

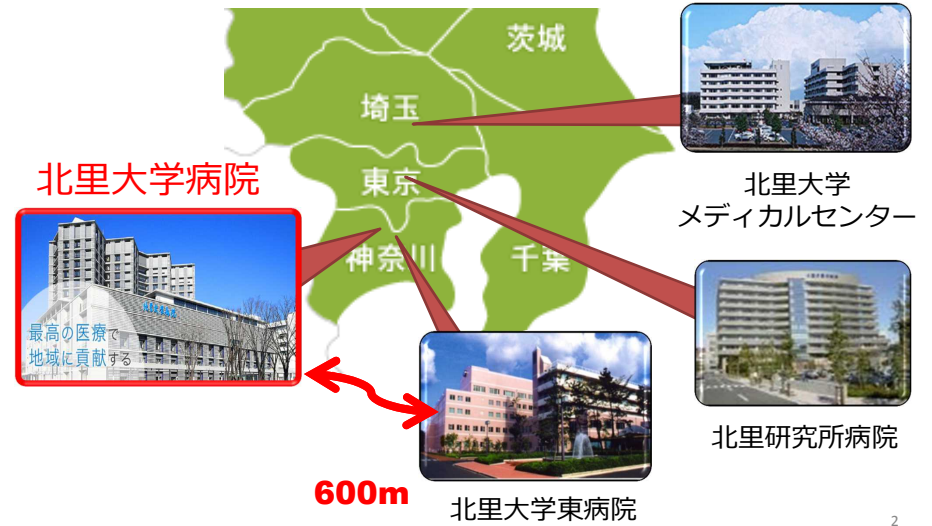


## チームで取り組む医療安全 専門性の相互理解と共有

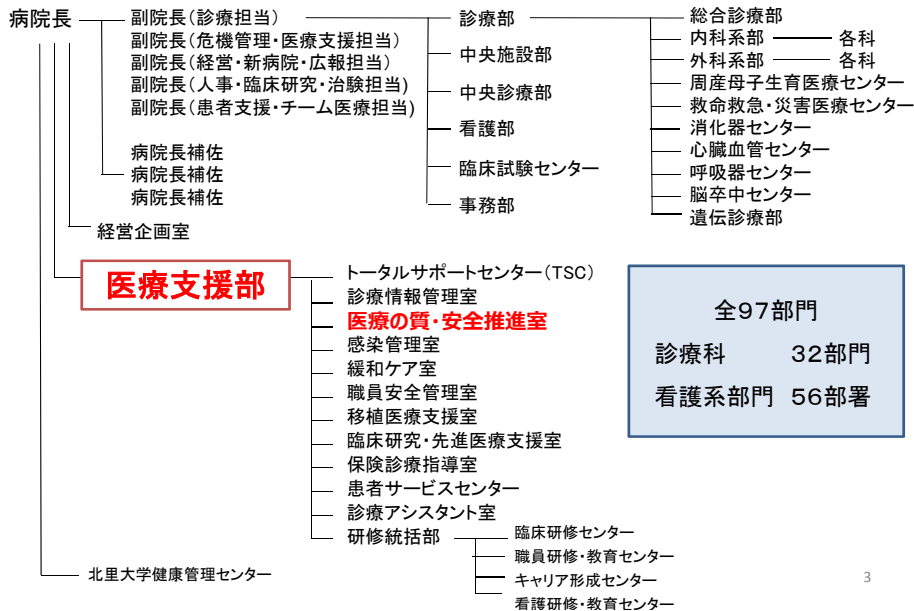


北里大学病院 医療の質・安全推進室  
医療安全管理者 荒井有美

## 北里大学病院群



## 医療安全管理部門の組織位置づけ



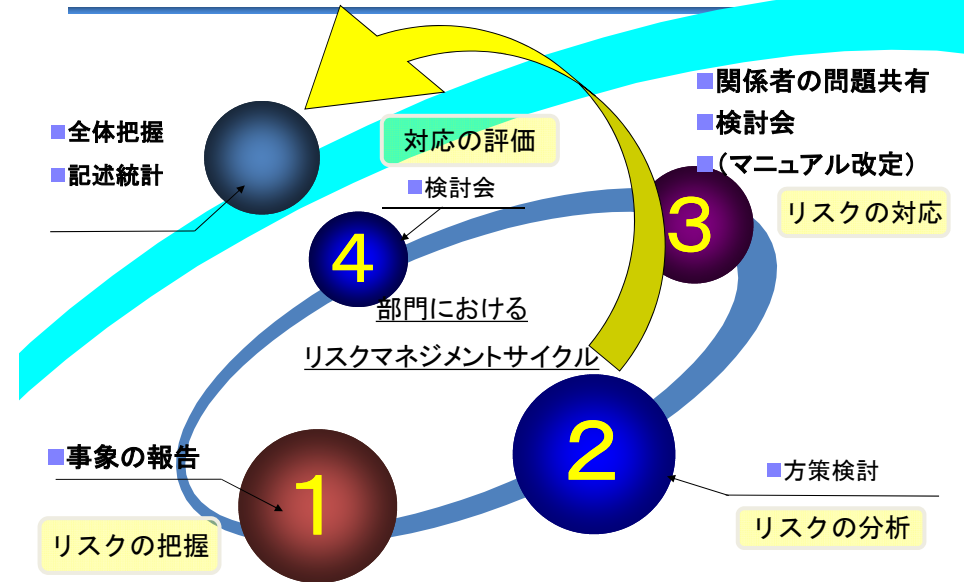
## 本日の内容

### チームで取り組む医療安全

- 当院における医療安全の取り組み
- 専門性の相互理解と共有
- 多職種連携の実際



# 医療安全におけるマネジメント



## 当院における医療安全の取り組み

## インシデント報告システム

院内各所のPC(イントラネット)から操作可能なシステム

インシデントレポートシステム  
SafeProducer  
Power by SafeProducer®  
管理者ログイン

メニュー

- 指針・運用ルール
- 組織・体制
- 目標・内部評価
- 対策マニュアル
- 医療安全ニュース
- 公開報告
- 要因分析
- FAQ

**インシデント報告**    **マイれぽ**

- 報告システムの目的 → 医療システムの改善・再発防止
- インシデントの報告基準 (インシデントの定義)
- 報告者免罪の周知
- 入力項目・報告書のフォーマット
- 集計・分析方法 → 事例要因解析 or 統計解析

## 現場からPC入力による報告システム

● レポート表示

印刷する    戻る    トップ

レポート番号: 200909-0000010

発生日時	2009/09/02 01:00:00
発生場所	放射線科病室
当事者の職種(作務)	看護師
当事者の経験年数	3年
当事者の担当部署(科)	5年
事例に關する関係者職種	医師
患者の年齢(2歳以下は月齢を選択)	05歳
患者の所属場所	内科
事例に關する疾患および既往症	無し
発生事例レベル	0-2(実際に発生は行われなかったが、実施されれば、レベル2~3が考慮される)
関連する医療行為	注射・点滴
エラーの形態	量ミス
事例の経緯(誰が(か)やる動作、誰が(何を)指示、何を(見た)か、いつに(書かれた)か)	量ミス、△△△△薬を10ml→15mlと多く投与してしまつた

新コメント

コメント: 投与者の誤り 病棟病室 実施時に患者と患者管理に印刷しての字確認方法の不徹底

新コメント

投稿者: 医療安全管理室 ●●●●● 2010年 08月 08日 回答する 削除する

