

チームで取り組む医療安全

倉敷中央病院における医療安全研修の現状



公益財団法人 大原記念倉敷中央医療機構 倉敷中央病院
HQM推進室 患者安全リスク対策グループ

医療安全管理者
塩津 昭子

国民・患者は“医療は安全”であると考えている

この場合の“安全”とは

安全：許容できないリスクがないこと

ですが

絶対安全（リスクがないこと）に近い意味でとらえることが多い

医療は安全ではなく、**危険行為**、**不安全行為**であることを理解する必要がある。

医療安全管理テキスト（第4版）より抜粋

安全・安心な医療とは



“安全・安心な医療”とは、

危険がなく安心できる医療ではない

許容（受容）できないリスクがなく、

不確実性が予測の範囲（想定内）にある

と考えられる医療である

医療の安全の五つの観点



- ①患者の安全
- ②医療従事者の安全
- ③医療関係者の安全
- ④地域の安全
- ⑤不特定多数の安全

①の患者の安全だけが強調される傾向があるが、患者の安全を確保するためにも、②以下の安全確保が重要である。

医療安全の取り組みの重要性

～医療安全の歴史から振り返る 近年の動向～

ダナファーバー癌センターは、アメリカ国立癌研究所に指定されたアメリカ国立癌研究所指定癌センターの一つである。マサチューセッツ州ボストンにあるハーバード大学医学部の主要関連医療機関の一つである。

1994年11月、乳がん患者二人に予定の4倍量のエンドキサンが投与され、1人が亡くなった。

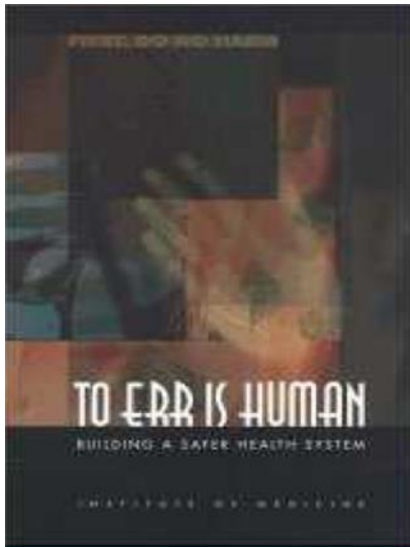
注目点

彼らの偉かったことは、遺族に十分な謝罪をしただけでなく、その後2度と医療過誤が起こらないようにシステムと意識の大改革をおこなった点である。

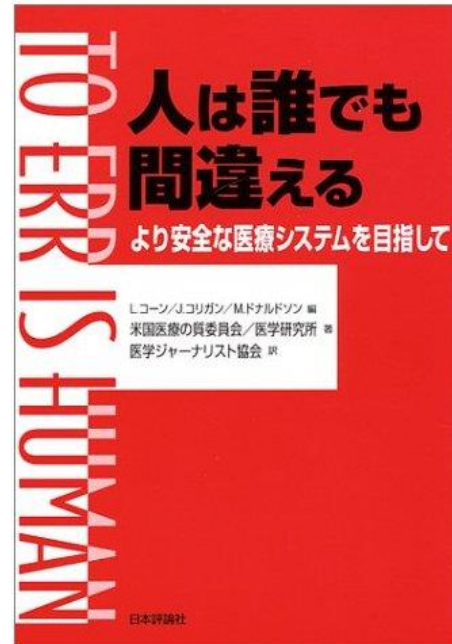
39に上る再発防止策を発表

ダナ・ファーバー所長声明

「どのような高額な金銭をもってしても患者さんを家族に戻して差し上げることはできないということを私どもは痛切に認識しています。しかしながら、今回の患者さんのご不幸がきっかけとなって、私どもの施設はもとよりアメリカ中の癌センターで様々な改善策が講じられてきました。こういった努力が、より安全な癌治療を患者さんに提供できることにつながるよう、私どもは切実に希望してやみません」



人は間違いを犯すものである



人は誰でもミスをする危険性がある。

ミスを犯した個人を責めるよりも、ミスを犯さない「システムづくり」が重要である。

システムエラー

- 1) 方針・規則・ルールがあったか、それは適切であるか
- 2) 組織の方針・規則・手順に従って業務をしていたか
- 3) 業務手順や操作法の教育・訓練がなされていたか
- 4) 医療機器、設備機器 エラーが起こったときの防止策があったか
- 5) 環境：勤務体制、職員の配置、疲労などの影響を検討する

[ホーム](#) > [政策について](#) > [分野別の政策一覧](#) > [健康・医療](#) > [医療](#) > [医療安全対策](#) > 主な医療安全関連の経緯

