報を得ている	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/>	
	抗がん剤は他の医師とダブルチェックして処方している	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/>	
	初めて使用する薬剤の場合、添付文書を必ず確認している	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/>	

《A病院事件後当院の対応》

9月26日 専従部員の朝のミーティングでA病院の事件について情報共有
対策を協議

9月27日 看護師長会

A病院事件を受け

- ・医薬品の管理としてマニュアルの遵守状況を確認
- ・運搬の状況など実作業は未確認

9月29日 10月3日

臨時巡視実施

全部署対象に医薬品の管理状況などを確認

不適切部署は直接指導

10月4日 看護部に臨時巡視の結果を書面で報告

10月6・7日 医療法25条1項・3項立入検査(九州厚生局、北九州市保健所)

《北九州市保健所長より》

・A病院事件後の取り組みについて質問あり

上記臨時巡視結果について報告

・厚生労働省通知医政総発0726第2号の周知依頼

・病棟巡視

《A病院事件後当院の対応》

- 10月11日 ・看護師長会
臨時巡視の結果、立入検査結果について**周知**
- ・医療安全管理委員会
臨時巡視の結果及び立入検査結果を**書面報告**
- 10月12日 ・看護部事故防止リンクナース会
臨時巡視の結果について**説明、周知**
- 10月14日 ・医療安全管理部定例会議
臨時巡視の結果を**書面報告**
- 10月17日 ・セーフティーマネージャー連絡会議
立入検査結果について**書面報告、周知**
- 10月20日 厚生労働省通知医政総発0726第2号
「医療機関における患者等の安全の確保について」**周知**

事件発生



定数配置薬保管および麻薬保管 警察通報 健康が...

窃盗

再発防止策として防犯カメラ設置を行った
しかし事件当時は法定点検のため停電中で、
防犯カメラは作動していなかった

同日、投与中の点滴バックと未使用の点滴バック
に破損部位を発見

器物損壊

1
カ
月
後

翌日使用予定の点滴バック確認中に
未開封の点滴バッグの破損を発見

器物損壊

《 搜索 》

- ・点滴破損発見→警察→「器物損壊」「窃盗」疑い→搜索
 - *「管理体制を厳しく問われた」

*しかし病院は「無休」「無ストップ」
あの日から病院は・・・

治療・療養の場である病院が
あの日から「犯人探し」の場所へ

院内、病棟内→搜索現場
病棟名報道→患者安全は脅かされた
敷地内→報道記者侵入

入院患者を別病棟へ移動
「患者安全」

対応窓口の一本化
「職員安全」



《二次的被害》

1. 事情聴取の長期化

2. 疑心暗鬼

「この点滴大丈夫？」

「産業医大をずっと信じていたのに・・・」

「仕事をしていても、犯人のように見られるのが辛い」

「誰が・・・」

3. 風評被害

「この病院で治療を受けるのは不安です」

関係者の心身不調→産業医と面談(職員安全)
勤務調整

誰がリーダーなのか
矢面に立って誘導するのは誰???



現場の危機的状況

1. 否認(嘘だろ)
2. 怒り(なぜ私の時に)
3. 取引(私の身の潔白を認めて)→保身
4. 抑うつ(何もしたくない)
5. 受容

フインクの危機モデル	状況	介入
1. 衝撃	パニック、啞然、行動抑制 (何が起きたのかわからない)	心身的ケア・業務支援・ 役割分担
2. 防衛 (退行)	現実逃避・意欲の減退・部内の対立 支援者に丸投げ 情報の混乱 (外部からの支援を拒む)	情報を正確に発信 状況・経過説明 ありのままを受け入れ調整 現状の把握
3. 承認	悲しむ・抑うつ・怒り・衝撃的行動 (自分の役割を果たせなくなる)	問題解決できる支援 継続したサポート体制
4. 適応	新しい価値観 (具体的に行動する)	動機づけ 成果のフィードバック