指示出し、指示受けの方法につき一度部内レビューを実施ください。実施結果を医療安全管理室に連絡ください。

投稿者: ER 部門リスクマネージャー 2010年 08月 08日 回答する 削除する

部内意見交換会を実施します(8/2)

投稿者: 医療安全管理室 ●●●●● 2010年 08月 08日 回答する 削除する

意見交換の結果は、8/7までにお戻しします。

投稿者: ER 部門リスクマネージャー 2010年 08月 08日 削除する

了解!

- ① 発見者や関係者がそれぞれが入力
- ② 現場のリスクマネージャが確認と対策
- ③ 医療安全管理者

# インシデント・トリアージ

## ■ リスクアセスメントの過程

- 潜在的な危険性を見出し  
適切な対策を講ずる手段

- 院内でのリスクが明確になる
- リスクに対する認識が共有できる
- 対策立案の優先順位が決定できる
- 根本的な解決ができない場合  
→ 残留リスクを意識できる

参考: 中央労働災害防止協会  
<http://www.jisha.or.jp/oshms/ra/about01.html>

9

# トリアージの類型

## Every day

医療の質・安全推進室 レポートミーティング  
(医療安全管理者2名・専従看護師・専従薬剤師)

## Weekly

管理室ミーティング、薬剤ミーティング、  
部門別ミーティング、事例検討会

## Monthly

リスクマネジメント委員会  
各ワーキング・プロジェクト、公開事例検討会

# Every day : レポートミーティング

- トリアージポイント
- 緊急性
- 影響度
- 対応方法

レポートの主な要因

- 患者誤認・誤った行為
- 行うべき行為の不履行
- 多職種連携・情報共有 (コミュニケーション)
- 周知不足
- システム

11

# Weekly : 部門別ミーティング

- 情報共有
- 運用調整(可能な範囲での対応)
- 委員会への提案

ナレッジマネジメント Knowledge Management

“知識”の発見、蓄積、交換、共有、創造、活用を行うプロセスを体系的にマネジメントし、共有資産とする手法。

主に暗黙知を形式知に変換することによって、知識の共有化、明確化をはかり、作業の効率化や新たな発見を促し、組織全体の知識強化を目指す

12

# ペンギンがくれたヒント



## 変革を成功させる8段階のプロセス

1. 危機意識を高める。
2. 変革推進チームをつくる
3. 変革のビジョンと戦略を立てる
4. 変革のビジョンを周知徹底する。
5. 行動しやすい環境を整える。
6. 短期的な成果を生む
7. さらに変革を進める
8. 新しい文化を築く