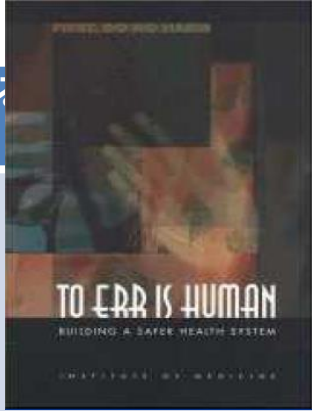

主な医療安全関連の経緯

主な医療安全関連の経緯

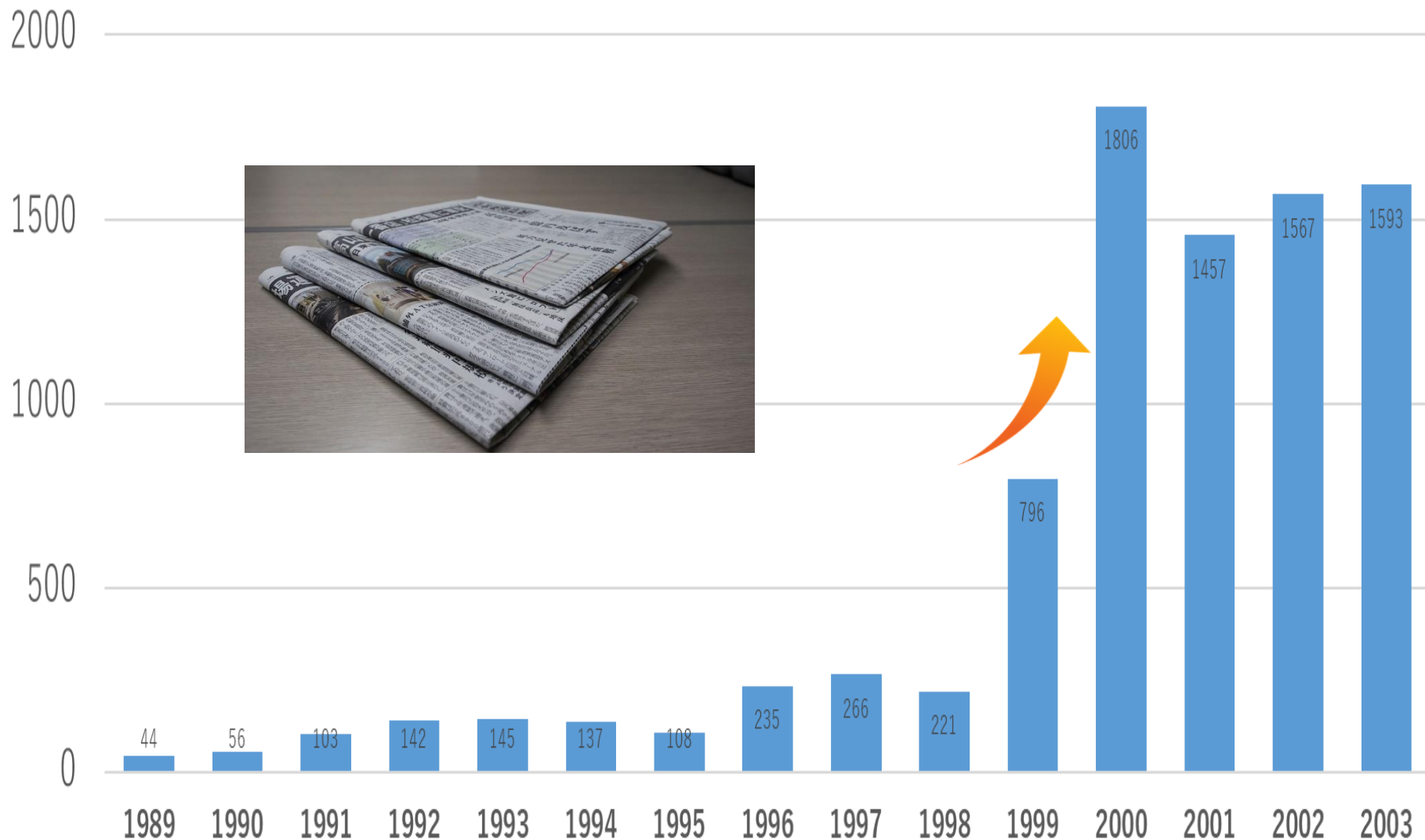


年月	関連事項
平成11年	1月 横浜市立大学事件 ・肺手術と心臓手術の患者を取り違えて手術。この事件を契機に医療安全についての社会的関心が高まる。(その後、医師4名と看護師2名が業務上過失傷害容疑で起訴された。)
	2月 都立広尾病院事件 ・看護師が消毒液とヘパリン加生理食塩水を取り違えて静脈内に投与し、患者が死亡。この事件等を契機に医療事故の警察への届出が増加。(その後、医師が医師法21条違反容疑で起訴される等した。)
平成12年	9月 特定機能病院や医療関係団体への大臣メッセージ
平成13年	3月 「患者安全推進年」とし、 「患者の安全を守るための医療関係者の共同行動(Patient Safety Action, PSAと略す。)」 を推進。
	4月 医療安全推進室設置
	5月 医療安全対策検討会議の発足
	6月 ヒューマンエラー部会及び医薬品・医療用具等対策部会の設置
	10月 医療安全対策ネットワーク整備事業(ヒヤリ・ハット事例収集等事業)開始
平成14年	4月 「医療安全推進総合対策」策定(医療安全対策検討会議)
	7月 ヒヤリ・ハット事例検討作業部会設置(至平成16年3月)

医療安全に関する年表

西暦	主な医療事故	医療安全に関する政策・制度	医療安全に関する動き
1999	<ul style="list-style-type: none"> ・手術患者取り違え（横浜市立大学医学部附属病院） ・消毒薬の点滴誤注入（都立広尾病院） 		<ul style="list-style-type: none"> ・米国にて“To Err is Human a Safer Health System”発行 ・日本医療マネジメント学会設立
2000	<ul style="list-style-type: none"> ・人工呼吸器の加湿器へのエタノール誤注入（京都大学医学部附属病院） ・点滴ルートへの内服薬注入（東海大学医学部附属病院） ・抗癌剤過剰投与（埼玉医科大学総合医療センター） 	<ul style="list-style-type: none"> ・特定機能病院や医療関係団体への大臣メッセージ ・院内感染防止対策加算として未実施の場合、5点減点となる。 	<ul style="list-style-type: none"> ・“To Err is Human”の日本語訳「人は誰でも間違える より安全な医療システムを目指して」（日本評論社）発行 

※患者安全推進ジャーナル 2017 No.50
 ※5日間で学ぶ医療安全超入門
 ※厚生労働省ホームページ より



患者取り違え事故の概要

日本の医療安全の歴史は 横浜市立大学事件に始まる

厚生労働省
Main Medical Safety Related Incidents

主な医療安全関連の経緯

年月	関連事項
平成11年 1月	横浜市立大学事件 *前手術と心臓手術の患者を取り違えて手術、この事件を契機に医療安全についての社会的関心が高まる。(その後、医師4名と看護師2名が業務上過失傷害容疑で起訴された。)
2月	国立広尾病院事件





• Aさん(74才、男)

予定術式(心臓):  僧帽弁形成術
または僧帽弁置換術

実施手術(肺):  右肺嚢胞切除縫縮術

• Bさん(84才、男)

予定術式(肺):  右肺上葉切除術・リンパ節郭清

実施手術(心臓):  僧帽弁形成術

患者取り違え事故

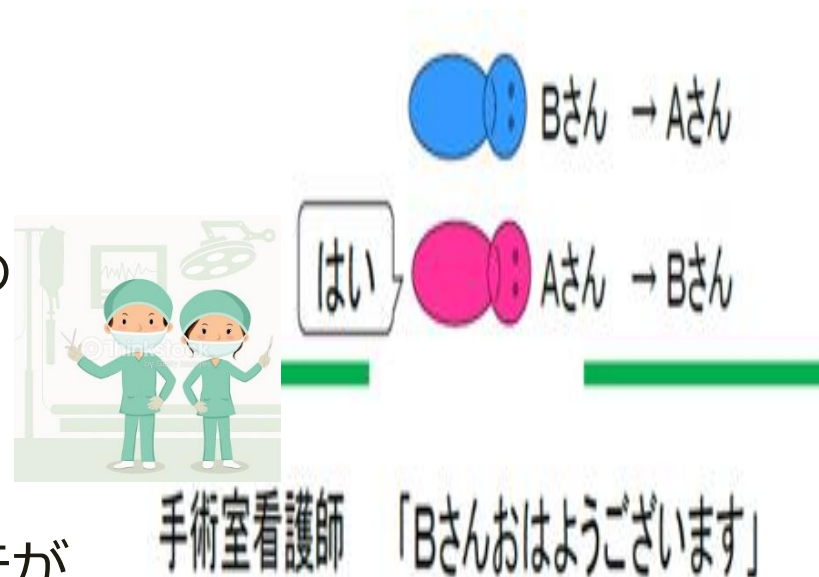
病棟看護師 AさんとBさんです。

①病棟からの患者搬送

1人の看護師が2名の患者を
ストレッチャーで搬送

②交換ホールでの患者取り違え

病棟看護師と手術室看護師との
間での声かけのみで患者を受け
渡した



③患者とカルテの分離

患者搬送後、別の窓口でカルテが
引き渡され、手術室に移送された

④麻酔科医の疑問

麻酔科医は疑問を抱いたが手術をとめなかった

⑤外科医の疑問

腫瘍がない、病変がかるい

Bさんの手術室では・・・

麻酔科医と執刀医グループの医師で「患者（Bさん）はAさん本人ではないのではないか」と疑問に思い、話し合った。

- ・頭髪がやや短いのは前日に散髪したのであろうこと
- ・肋骨の浮き上がり形状が似ていること
- ・肺動脈圧・肺動脈楔入圧は麻酔により末梢血管が開いて低下し、これにより僧帽弁逆流が改善して肺動脈圧が正常化する
- ・ICU所見も前回検査と今回の検査との間で病状の変化もあることなど

※念のため、麻酔科医は、手術担当看護師にAさんが手術室に降りているかどうかを病棟に確認するように指示した。

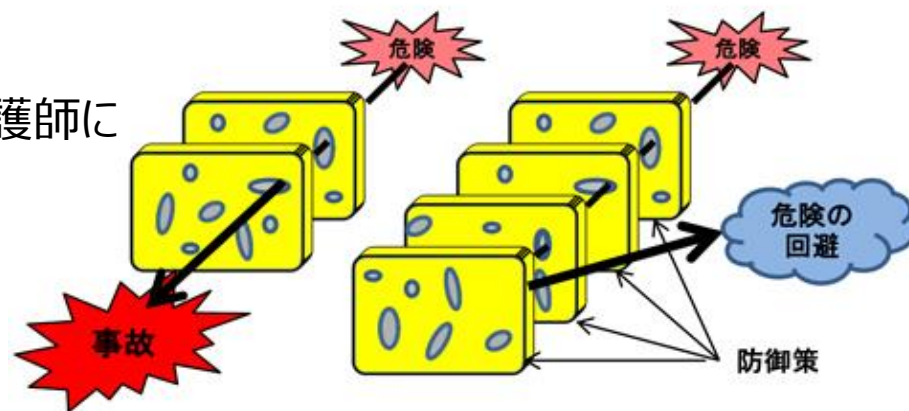
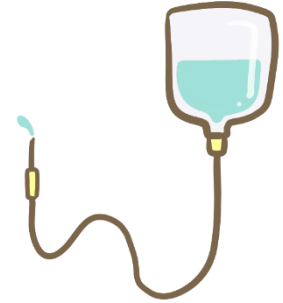