《対策》

《医薬品管理》

- ①施錠(ICU・NICU・手術室は除外)
- ②ダブルチェック(受け渡し時:医薬品・鍵)
- ③注射カートの運用(運搬カートだけでなく、病棟保管庫として使用)
- ④外部委託業務の内容と運用を再検討
- ⑤定数配置薬の検討(種類・数・管理方法)
- ⑥従来の医薬品ルールの周知徹底
- ⑦医療安全情報で全職員へ伝達

ダブルチェック法DVDを作成
(e-ランニング環境整備)

《防犯》

- ⑧防犯カメラ増設
- ⑨時間外の面会証の発行
- ⑩ナースステーションの閉扉



《情報開示》

- ⑪院長より職員全体研修等で事例の経緯と対策を説明
- ⑫ホームページに事例の経過と対策を掲載



⑬ポジティブ表彰(職員全体研修)

- ・ポジティブレポート提出者
- ・研修会連続参加者
- ・転倒予防WGメンバー12年間永続委員
- ・DVD作成協力の大学視聴覚担当者
- ・転倒防止のための環境改善に協力していただいたコンビニ店

職員満足
→帰属意識
→チーム力向上

「あの研修終了後改めて本を読んで、知識がスムーズに入ってきた」
「30年以上勤務してきて、一番うれしかった」
「今まで頑張ってきたことが報われた」
「直属の上司も喜んでいた」

意識→継続→協働

従来の医薬品ルール周知の教材(一部抜粋)

1. 基本的な確認行為

《目的》

薬剤の誤認事故を防ぐ

《3回確認のルール》

- ① 薬剤を(未開封状態で)手にしたとき
- ② 薬剤を容器から取り出すとき
- ③ 薬剤の容器(空容器・空袋)を捨てる時

《6つのRight》

安全な薬物治療のための

6R プラス **A**

- ① Right client 患者
- ② Right drug 薬
- ③ Right dose 量
- ④ Right route 方法
- ⑤ Right time 時間
- ⑥ Right follow up 観察

プラス

A アレルギーの有無

2. 指差し呼称

《目的》不注意等のヒューマンエラーを防止する

《効果》

- ① 意識レベルが向上する
- ② 確認の制度が向上する
- ③ 認知機能が活性化する



指差呼称の効果検定実験結果



平成6年 (財)鉄道総合技術研究所

従来の医薬品ルール周知の教材(一部抜粋)

5. ユニットドーズシステム (与薬カート)

《目的》

患者毎に1週間分の薬を収納でき、
与薬時にベッドサイドに運び、
直前に確認できる、誤薬防止が出来る

《運用》

- ①1患者1引き出し ②施錠
- ③ナースステーション内保管し管理



6. 注射カート

《目的》

- ・注射薬の患者別、1施用別に保管できる
- ・1日毎、薬剤部より必要な薬剤が運搬できる

《運用》

- ①1患者毎の引き出し
- ②施錠管理
- ③準備室等の所定の決められた位置で保管



医療安全の基本は、ルールを理解と遵守、そして確実なコミュニケーションから!!



安全な医療現場は？

明けない
夜はないの
です!!



治療する側、受ける側、架け橋となるスタッフの
協働で築きあげられていくものです!!

- ①同職種間、他職種間、上下関係、医療者と患者間で
発言し合える関係づくり、コミュニケーションをとることが大切です
重要な情報に、「これくらい言わなくてもわかるかな？」は通じません

自分の「思い」・「気づき」
↓
勇気を持って「発言」

受け取り側は相手の「発言」を受け止め、
「思い」・「気づき」を言葉で繰り返す事で
共有する

発言しやすい風土

コミュニケーション成立

相手と同じ目線での会話

患者には安心感を与え、スタッフ間では円滑に
意思疎通が図れ、より良い環境が築かれます



- ②患者、家族参画での確認行為を行う～
指差し呼称で一つ一つの確認行為を行う

* 自分の行動を確実に！
* 患者の安全を意識して！
* 安全のために確認行為をしますと患者の前で発
声する！

私は指差し呼称を
行います



《新たに改善できたこと》

①業務工程の現状把握とその環境を見直せる機会

* 運搬方法→バーチカルコンベア・カート・人(3種類)

②包装等の改善

製造上、コスト面や作業改善を優先にした
「簡単に開けやすい」(目線は**作成する人**)

→衝撃に弱い、梱包や収納方法の問題

数十年見直されることはなかった
→大丈夫と思った
ヒューマンエラー

製造問題???