# 「危機意識を高める」①

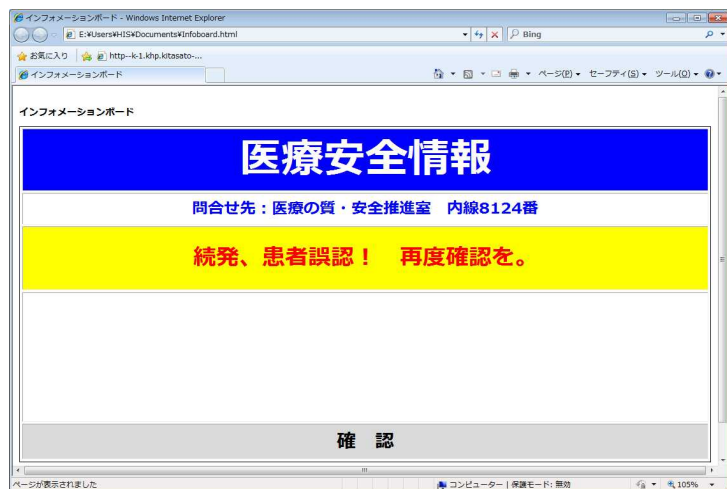


## 「ニュース」コンセプト

- ✓ **Artistic**
  - カラー印刷
  - 写真・図を多用する
- ✓ **Biweekly**
  - 発行は2週間毎
- ✓ **Compact**
  - A4用紙に収まる大きさで

# 「危機意識を高める」②

電子カルテをログインすると必ず起動する画面



## 多職種連携の実際



# ペンギンがくれたヒント



## 変革を成功させる8段階のプロセス

1. 危機意識を高める
2. 変革推進チームをつくる
3. 変革のビジョンと戦略を立てる
4. 変革のビジョンを周知徹底する。
5. 行動しやすい環境を整える。
6. 短期的な成果を生む
7. さらに変革を進める
8. 新しい文化を築く

# 多職種連携

- 専門性を高めたチームの介入を推進・業務分担
  - 患者の状況に的確に対応した医療を提供する
- チームでインシデントを分析・対策
  - さまざまな角度で分析・原因究明できる。
  - 職種の違いは、より多角的に問題解決の糸口を見つけやすくなる



- 転倒・転落防止WG
- 投薬・注射WG
- 呼吸療法サポートチーム
- 深部静脈血栓症防止WG
- 全14チーム（平成27年5月）

# 促進的インシデントモニタリング

(Facilitated incident monitoring)

- 再発防止の観点からインシデントを特定、処理、分析、報告する制度
- より多くのインシデントを特定し、医療の改善という観点から分析するためのプロセス
- 医療チームが継続的に行っていくべき活動



WHO(世界保健機構)2001年  
WHO患者安全カリキュラムガイド多職種版

# 報告項目を検討する-トピックス事例-

# DPCにみる当院のポジション

■ 平成23年度 DPC導入の影響評価に関する調査結果について( 1,634 病院)

■ 「高度医療」の件数

施設名	総数	手術	化学療法	放射線療法	救急車搬送	いずれか有	全身麻酔
北里大学病院	19,271	8,725	3,171	569	1,716	13,129	3,924
	12 位	25 位	10 位	19 位	131 位	11 位	35 位