図1. スイスチーズモデル

都立広尾病院事件

1999年2月11日、東京都立広尾病院にて手術を終了した
58歳女性に対し抗生剤点滴終了後に、**ヘパリン**
ナトリウム生理食塩液を点滴すべきところを誤って
消毒液を点滴し、**患者が死亡**した。

★被害者は看護師資格があり、看護学校で教えていたこともある。



この事件の1か月前に横浜市立大学病院
患者取り違え事故が発覚した際には、
「基本ができていないから、こんな事故
がおきる」と言っていた。

事故の要因について

＜判決で認定された事実経過＞

看護師Aが患者C用のへパ生入りの注射器（「へパ生」と書かれている）と患者D用の消毒液入りの注射器を並べて処置台に置き、誤って患者C用の注射器にDの名前を貼り付け、患者D用の注射器を患者Cの病室に持参した。看護師Bは病室に置かれた注射器に「へパ生」の記載がないことに気づかずそのまま誤薬を投与した。



患者Cは死亡

当時の院長は警察への届け出をせず、死亡診断書上の死因を「病死および自然死」とするように主治医に指示した。

医療の安全確保（2002年）



平成14年厚生労働省令第111号－医療法施行規則の一部を改正する省令（平成14年8月30日付）

医療機関における医療の安全確保が医療政策における最重要課題である

1. 医療に係る安全管理のための体制の確保

① 安全管理指針（新省令第11条第1号）

基本的な考え方、安全管理委員会の設置、職員研修、事故報告、医療事故等発生時の対応、患者の指針の閲覧

② 安全管理委員会の設置（安全管理体制の確保および推進）

発生の原因分析、改善策の立案及び実施、職員への周知、実施状況の調査・見直し

③ 安全管理のための職員研修（年2回定期的に開催）

個々の職員の安全に対する意識、安全に業務を遂行するための技能やチームの一員としての意識の向上等を図る

④ 事故報告

事件事例の収集・分析、重大事故発生時の報告

医療安全管理指針より



1. 医療に係る安全管理のための指針

本指針は安全文化の創生と開かれた組織風土を目指して、安全適切に、質の高い医療を提供する体制を確立するために必要な事項を定める。

1-1 基本理念

患者の生命・健康が守られるべき病院で患者の安全を損なう医療事故が時として発生する今、医療の安全確保は病院運営の最も重要な課題であり、医療従事者には医療事故の再発防止に向けて不断の努力が求められている。

これらを実現するためには、医療従事者個人の責任において行われなければならない。近頃は、医療従事者個人の努力にのみ依存したシステムではなく、組織として、医療事故防止については、航空業界など人命を扱う業界と同様に「医療従事者個人の責任」を重視し、安全文化の創生と定着が求められる。その実現に向けて準備

目指す安全文化

1-2 目指す安全文化

安全の重要性についての認識の共有、「安全性」に相応しい注意が確実に払われると言われる。安全な医療を実現するために、質を育て、友好的で、開かれた組織風土が重要である。

安全文化を創造するための基盤（創造性、弾力性など）、信念（目標達成、相互の信頼など）、態度と価値感であり、他は組織に備わるもの（安全向上のための設備、習慣、管理と施策）である。

安全文化は、報告文化ということもできる。

安全文化は、また報告文化ということもできる。安全情報は、個人が組織の一員として、現場で直接、安全に対する強い関心を示し、有害事象発生の原因分析にも、意識的、積極的に関与するという組織風土や相互信頼に依存する所が大きい。報告文化とは、有害事象を自ら進んで報告できる組織の雰囲気である。

報告文化とは、有害事象を自ら進んで報告できる組織の雰囲気である

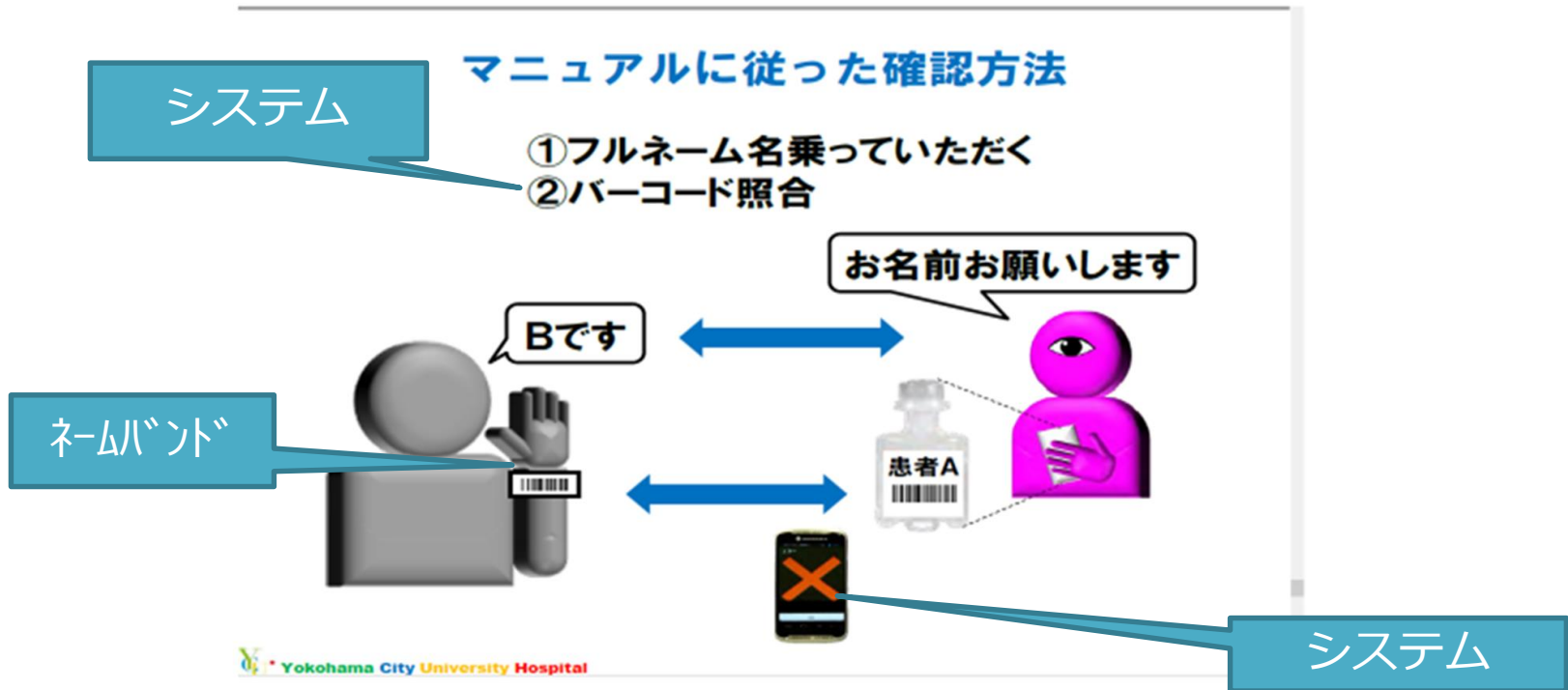
「利己的でない」という原則は厳守すべきであり、危険な行為を全て一律に容認することはない。容認できる行為と容認できない行為との区別は、医療従事者は厳格に守らなければならない。