「より早く、より安く、より多く」

製造→生産(サービス・付加価値)

* 一体目線は誰に、

* 目的はどこにあるのか

* メーカーと一緒に改善(気づき→指摘→改善)

本来の目的:「患者に医薬品を安全に使用する」

本来の「~しやすい」状況はエラーを引き起こす落とし穴

医薬品管理とは……

医薬品管理とは……5S

1. 必要な**管理薬**を**(整理)**
2. **定位置**の場所に誰でもわかるようにする表示して**(整頓)**
3. 清潔に、**施錠**して保管して**(清掃)**
4. 汚れのないきれいな状態を**維持**する**(清潔)**
5. 誰でも実行できるように、**ルール化**して、**遵守**する**(しつけ)**

日頃からの現場を知るための巡視と
対話

医療安全としてエラーを防止するためには

- ①エラーが起きにくい条件の整備
 - ②守りやすいルールの整備
 - ③教育・訓練
- そして一番大切なのは「**対話**」

《病院全体としてさらに検討が必要と思うこと》

- ①医療現場は「人の連鎖」特有の環境
多面的に職場環境を考える
「作業環境」「作業手順」「相互支援」「メンタルヘルス」等
- ②一人で抱え込まない→職員相談窓口
- ③組織→ガバナンス
* 現場のサポート、協働で医療を提供する場づくりをする



《医療安全課題》

① WAI (Work-as-imagined): マニュアルと
WAD (Work-as-done): 実作業の相違

医薬品管理 → 鍵 (対策) ≠ 安全環境

(今回は本質を見直せないまま)

* 相互理解ための場づくり (対話力)

検査を受ける側: (医師・看護師・技師・薬剤師・その他)		検査者:	
氏名:		部署:	
検査を受ける側:		部署経験年数 () 年	
項目	チェック内容	チェック	該当なし
指示	入力ミス防止策として、3文字入力を行っている	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/>
指示	アレルギーマニエールを事前に確認して指示を出している	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/>
医師	口頭指示は緊急時以外行っていない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/>
医師	口頭指示を行った時は口頭指示確認書を使用して復唱し、その後対応指示や診療記録に記載している	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/>
	常に医薬品安全情報から情報を得ている	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/>
	抗がん剤は他の医師とダブルチェックして処方している	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/>
	初めて使用する薬剤の場合、添付文書を必ず確認している	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/>