# プロジェクトの位置づけ・メンバー

リスクマネジメント委員会の下部組織

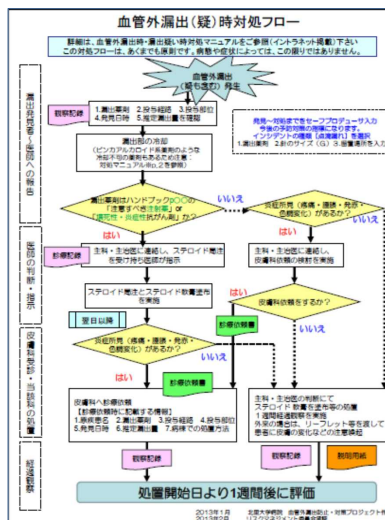
構成メンバー

- 外科医師
- 内科医師
- 皮膚科医師
- 薬剤師
- がん看護専門看護師
- がん化学療法認定看護師
- 皮膚・排泄ケア認定看護師
- 放射線看護師

# 取り組みを可視化する

■ インシデント報告から、  
リスクファクターが明確になる。

- 針の種類、太さ
- 誘因薬剤
- 穿刺部位
- 症状
- 対策を立案・検討していく上で貴重な資料となる。



# レポートからの情報をリーフレットに反映

**一緒に観察していきましょう**

**寝ている時でも...**  
睡眠中でも、点滴が漏れていないか観察させていただきますので、ご了承ください。



**血管が弱くなることも...**  
糖尿病・高血圧などの既往のある方、繰り返し抗がん剤治療を行っている方、高齢の方は、特に血管が弱くなっている可能性があります。したがって、十分な観察を必要としますので、ご理解ください。



ります。

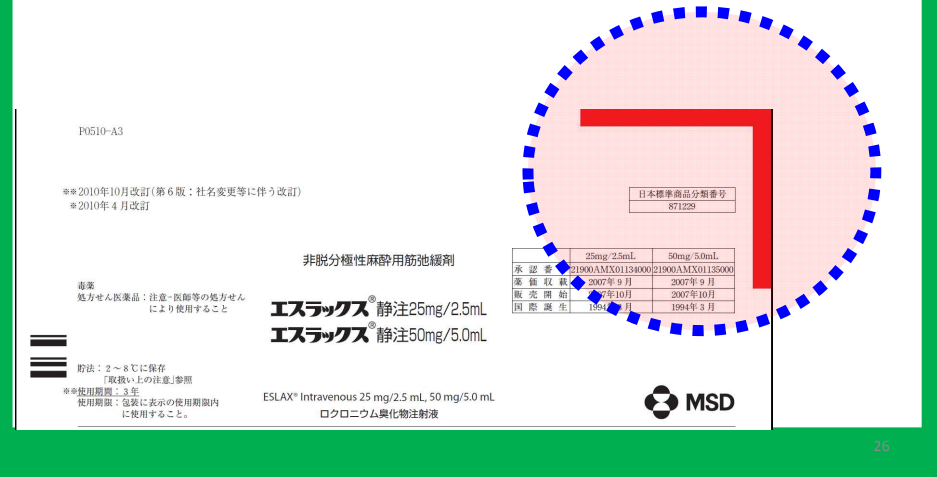
**点滴中のトイレ・食事**  
点滴の針先が動くことで、血管外漏出を起こす場合があります。治療中は点滴部位は、できるだけ動かさないように気をつけましょう。  
→トイレは、点滴治療前に済ませておいてください。  
→トイレや食事などで移動される場合は、必ずスタッフに伝えてください。

## 専門性の理解と共有

25

## 問題

- 1.医薬品添付文書の右上縁に「赤色の帯」(図参照)が印刷されている意味は？



26

## 添付文書の記載項目

作成又は改訂年月(版数) 貯法,取扱以上の注意等 規制区分	薬効分類名 販売名 日本薬局方等の名称 一般的名称 欧文名	日本標準商品分類番号 承認番号 薬価基準収載年月,販売開始年月 再審査・再評価結果の公表年月 効能・効果の追加承認年月等
<b>警告</b> 禁忌 (原則禁忌)	高齢者への投与 妊婦,産婦,授乳婦等への投与 小児等への投与 臨床検査結果に及ぼす影響 過量投与 適用上の注意 その他の注意	薬物動態 臨床成績 薬効薬理 有効成分に関する理化学的知見 取扱い上の注意 承認条件 包装
組成・性状	併用禁忌	主要文献及び文献請求先
効能・効果 効能・効果に関連する使用上の注意	併用注意	長期投与医薬品に関する情報
用法・用量 用法・用量に関連する使用上の注意	副作用 重大な副作用 その他の副作用	製造業者又は輸入業者の氏名 又は名称及び住所

27

右上縁に赤色の帯が印刷されていたら、  
「警告」が記載されている！

添付文書を手にしたら  
まず右肩をチェック！

成分		フルカリック1号輸液	フルカリック2号輸液
有効成分	ブドウ糖	240 g	350 g
	シラ酸ナトリウム液	13.44 g	13.44 g
	(シラ酸ナトリウムとして)	(6.72 g)	(6.72 g)
	グルコン酸カルシウム水和物	3.812 g	3.812 g
	塩化ナトリウム	2.336 g	2.336 g
	酢酸カルシウム	2.336 g	2.336 g
	リン酸二水素カリウム	2.200 g	2.200 g
	塩化マグネシウム	2.034 g	2.034 g
	塩化カルシウム	1.492 g	1.492 g
	硫酸亜鉛水和物	11.6 mg	11.6 mg

28

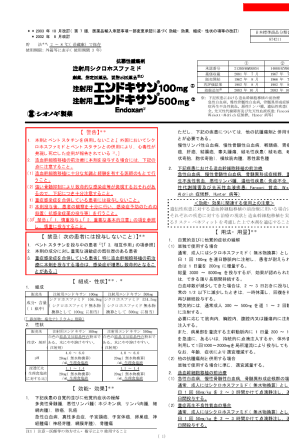
# 警告 (赤枠,赤字で記載)

致死性的又は極めて重篤かつ非可逆的な副作用が発現する場合、または現れた副作用によって重大な事故につながる可能性があり、特に注意を喚起する必要がある場合に記載



- ✓非常に重要で注意すべき情報
  - ✓新たに掲載される場合
- 緊急安全性情報** が発行

# 医薬品添付文書の視点



**医師**  
 効能・効果、用法・用量

**看護師**  
 適応上の注意、副作用

**薬剤師**  
 薬物動態、薬効薬理

職種によって異なる

## 現場の継承的なマニュアルから エビデンス重視の手順書に刷新



各科, 各病棟, 各部門の  
 マニュアルを集約



多職種間で話し合い作成  
 業務プロセスを勘案して作成

## ペンギンがくれたヒント



### 変革を成功させる8段階のプロセス

1. 危機意識を高める
2. 変革推進チームをつくる
3. 変革のビジョンと戦略を立てる
4. 変革のビジョンを周知徹底する。
5. 行動しやすい環境を整える。
6. 短期的な成果を生む
7. さらに変革を進める
8. 新しい文化を築く