医療安全の考え方

昔
個人の能力



1999年
個人の能力
システム対策



患者取り違え事故

①病棟からの患者搬送

1人の看護師が2名の患者をストレッチャーで搬送

人員配置・搬送体制

②交換ホールでの患者取り違え

病棟看護師と手術室看護師との間での声かけのみで患者を受け渡し

組織としての
患者確認方法が未確立

病棟看護師

「Aさん



Bさん → Aさん

はい



Aさん → Bさん

手術室看護師

「Bさんおはようございます」

③患者とカルテの分離

患者搬送後、別の窓口でカルテが引き渡され、手術室に移送された

カルテの取り扱い

④麻酔科医の疑問

麻酔科医は疑問を抱いたが手術を止めなかった

「外観(毛髪・歯牙) 麻酔後の患者確認方法がない

「血行動態・超音波の所見が軽症すぎる」

⑤外科医の疑問

外科医も 問題発生時に解決を図る仕組みがない

「腫瘍がない・病変が軽い」

原因の多くは“病院のシステム”の欠陥

組織・システムの不備が招いた事故

医療安全の考え方

心理的安全性

昔
個人の能力



1999年
個人の能力
システム対策



現在
個人の能力
システム対策
チーム力

TeamSTEPPS

Team Strat

Enhance P

and Patient

チームで取り組む医療安全

医療のパフォーマンスと患者安全を高めるためにチームで取り組む戦略とツール



倉敷中央病院における

医療安全研修の実際とその現状

倉敷中央病院の医療安全活動 (事故後早期対応、事故防止対策、事故予防)



1994年 ダナ・ファーバー事件

1999年 「人は誰でも間違える」

2001年 「医療の質」
谷間を越えて21世紀システムへ
有効性、安全性、患者中心
効率性、適時性、公平性

2002年、厚生労働省、全ての病
院に安全管理指針、事故後の院内
報告制度、安全管理委員会、安全
管理のための職員研修（基本4項
目）を義務付けた。

- 1999年 4月 **医療事故等発生時の対応手順**の制定
- 5月 手術患者送迎時の患者確認手順を作成
- 9月 **医療事故防止委員会 = 医療安全管理委員会**
- 11月 **クリティカルパス推進委員会**
- 2000年 3月 リスクを伴う検査・処置、手術のICの書式化
- 7月 化学療法専用指示書を作成
- 8月 外来カルテ用注射指示録を作成
- 9月 報告すべき事故のリストを作成
- 11月 入院患者注射指示録記載マニュアルを作成
- 2001年 8月 **医師リスクマネジメント研修会開始**
- 2002年 12月 リスクマネージャー会議
(セイフティマネージャー会議)
- 9月 人工呼吸療法安全対策マニュアル
- 11月 **スタットコール開始**
- 2002年 医療事故ニュース (発行開始)
- 2003年 6月 中心静脈穿刺ガイドラインを作成
- 12月 医療安全管理室便り (発行開始)
- 2004年 4月 **医療安全管理室開設**
- 7月 事故想定訓練、指差呼称
- 2005年 3月 院内KYT研修会、危険予知活動KYTの展開
- 7月 電子カルテ稼動 (入院2005年7月、外来11月)
- 8月 リストバンド (開始)
- 8月 注射オーダ (開始)
- 11月 タイムアウト (開始)
- RCA事例分析、KYマップと指差確認、5S活動**
- FMEA工程解析**
- 2011年 1月 **チーム医療研修会 (ノンテクニカルスキル)**

2年間の活動結果 (2014年4月～2016年3月)



- **JCI認定取得 (日本で18施設目、近畿・中四国初) 【2016年3月12日】**
- 2014年4月21日、「当院の組織文化を国際基準の視点から見直す」という決意を共有し、キックオフ。全病院職員、協力業者、ボランティアなど、当院に関わる全員が対象となる審査に向けて、取り組みを始めた。2016年3月7日～11日の5日間にわたり、サーベイヤー5名は世界基準の厳しい視点で審査を行った。
- 最終プレゼンテーションでは、**全1,146項目中、指摘項目はわずか42項目 (一部適合39項目、不適合3項目)、全体の96%適合**という高評価を得た。チームリーダーのNeno氏より「安全で質の高いケアを提供したいという気持ちが伝わってきた」、「倉敷中央病院がJCI認定に値する病院であると強く推薦したい」という力強いお言葉をいただいた。

≪指摘項目数の推移≫

283項目 (2015年3月モックサーベイ時)

→ **71項目** (2015年12月直前モックサーベイ時)

→ **42項目 (2016年3月本審査)**



最終プレゼンテーション後、サーベイヤーと共に



JCI認定証

医療の質向上

● JCI認定の更新 【2019年3月】

- 2019年2月25日～3月1日の5日間、審査官5名(看護2名、医師2名、管理1名)と研修生1名を迎え、更新審査を受審した結果、認定の更新が認められた。
- 2016年3月の初回認定を取得後、3年毎に必要となる更新審査であり、初回審査よりも評価基準が上がるため、より厳密な審査内容であった。
- 審査官リーダーのDavid氏の最終講評は、
「これだけ大規模かつ複雑な病院としては素晴らしい内容だった。再認定される5つの条件をすべて満たしていた。JCI本部より質問されるならば、『再認定に値する病院』だと全審査官は応えます。」と高評価だった。

	項目数	一部適合 (Partial Met)	不適合 (Not Met)	全体適合率
初回審査 (2016年3月)	1,145	39	3	96.3%
更新審査 (2019年3月)	1,199	27	2	97.6%



Joint Commission International(JCI)とは



米国の医療施設を対象とした第三者評価機関The Joint Commissionの国際部門として1994年に設立非営利組織Joint Commission Internationalの略称です。本部はシカゴ。

世界中の医療機関に適用される**国際規格**

(834機関を認定、国内18機関。2016/4/15時点)

患者の安全と医療の質向上が**組織的かつ**

継続的に取り組まれているかを審査・認定



患者の外来から入院、退院に至るまでの**診療全体を審査**

病院の**あらゆる場所、すべての病院関係者**が審査対象



JCIの基準14項目



患者中心の基準	
国際患者安全目標	(IPSG)
ケアへのアクセスとケアの継続性	(ACC)
患者と家族の権利	(PFR)
患者の評価	(AOP)
患者のケア	(COP)
麻酔と外科的ケア	(ASC)
薬剤の管理と使用	(MMU)
患者と家族の教育	(PFE)
医療機関の管理に関する基準	
品質改善と患者安全	(QPS)
感染の予防と管理	(PCI)
組織管理	(GLD)
施設の管理と安全	(FMS)
職員の資格と教育	(SQE)
情報の管理	(MOI)


JCIの掲げる国際患者安全目標 (IPSG)

JCI評価基準14領域の中で、安全に関わる根幹となる要素を抽出


- 1.患者を正しく識別する
- 2.コミュニケーションの有効性を高める
- 3.ハイアラート薬の安全性を高める
- 4.手術の部位、手技、および患者が正しいことを確認する
- 5.医療関連感染のリスクを低減する
- 6.転倒による患者の危険リスクを低減する



★IPSGのすべての測定項目 (33) で
1つのnot metも許されない

 国際患者安全目標 (IPSG) 活動ポイント

1. 患者照合、フルネームと生年月日 ヨシ!
2. 口頭指示、メモをして復唱 ヨシ!
3. ハイアラート薬、必要最小限で正確に ヨシ!
4. 侵襲的処置、マーキング、タイムアウト、サインアウト ヨシ!
5. 手指衛生、5つのタイミング ヨシ!
6. 転倒転落、アセスメント、予防策実施、記録 ヨシ!