② イレギュラーなこと (緊急時等) への対応

「誰が現状を把握し、導くのか」

* リーダーの存在

③ 出来ない理由は受け入れられない

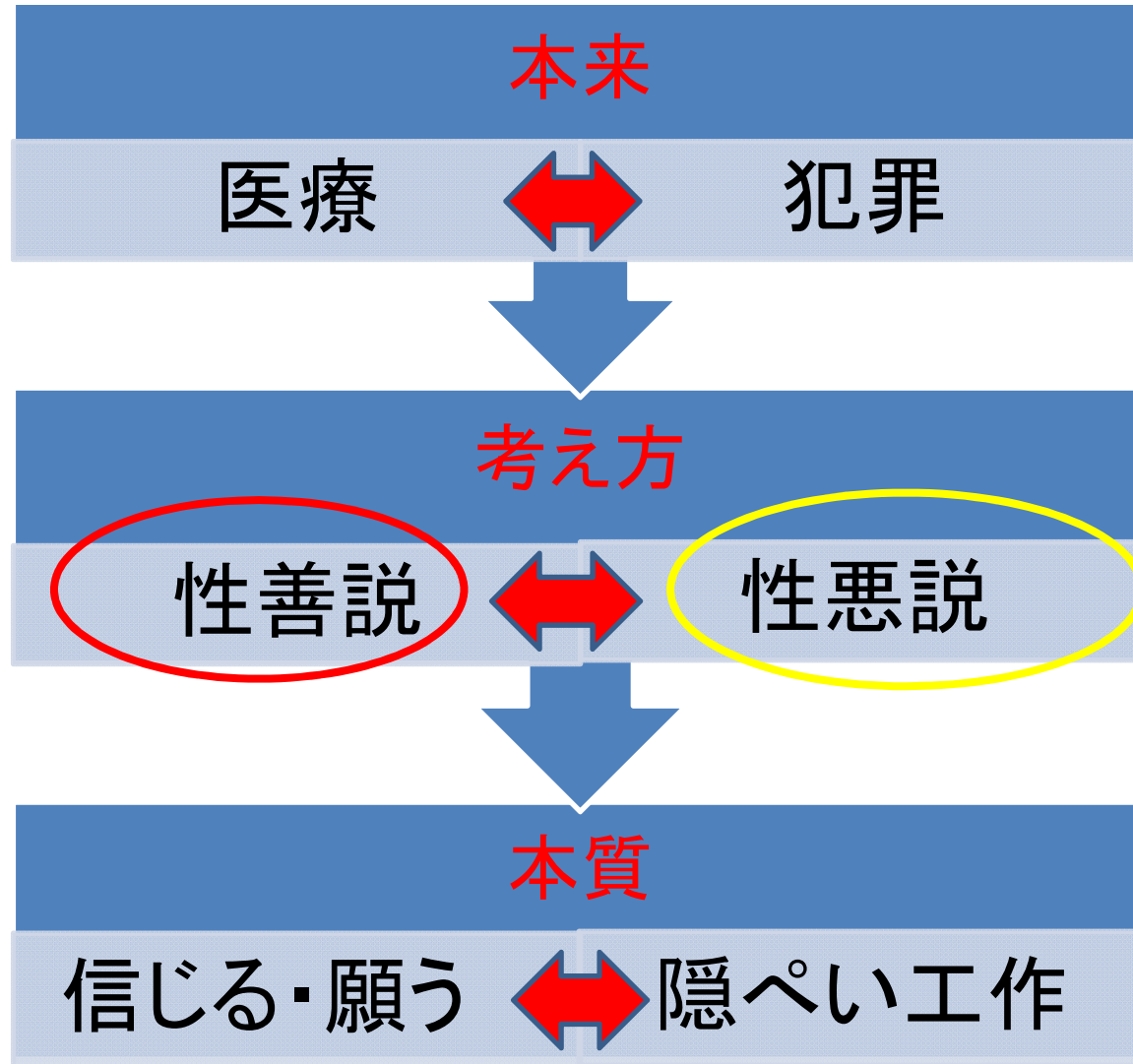
「責める社会」ではなく「改善できる

→ 「現状を把握《事故防止》」

* 透明性と患者・職員の保護



倫理観高く、利益を目的としない
お互いの信頼関係で成り立っている



「疑ってかかる」「批判する」

後天的習慣すなわち「経験」を次に繋げる環境を整えないと
保身的態度や隠ぺいするようになり、善→悪となりえる危険がある

医療安全

1. 患者安全
2. 職員安全

倫理観

環境

人

情報

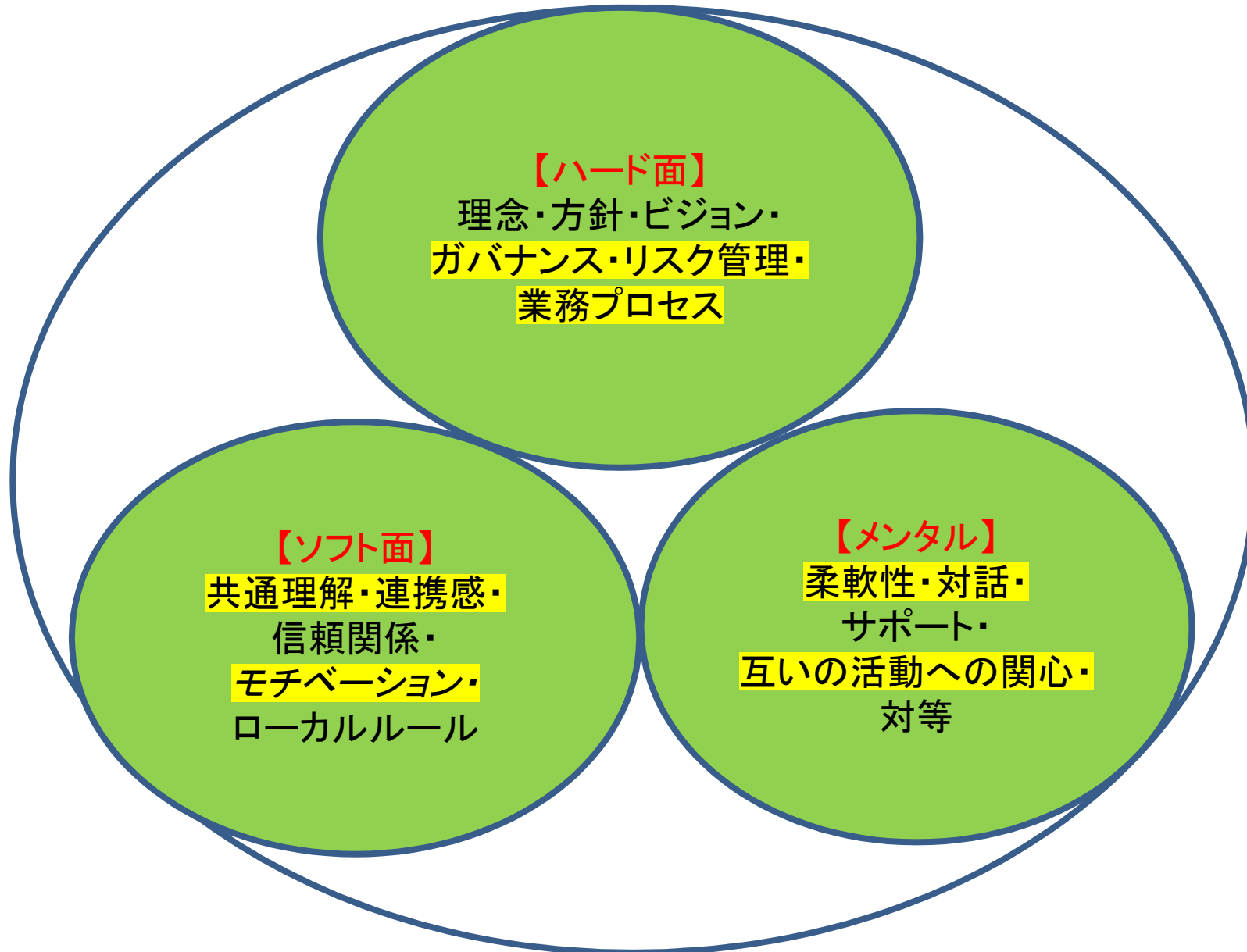
緊急事態対応への備え
1. ガイドライン
2. マニュアル作り

倫理観・道徳・社会性

防犯

一般的な解決法では
予防できない

医療安全として安全風土作り



今回の事例で実感したこと

1. 予見不可能な故意は防ぐ手段がない

→医療安全上の問題ではない

2. 医療は直線システムではなく、複雑システムの中で行われている

「業務工程は変更される」「業務中断が多い」「不安定な状況が多く存在する」
「人や物の変化する」など

→情報の共有と対応が必要

* 日常業務活動を知る

* 安易に結論・対策を出さず、背後にある深い因子を探す



3. 組織は人の集合体である

1) 組織として**強い信念**で対応する(連帯感・チーム感・リーダーシップ)

2) 誠意(性善説)をもって**真摯**に対応する(変化に注意を払う)

3) **透明性**を保ちながら、対等な会話(信頼関係)

* 情報の遮断が憶測を呼び、リスクを拡大する

4) 互いの考えを**尊重**し、組織として**風土変革**(安全風土作り)

* できないことより、できることに焦点を当てる

* 医療犯罪の考え方を組織で考える機会(緊急事態の対応の備え)

ご清聴、ありがとうございました