# セクショナリズムの反省と否定

## ■ セクショナリズム？

- 個々の部門で考えるよりも、全病院で知恵を出し合う

## ■ 横断的問題解決のメリット

- 専門外の知識教授（発想転換へ）
- それぞれの知らない部分を理解する
- 問題解決の柔軟性、即効性、実効性



## ■ 組織全体の知識強化 Knowledge Management

## ■ 医療水準の向上

33

# 事例「ある、やり取り」

配合変化のある2種類の薬を1ルートで投与したい。  
医師が、薬剤師に問い合わせを行なうと

薬剤師 「別のルートを作ってください。」

医師 「高齢でこれ以上末消血管の確保は難しい。」

薬剤師 「そう言われても、配合変化があるので・・・」

34

## 情報提供

ルートが  
あるのなら

お年寄りで  
あるのなら

その既往で  
あるのなら



35

## メンタルモデルの共有

意図した通りのメッセージが相手に伝わらない

大丈夫じゃないの？  
様子みたら？

3号室の荒井さん  
具合が悪そうなん  
ですけど・・・



メンタルモデルが共有されていない

36

# 職種連携はチームワーク

チームSTEPPS (チームトレーニング)



WHO(世界保健機構)2001年  
WHO患者安全カリキュラムガイド多職種版

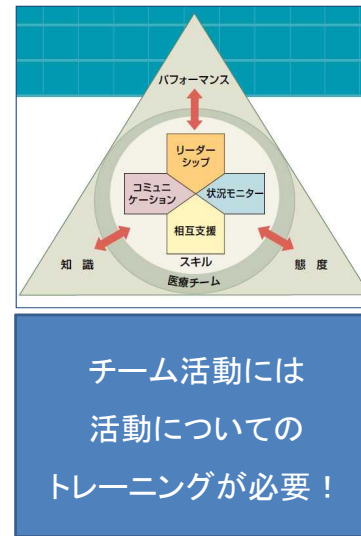


- “チームとは、  
意見の一致を得るためのものではない。  
**最良の答えを求めるためのものである”**
- “対立が起きた場合には、  
「誰が」正しいのではなく、患者さんにとって**「何が」正しいかに集中する”**

チームの中でいかに専門性を発揮していくか？

# チーム力を高めるツールと戦略

Team STEPPS®



Team  
Strategies and  
Tool to  
Enhance  
Performance and  
Patient  
Safety



## チーム STEPPS 参加要件チェックリスト

- 組織の上層部は、組織文化の改善と、チームSTEPPS活動の導入および継続維持のため支援をしてくれますか？
- あなたの組織は、チームTEPPSのインストラクターとして貢献し得る、**必要な姿勢と特性を持った十分な数の職員**を提供してくれますか？
- あなたの組織は職員に**トレーニングに参加する時間**を与えてくれますか？

他、9項目“NO”の数が3つ以内でなければ導入不可



## ペンギンがくれたヒント



変革を成功させる8段階のプロセス

1. 危機意識を高める
2. 変革推進チームをつくる
3. 変革のビジョンと戦略を立てる
4. 変革のビジョンを周知徹底する。
5. 行動しやすい環境を整える。
6. 短期的な成果を生む
7. さらに変革を進める
8. 新しい文化を築く

## Key Metric ! How to measure?

### ■ インシデントレポートデータ

「情報伝達不足・連携不足」の減少

「レベル0」の増加 「レベル3b」の減少

### ■ RRTコール数

### ■ 疑義照会数、等

The ratio of We's to I's is the best indicator of the development of a team.  
-Lewis B. Ergen-  
“私”というより“私達”と使っている割合が、チームの発展を示す最も良い指標である Team STEPPS® INSTRUCTOR GUIDE AHRQ & DOD

41

## 事例：「RRT（Rapid Response Team）」

部署名	RST/RRT室
設置時期	2011年4月（2006年～RST）
構成員	医師13名（麻酔科、救急）、理学療法士1名 看護師2名、事務1名（専従4名）
活動目的	呼吸状態の早期悪化症例への相談 →予期せぬ院内死亡の減少