患者安全リスク対策グループの業務分掌



- ① 医療事故（医事紛争）の原因分析及び調査に関すること。
- ② 医療安全報告書及び合併症報告書の管理に関すること。
- ③ 院長の年度方針に基づく病院の年間医療安全管理計画を立案及び実施に関すること。
- ④ 巡回、安全点検による計画実施状況調査及び評価に関すること。
- ⑤ 医療安全に係るマニュアルの作成指導及び管理に関すること。
- ⑥ 医療事故防止に関する教育及び研修に関すること。
- ⑦ 医療事故防止に関する啓発活動に関すること。
- ⑧ 医療安全に関わる諸会議の支援。（事務局）
- ⑨ 医療安全管理に係る情報収集および病院内各部門との連絡調整に関すること。
- ⑩ 医療機能評価機構「認定病院患者安全推進協議会」との連携など。
- ⑪ センチネル・ニアミス・有害事象の対応に関すること。
- ⑫ 医療事故調査制度における報告事象に関すること。
- ⑬ M & M（Morbidity & Mortality）カンファレンスの開催に関すること。



'18年度 患者安全方針

1. 処方・与薬に関する医療安全報告事例の発生低減
2. 電子化・一元化された医療安全報告の定着と分析
3. 他施設連携による評価に基づく改善活動
4. eラーニングを活用したIPSGのルール遵守



.....
根づかせよう安全文化
みんなの努力と活かすシステム！
HQM推進センター
.....

2018年度 患者安全管理活動計画



HQM 患者安全リスク対策グループ

1. 処方・与薬に関する医療安全報告事例の発生を低減する。
 - (処方間違い、調剤間違い、投薬・配薬間違い)
2. 医療安全報告等の電子化・一元化を定着させ、分析に基づき改善活動を実施する。
3. 他施設との連携を図り、医療安全対策に関する評価に基づき改善活動を実施する。
4. eラーニングを活用してIPSGのルールを遵守する。

年間スケジュール

4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
新入職者研修 KYT'4/5		春季医療安全講演会 6/29(金) SM研修会 6/1-2 SM研修会 6/22-23	SM研修会 7/20-21	事故想定訓練 8/31(金)		秋季医療安全講演会 10/12(金) 医療の質と患者安全活動発表会 10/26(金)			チーム医療研修会	チーム医療研修会	
M&Mカンファレンス		M&Mカンファレンス		M&Mカンファレンス		M&Mカンファレンス		M&Mカンファレンス		M&Mカンファレンス	

* M & Mカンファレンスは、偶数月最終水曜日 18時～ (該当事例がない場合は中止します)



患者安全リスク対策グループの業務分掌



- ① 医療事故（医事紛争）の原因分析及び調査に関すること。
- ② 医療安全報告書及び合併症報告書の管理に関すること。
- ③ 院長の年度方針に基づく病院の年間医療安全管理計画を立案及び実施に関すること。
- ④ 巡回、安全点検による計画実施状況調査及び評価に関すること。
- ⑤ 医療安全に係るマニュアルの作成指導及び管理に関すること。
- ⑥ 医療事故防止に関する教育及び研修に関すること。
- ⑦ 医療事故防止に関する啓発活動に関すること。
- ⑧ 医療安全に関わる諸会議の支援。（事務局）
- ⑨ 医療安全管理に係る情報収集および病院内各部門との連絡調整に関すること。
- ⑩ 医療機能評価機構「認定病院患者安全推進協議会」との連携など。
- ⑪ センチネル・ニアミス・有害事象の対応に関すること。
- ⑫ 医療事故調査制度における報告事象に関すること。
- ⑬ M & M（Morbidity & Mortality）カンファレンスの開催に関すること。

2018年度に行った医療安全に関する研修内容

- 新入職者に対する**オリエンテーション**（医療安全について）1時間
- **K Y T・患者誤認**（2019年度よりチームステップス研修）について研修（新入職員）半日 2018/4/5
- S M研修(新任医師・メディカルスタッフ)1泊2日×3回開催
 - 「医療-信頼は回復できるか」ロールプレイ
 - R C A**の具体的進め方
 - S B A R / S K T**について（2019年度より**チームステップス**研修）
 - 外部講師による**講演会**
 - 1回目:水本 一弘先生(和歌山県立医科大学附属病院)「医療安全推進 各自が安全意識を高めるために」
 - 2回目:中島 勸先生(東京大学医学部附属病院)「事例から学ぶ医療安全 ～医療は安全になったのか～」
 - 3回目:小島 崇宏先生(大阪A&M法律事務所)「医療の質と患者安全について」
- 春の医療安全**講演会**（全職員）2018/6/29
 - 菊地 龍明先生（横浜市立大学附属病院）「患者取り違え事故から始まった日本の医療安全」
- 秋の医療安全**講演会**（全職員）2018/10/12
 - 遊道 桂子先生（尼崎医療生協病院）「安全管理に活かす医療対話」

- チームステップス研修会（全職員） 宮崎 浩彰先生（関西医科大学附属病院）
- チームステップス指導者養成研修会 宮崎 浩彰先生（関西医科大学附属病院）
- チームステップス研修会（5部署）1部署/月
- 事故想定訓練「ヘパリン過量投与」2018/8/31
- 新採用者多職種合同研修会「医療安全」 転倒転落・患者誤認

2018/7/3. 2018/7/5.半日

- K T Y 研修（搬送グループ）2018/09/20.21
- 活動発表会 2018/11/2

「医療機器の定期点検実施率の向上~原因から見えた問題点のその対策~」

「外科材料の病理検体提出行程の F M E A 」

「7月26日 全病院システムダウン 臨床検査技術部では...？」

「 I S O 15189 認定取得の取り組みと活動について 」

「帝王切開術後の早期離床への取り組み」

- 国際患者安全目標（ I P S G ） e-ラーニング 全職員
- インシデントレポート K Y T （2部署）2019/1~ 1部署/月

医療安全管理のための職員研修



1. 新入職者に対するオリエンテーション
2. 新入職医師にセーフティマネージメント研修会
3. 事故想定訓練
4. チーム医療研修会 → チームステップス研修会 (2018年度より)
5. 医療安全講演会
6. 医療安全活動発表会 → グッドプラクティス発表会 (2019年度より)

セーフティマネージメント研修会 (新入職医師対象)

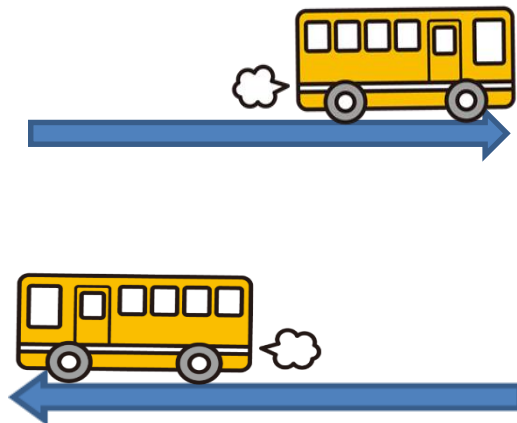


- 目的：医療事故は身近にあることを知り、事故防止行動への意識を高める
- 参加者：倉敷中央病院 新任医師およびメディカルスタッフ

医師25名程度 看護師4名+薬剤師・放射線技術部・臨床検査部・リハビリテーション部より各1名
院長・事務長・医療安全担当副院長・G R M
事務局（医療安全リスク対策グループ員11名）
院外アドバイザー（講師）

1回の研修で約50名程度参加
5月6月で3回開催

- 時間：金曜日17時から21時 21時から自由交歓会
土曜日8時30分から16時30分



研修の目的

- 医療事故は身近にあることを知る
- 事故防止行動への意識を高める



ワークショップ全体の流れ

事故後の対応

ロールプレイ (1日目午後)



事故の分析・対策

ケーススタディ (2日目午前)



事故の未然防止

Team STEPPS (2日目午後)

プログラム



6月28日 (金)