- 患者にとって必要な医療へ繋げること
- 専門性と実践能力で橋渡し

42

## 研修会の実施

医療法第6条10に基づく医療安全講演会

医療安全研修会

リスクマネジャー研修会

職場出張研修会

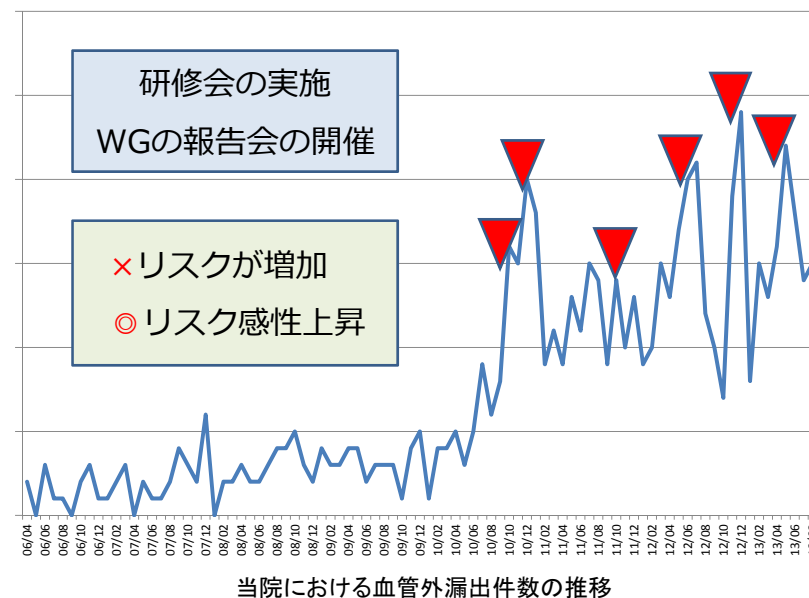
セミナー  
実技講習  
体験講習

約40回/年  
年度初めに予定を公表

インシデント報告から得られた知見を組織全体で学ぶ

43

## 研修会開催とインシデント報告数



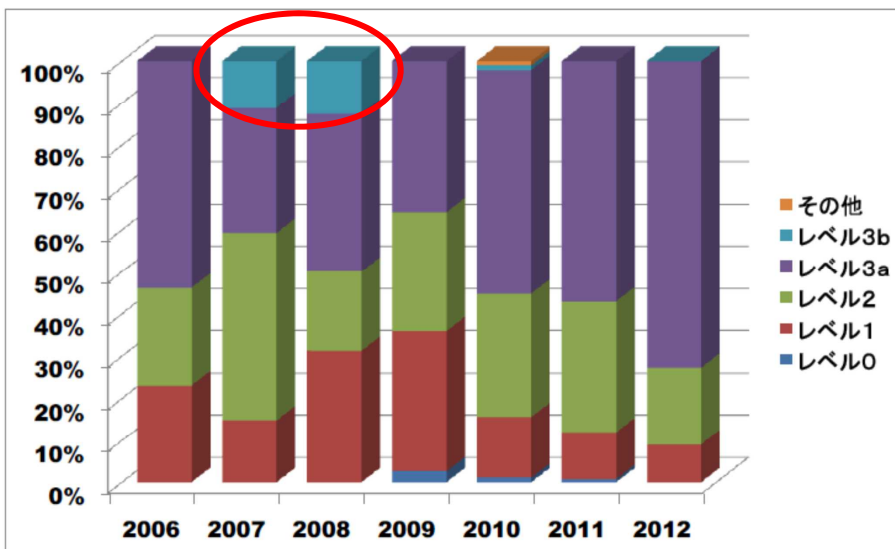
44

## インシデントレポートから 安全の視点で見直す

- 採用薬剤の見直し
- 病棟での保管方法の工夫
- 疑義照会のあり方(薬剤部と病棟の双方向)
- 患者への情報提供のあり方
- 職員研修等のあり方

医薬品の適正使用を考えるには  
インシデントレポートからの情報も重要に

## 患者影響度の年次推移



2006年4月～2012年3月まで

45

46

## ペンギンがくれたヒント



### 変革を成功させる8段階のプロセス

1. 危機意識を高める
2. 変革推進チームをつくる
3. 変革のビジョンと戦略を立てる
4. 変革のビジョンを周知徹底する。
5. 行動しやすい環境を整える。
6. 短期的な成果を生む
7. さらに変革を進める
8. 新しい文化を築く

47

## 安全な医療環境にするために

### Software

教育・訓練  
マニュアルの整備



### Human

健康確認  
KYT  
指差し呼称



### Hardware

機器の整備  
システム工夫



トータルな取り組みが必要

48



# エラー防止するために

- 専門職としての正しい知識を持つ
- 疑問を解決する知恵を持つ

「いかに適正な医療を実施するか」



これまでのやり方を再考する機会を作る

# 院内認定制度

院内認定システム・シール・スタンプカードの活用



# ペンギンがくれたヒント



## 変革を成功させる8段階のプロセス

1. 危機意識を高める
2. 変革推進チームをつくる
3. 変革のビジョンと戦略を立てる
4. 変革のビジョンを周知徹底する。
5. 行動しやすい環境を整える。
6. 短期的な成果を生む
7. さらに変革を進める
8. 新しい文化を築く

# 入院患者用のリーフレット作成

**抗がん剤点滴治療を受ける方へ**

患者の皆さまと病院職員のパートナーシップ

当院では患者の皆さまと病院職員が協力し合い、より安全な治療が受けられるよう取り組んでおります。このリーフレットは、特に点滴治療中に生じやすい血管外漏出(点滴もれ)の注意点を患者の皆さまに守って頂きたいことをまとめました。ご協力をお願いします。

北里大学病院

点滴による抗がん剤治療を受ける上で、注意が必要なことに「血管外漏出」があります。

血管外漏出とは

抗がん剤が血管の外に漏れることで、組織の障害(炎症、壊死(細胞の一部が壊れること))などをもたらすことです。抗がん剤は、血管外に漏れた直後は、無症状あるいは、次のような皮膚症状が出現することがあります。

**発赤** **腫れ** **痛み**

このような症状が悪化し、数時間～数日後に、水疱(すいほう)→潰瘍(かいよう)→壊死(えし)へと進行していきます。

**!** 点滴中に以下のような症状が出現した場合は、すぐにスタッフに教えてください。

●点滴の針が入っている所

**発赤** (皮膚が赤くなる) **腫れ** (違和感) **痛み** (ヒリヒリした感じ)

# 病院という組織の特性

専門的職能を持つスタッフが職種部門を形成

医療の提供は、多職種の専門家の協働作業である。



それぞれの立場で、認識や常識は驚くほど異なる

連携には：各部門で発生した情報を正確に



それを、正確かつ迅速に伝達し、共有することが不可欠。

# 医療材料の破損の報告例



点滴ルートの確認中、亀裂を発見する。  
肉眼では亀裂が確認できなかったが、  
生食を入れたところ、薬液が漏れ、  
亀裂があることを確認する。

### インシデントの種類

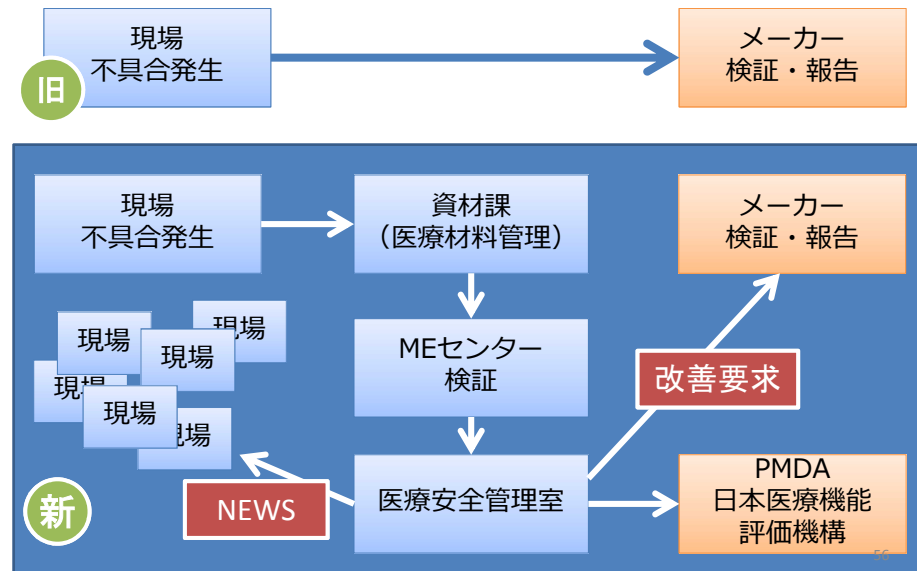
- 患者誤認 **必須** **※やり直す**
- 有  無
- インシデントの種類 **必須** **※やり直す**
- インシデントの内容により、薬剤情報、物品情報も入力
- 指示出し 指示受け
- 情報伝達
- 手薬準備
- 手薬
- 調剤・製剤管理
- 手術
- 麻酔
- 治療
- 処置・救急処置
- 診察一般
- 医療用具
- ドレーン・レオト管理
- 検査
- 療養上の世話・療養生活
- 転倒・転落
- 給食・栄養
- 物品搬送
- 放射線管理
- 診療情報管理
- 患者・家族への説明(同意書を含む)
- 施設・設備
- 暴力・暴言 (相談したい場合、人権侵害相談窓口にお問い合わせください)
- その他

### 現場で発生したインシデントの種類

- 人工呼吸器
- 除震療法機器
- 麻酔器
- 人工心臓
- 除細動器
- IABP
- ベースメーカー
- 輸液・輸注ポンプ
- 経管栄養ポンプ
- 血液浄化用機器
- インキュベーター
- 内視鏡
- 麻酔持続吸引機
- 心電図・血圧モニター
- 輸血
- バリスオキシメーター
- 検査機器
- その他

医療用具一販売名 医療用具一製造業者名 医療用具一購入年	諸物品一販売名 諸物品一製造業者名 諸物品一購入年
------------------------------------	---------------------------------

# 不具合材料の対応



## ペンギンがくれたヒント



### 変革を成功させる8段階のプロセス

1. 危機意識を高める
2. 変革推進チームをつくる
3. 変革のビジョンと戦略を立てる
4. 変革のビジョンを周知徹底する。
5. 行動しやすい環境を整える。
6. 短期的な成果を生む
7. さらに変革を進める
8. 新しい文化を築く

57

## メディケーションエラー防止のポイント

あれ？



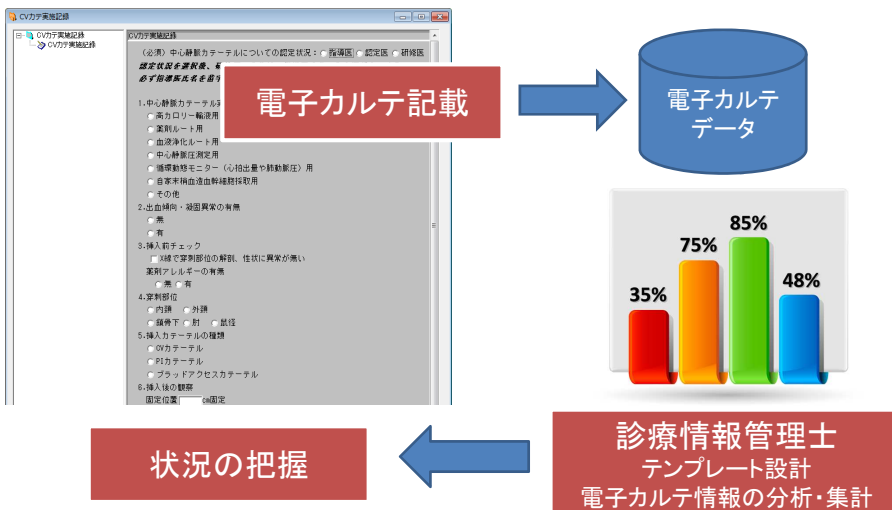
Know Howから、Know Whyへ

解決してなくては実施できない！  
「なぜ？」「どうして？」は解決しましょう！

58

## 実績評価：電子カルテの活用

テンプレートで選択された情報は、カルテ記載とともに、データベースに記録



59

## ペンギンがくれたヒント



### 変革を成功させる8段階のプロセス

1. 危機意識を高める
2. 変革推進チームをつくる
3. 変革のビジョンと戦略を立てる
4. 変革のビジョンを周知徹底する。
5. 行動しやすい環境を整える。
6. 短期的な成果を生む
7. さらに変革を進める
8. 新しい文化を築く