担当：医療安全管理者
研修の**目的**、概要について説明

- 16:55 ~ 17:00 オリエンテーション /
- 17:00 ~ 17:10 開会挨拶
- 17:10 ~ 17:20 セッションⅠ：事故後の対応ビデオ「医師」
- 17:20 ~ 17:30 ロールプレイ（家族説明） /
- 17:30 ~ 18:20 ロールプレイ内容について 各チーム討議
- 18:20 ~ 18:30 （休憩）
- 18:30 ~ 19:20 ロールプレイ内容について 全体討議
- 19:20 ~ 19:40 病院としての事故後の対応 /
- 19:40 ~ 20:00 当院における医療安全の考え方
～安全に医療を行うために～
- 20:00 ~ 21:00 （夕食）
- 21:00 ~ 自由交歓

GRMより

講師：**医師**

当院における謝罪、説明の在り方について(ロールプレイ 受講生)
グループディスカッション、発表

事務長：病院としての事故後の対応
医療行為とは、医療における責任、事故後対応の基本原則、謝罪について、医療事故が起こったら

院長：当院における医療安全の考え方



講師：事務

接遇：信頼貯金・信頼残高について

8月29日（土）

7:00 ~ 8:30	(朝食)
8:30 ~ 8:45	接遇と安全について
8:45 ~ 9:45	外部講師による特別講義 「ヒューマンエラーの認知科学」
9:45 ~ 9:55	(休憩)
9:55 ~ 10:05	セッションⅡ：RCAについて
10:05 ~ 12:00	セッションⅡ：事故後の分析・対応
12:00 ~ 12:45	(昼食)
12:45 ~ 13:15	セッションⅡ：全体討議
13:15 ~ 13:35	医療安全報告書について
13:35 ~ 14:00	当院の医療の質と安全の現状
14:00 ~ 14:10	休憩
14:10 ~ 14:25	セッションⅢ：事故の未然防止
14:25 ~ 15:40	セッションⅢ：TeamSTEPPS実技演習
15:40 ~ 16:20	感想・意見発表
16:20 ~ 16:30	最後に
16:30	(解散)

RCA分析について 講師：医療安全担当者
RCAの実際、全体討議 講師：医師
出来事流れ図まで事務局で作成、その後グループワークで演習、発表

講師：医療安全管理者
当院の医療安全報告状況、報告書の流れについて

講師：医師
医療の質・患者安全のための組織体制、IPSGモニタリング状況、ボーダレス医療チーム活動状況など

講師：医師
事前にe-ラーニングで受講。

学びの共有
受講生一人ずつ前に出て、「今回の研修での学び」「感想」を発表

セッション I

埼玉医科大学病院抗がん剤過剰投与事件（2000年）

【概要】2000年9月、右あご下腫瘍治療のために埼玉医科大学総合医療センターに入院した埼玉県鴻巣市の女子高生（当時16歳）が、化学療法の一つである「VAC療法」（硫酸ビンクリスチン・アクチノマイシンD・シクロフォスファミドを組み合わせる療法）を受ける際、硫酸ビンクリスチン2mgを週1回・12週間にわたって投与されるべきところを、医師の文献の誤読により1週間連続で投与された。その結果、患者は同年10月7日に多臓器不全で死亡した。

事故後、医師による説明に不信感を持った両親が埼玉県警察に110番通報をし、事件が発覚した。

倉敷中央病院で患者説明を行うならば・・・どのように？



←ロールプレイ

グループワーク

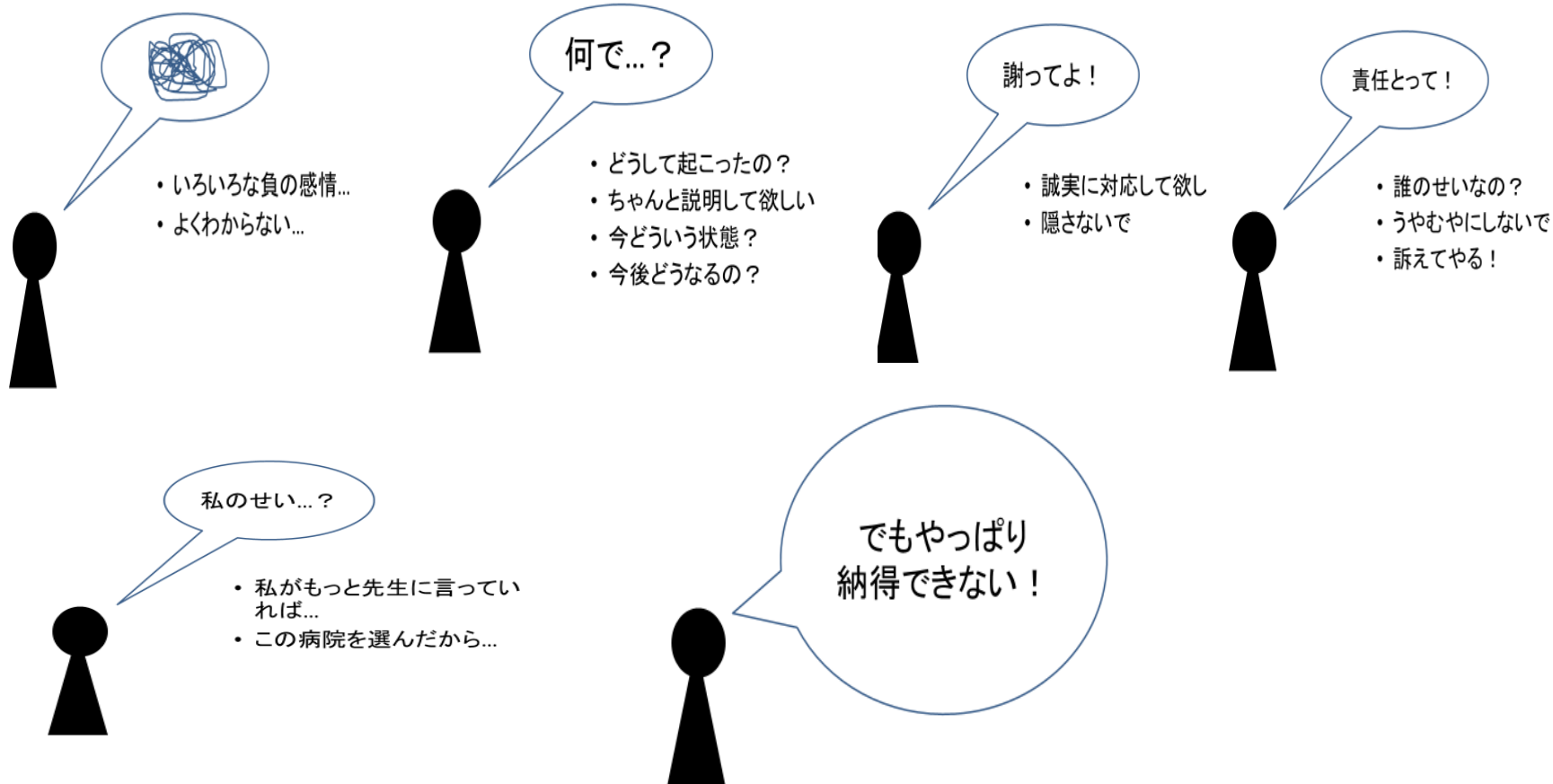
- 過誤が明白な事故における謝罪の在り方
- 事故後の患者家族の心情
- 医療事故が医療従事者に及ぼす影響
- 医療事故対応における医師の役割



(A) 過誤が明白な事故における謝罪のあり方

- ・わかった時点でなるべく早く伝える。
- ・事実をありのままに伝える。
- ・その時点でわかる原因を伝える。
- ・責任の所在を明確にする。
- ・患者さんの気持ちを逆なでしないようにする。
- ・説明の前に医療者間で打ち合わせをする。
- ・相手をいたわった態度、声質、トーンなど
- ・今後の対応について具体的に示す。
- ・できるだけ冷静になって話す。
- ・患者サイドの知りたいこと（今の状態、原因、今後の対応方針）を示して、真摯に謝罪する。
- ・家族の求めるものを満たすようにしていく。
- ・あやふやなことは言わないようにする。
- ・自身もしくは医療者側の過ちを認める。
- ・1人ではなく、複数の人間でお話をする。

(B) 事故後の患者家族の心情



色々な負の感情。何故起きたのか。納得出来なくてもきちんとした説明が欲しい。その上で医療者側がどう感じているか。自責の念もあるかも。納得できるか分からないが謝罪をさせたい。今現在の状態に対してどうするか。説明、謝罪の気持ち、現在の状態を説明して欲しい。懲罰意識がある。警察として介入して欲しい。説明の対応次第で感情に変化はありそう。倫理に反していることがあれば怒りは増大する

(C) 医療事故が医療従事者に及ぼす影響

当事者

職業を続けていく自信を喪失する
いわれのないことをいわれるかも
働きたくない

医療従事者間での信用関係がなくなる

患者のところに足を運びにくくなる
ストレスがかかる

医療者自身も自己防衛に走るかもしれない
：不信感

医療者

主治医の変更をすべきか？

患者からの信用を無くしてしまう

病院全体のイメージの低下につながる

医療過誤に時間を割かなくてはならない

(D) 医療事故対応における医師の役割

- 日々の詳細なカルテ記載
- 現在の病状を正確に把握しておく
- 専門知識を医師同士で共有
- 今後の治療方針や見込みを明確にする

- 経緯について病院全体、科内、他職種で共有しておく
- 病状説明に際し、誰が参加するか検討
- 他職種もあらかじめ取りまとめておく(今後の家族への対応の依頼も含め)

- 経緯について分析、対策を立てる
- 責任を負う立場であり、誠実に謝罪する
- 家族がきちんと理解できるよう、書面にも残す

- 医療事故が起こった状況をまとめる
→状況把握
- 情報共有
- 原因追及
- 今後の対応



- ①患者・家族への対応
- ②医療従事者への対応
- ③再発防止への対応

①→②→③→①・・・

医療事故が起こったら

- 有害事象発生直後のパニックやショックからの回復
- 業務上の配慮
- 有害事象の真相究明とそれに基づく病院対応

“第2の被害者” とならぬよう

個人の問題でなくシステムエラーとしての対応

- 裁判や補償問題にかかわる支援

費用的な問題は心配無用

- 関連医療従事者の家族への支援

全社連「医療有害事象に対応した医療従事者支援の手引き」より

**病院は職員を守る！ ただし、院内ルール破りと
隠蔽は許さない**

逃げない、隠さない、ごまかさない

I 個人(医療者)の成長への意欲

人間性(humanity)

知識・技術(professionalism)

II 組織のあり方(文化・風土)の変革

自覚・自律、信頼(権限委譲)

コミュニケーション、風通し

物の言える風土

医療安全の = I + II + III
確保

I: 個人の成長

II: 組織のあり方

III: 安全対策システム構築

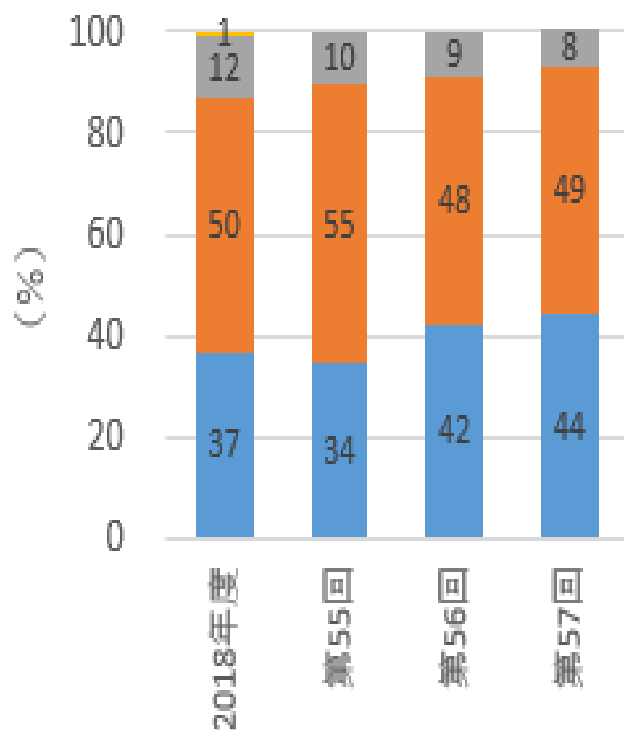
III 安全対策システムの構築

指針、委員会の設立

手順・規律の策定と遵守

教育・研修・訓練

①ロールプレイについて



- ・事故直後の状況がありありと分かり、当事者の気持ちになって医療者の感情や患者の感情も伝わった。
- ・明らかな過失に対する説明は、まず家族の心情に寄り添い誠実に謝罪することが必要と思いましたが、実際にその立場で対応することの難しさが分かりました
- ・意見交換の中で、今後どう生かすかが勉強になった
- ・ディスカッションで、自分以外の考えや思いを知って勉強になった
- ・ロールプレイすることで、慌てずに対応できることが重要
- ・事故後の患者家族の心情を考えることが出来、診療のあり方を改めて考えるいい機会となった。
- ・非常にシビアなテーマであり、日頃の患者さんとの関係作りが大切だと感じました。
- ・家族との信頼関係が大切だと改めて感じた。
- ・すごく活発な意見交流が出来た。患者サイドからの医療に対する見方が再認識できた。
- ・実際の事例を取り入れて行うのは良いと思います。過誤が明らかでない場合の対応も行っても良いのでは。



■非常に有益であった
 ■有益であった
 ■どちらとも言えない
 ■あまり有益でなかった
 ■全く有益ではなかった
 ■無回答



セッションⅡ 事故の分析・対策

- RCA手法を利用した事例分析

R C Aについて講義

- 演習 (出来事流れ図は事務局で作成)

なぜなぜ分析→対策立案



事例：「下肢閉塞性動脈硬化症に対する治療時左右穿刺間違い」

発表

なぜなぜ分析

出来事

なぜ?

答え

流れ①

16:55 タイムアウトを行い、左下肢の治療を宣言。
右大腿動脈側のカバーを外し穿刺。血管造影を行い
左右間違いに気づく。

ドレープに左右の目印がなく、体の向き確認ができないから。

ドレープがかかっているにもかかわらず体の左右を認識する方法
はなかったのか。

穿刺前にマーキングを確認する。

なぜNs.がマーキングを確認しなかったか。

看護師は気付いていたが指摘しなかった。

なぜ看護師は指摘しなかったか。

医師が多忙で言い出しにくい雰囲気であったから。

対策立案

根本原因：手順についてチェックリストがないこと
医療者間で指摘しあう雰囲気が欠如していたこと

対策案：チェックリストを作り、手順を遵守する。

実施期間：1カ月程度

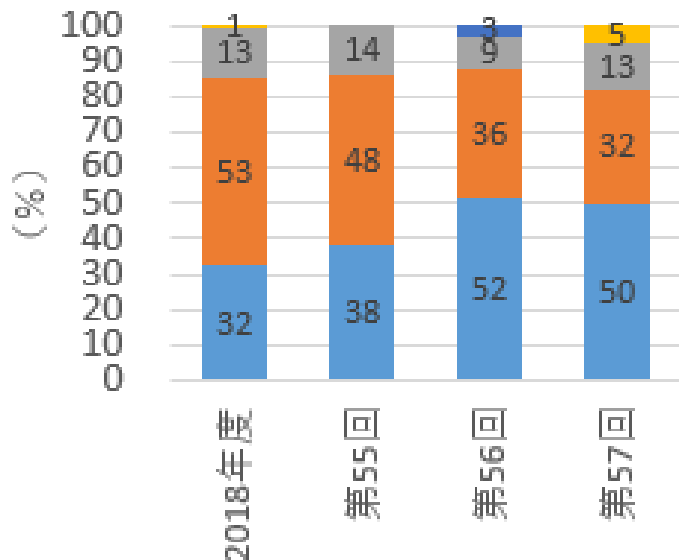
実施責任者：血管造影室QM、造影室看護師、生理検査技師

実施後の追跡方法：チェックリストの順守率（マーキング）

評価時期：3カ月後に評価
不十分であればまた3カ月後に再評価

セッションⅡ 医療事故 事例検討 (RCA分析)