60

# チーム医療とは？

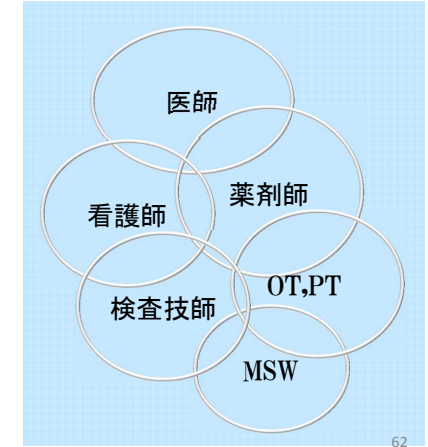
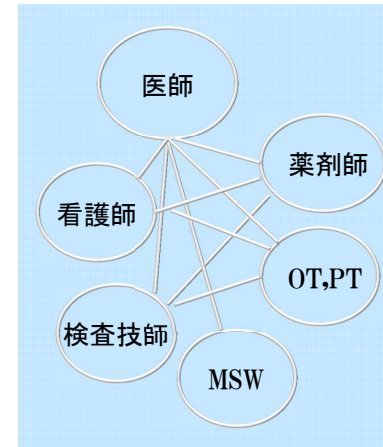
## ■ チーム医療とは、

- 医療に従事する多種多様な医療スタッフが、各々の専門性を前提に、目的と情報を共有し、業務を分担しつつも互いに連携・補完し合い、患者の状況に的確に対応した医療を提供する。

2010年厚生労働省作成チーム医療の推進に関する検討会報告書より

# チーム医療の実践のイメージ

新たな“つながり”を持つことよりも  
本来の役割を高めることではないか？



# 患者参加型の取り組み

### 安全な医療を受けるために

患者の皆さまと病院職員のパートナーシップ

北里大学病院は、「患者中心の医療」に力を入れています。このリーフレットは、患者の皆さまと病院職員が協力し、より安全で安心できる医療を受けるための取り組み、皆さまのご理解とご協力をお願いいたします。

北里大学病院  
各ワーキングの検討結果を反映

リーフレット

#### 患者さんの氏名確認にご協力ください

- 診察室に入られたら、医師にあなただの氏名をお伝えください。
- 職員は、さまざまなところであなたの氏名を確認いたします。
- ご自分の氏名と違っていませんか、あなたご自身も確認をお願いします。

#### 10 医療機器に関するお知らせ

医療機器には不意に手を触れないようにお願いします

- 医療機器は、精巧に作られています。操作パネルや付属品に手を触れないようにお願いします。さらに医療機器や付属品に水をこぼしたくないようにご注意ください。
- 携帯電話や携帯ゲーム機、パソコンなどは、医療機器の周りに近づかないでください。医療機器の周りに近づくと、医療機器の動作に影響を及ぼす可能性があります。医療機器の周りに近づかないでください。
- 医療機器の周りに近づかないでください。医療機器の周りに近づくと、医療機器の動作に影響を及ぼす可能性があります。医療機器の周りに近づかないでください。

#### 転倒・転落の危険防止にご協力ください

入浴中は濡れた履物の上、着衣や体幹の硬化などにより、転倒やベッドからの転落には十分に注意をお願いします。

- 転倒・転落により、患者さんのもとでの病状が急変や生命にかかわる重大な状況がもたらされます。
- 転倒・転落は、本来の治療や検査に必要な力が弱くなる場合があります。
- 転倒・転落は、医療機器の故障や破損の原因となります。
- 転倒・転落は、患者さんご自身の安全や健康に悪影響を及ぼす可能性があります。
- 転倒・転落は、患者さんご自身の安全や健康に悪影響を及ぼす可能性があります。

タブレット端末

# まとめ

- 職種の違いは、多角的な問題解決の糸口になる。
- 専門性は、多職種が協働することで、さらに発揮される。
- 多くの職種が医療安全に直接関与によって、knowledge managementの考え方にに基づき、病院全体の安全文化の醸成が図られるよう努める。



## チームで、話し合う！



65

## 参考文献・資料

1. 種田憲一郎:チームとしてのよりよいパフォーマンスと患者安全を高めるためのツールと戦略、医療安全、2010
2. Agency for Healthcare Research and Quality Department of Defense : Team STEPPS 06.1 INSTRUCTOR GUIDE
3. 山内豊明、荒井有美:医療安全 多職種でつくる患者安全をめざして、南江堂、2015
4. ジョン・P・コッター:カモメになったペンギン、ダイヤモンド社、2009.
5. WHO患者安全カリキュラムガイド多職種版 2011 東京医科大学

66