② RCA分析について



- ・皆で話し合いながら問題を深めることでさらに意識が高まった。
同じ内容でも他グループでは異なる意見が出ており興味深かった。
- ・初めは考えてもみなかった原因が分かってよかったです。
- ・一つの事例から原因を追究していくことで、システムの問題が見えてくるのがよく理解できた。問題点が明確になると対策が立案しやすくなる分かった。
- ・理解はするが、実践になるとやりづらかった。
- ・RCA解析を行うことにより、一つの事例で様々な対策が見つかり、RCA解析の重要性を改めて感じました。

■非常に有益であった ■有益であった ■どちらとも言えない ■あまり有益でなかった ■全く有益ではなかった ■無回答



セッションⅢ 事故の未然防止



- Team STEPPS 研修

(受講生は事前に e-ラーニング受講)

- 講義 → 実践

実際と同じ事故が起こらないような台本を作り、事故を回避してください。

(例)

研修医	上級医	看護師	ナレーター	使用したツール
「・・・」			「状況は・・・」	
「・・・」		「・・・」		『チェックバック』
「・・・」	「・・・」	「・・・」		『SBAR』 『CUS』 etc.

テクニカルスキルとノンテクニカルスキルどちらも大切



テクニカルスキル：

臨床現場で専門家として
有すべき知識や技能

例：手術が上手い，診断
力が優れている，など

ノンテクニカルスキル：

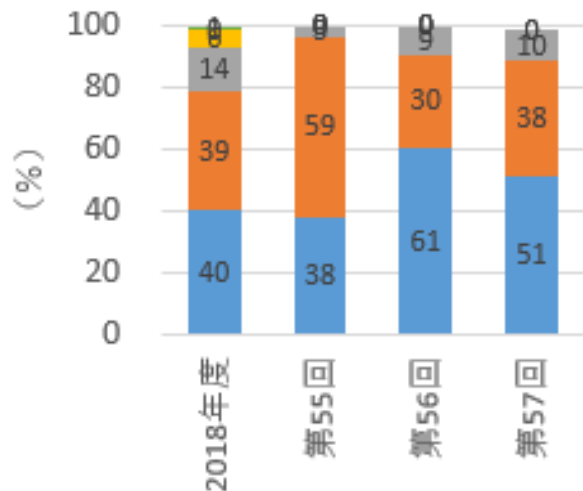
テクニカルスキルを補い、安全
で効率的に職務を行えるような
認知能力，対人能力，人的資源
をうまく活用できる能力
⇒チームで医療を行う能力

- ヒトは誰でも間違える！
- 確認行動を意識するなどして、間違えないようにすることと共に
- 間違いが起きた場合に「今すぐに」対応して重症化・重大化させない！
- そのためにはチーム医療が重要！

**共に働いてもらう人間関係力
仕事の目的を理解し行動できる能力
最善の答えを導き出す思考力**

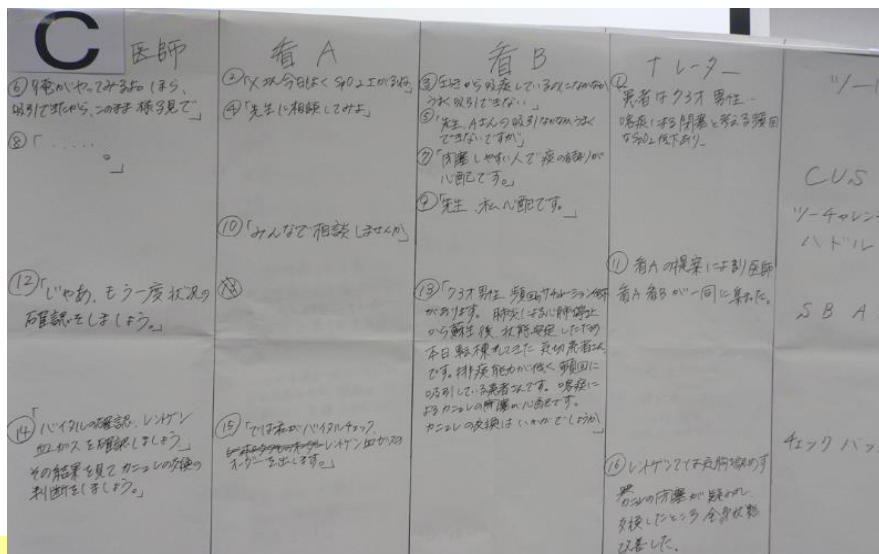
セッションⅢ：Team STEPPS

③ TeamSTEPPSについて

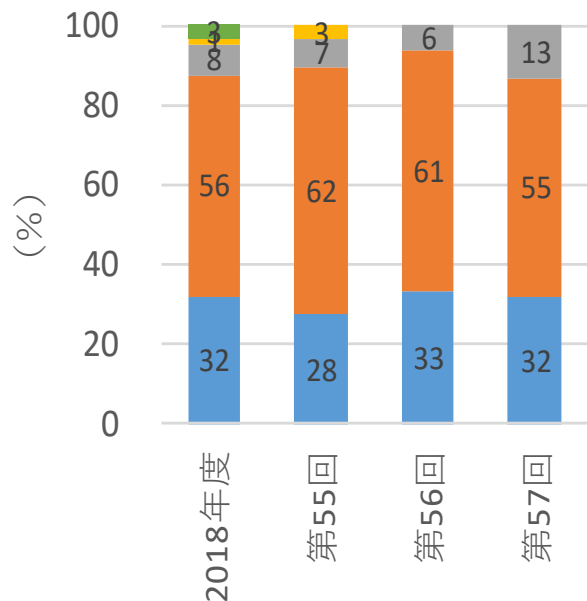


- ・シナリオを作る中で、手法を良く理解できた。
- ・殺伐とした時にこそ、しっかりツールを使おうと思った。
- ・ツールが実際どのように使えるか、実際の間を考えることで理解が深まりました。
- ・確かにSTEPPSを上手に使っている看護師の要求にはつついっ答えてしまいがちかもしれません。
- ・看護師さんからの報告を真摯に受け止めようと思った。
- ・ノンテクニカルスキルをうまく使える環境ができるようにしたい。

■非常に有益であった ■有益であった ■どちらとも言えない ■あまり有益でなかった ■全く有益ではなかった ■無回答



全体評価



- 非常に有益であった
- 有益であった
- どちらとも言えない
- あまり有益でなかった
- 全く有益ではなかった
- 無回答

- ・患者との信頼関係の構築が必要と分かった。
- ・起こしたことにどのように対応したかで非難されるということ
を肝に銘じました。
- ・カルテ記載はきちんと迅速に行おうと思いました。
- ・病院の医療安全の実際を知るためにも、まずは報告することが
大切。
- ・JCI導入後の質の向上が分かり良かったです。今後も努めてい
きたいと思いました。
- ・倉敷中央病院で働けて良かったです。
- ・サポート体制のしっかりした病院だと実感しました。
- ・病院が医療安全に対して真剣に取り組んでいることが伝わってきた。
- ・最前面に立つとしても後ろから支えてくれるのは有難いし、病院
全体での体制がよく整っていると感じた。
- ・病院側の姿勢を公式に聞く機会は他の施設ではなかったので良か
ったです。
- ・JCIなどで病院として、医療安全に努めていることが確認できた。
- ・今まで属していた病院と全く異なるオープンな病院だと思いまし
た。
- ・病院組織の考えが知れてとてもありがたい環境で仕事が出来てい
ることを再確認できました。

目的：

万一の重大事故が発生した時

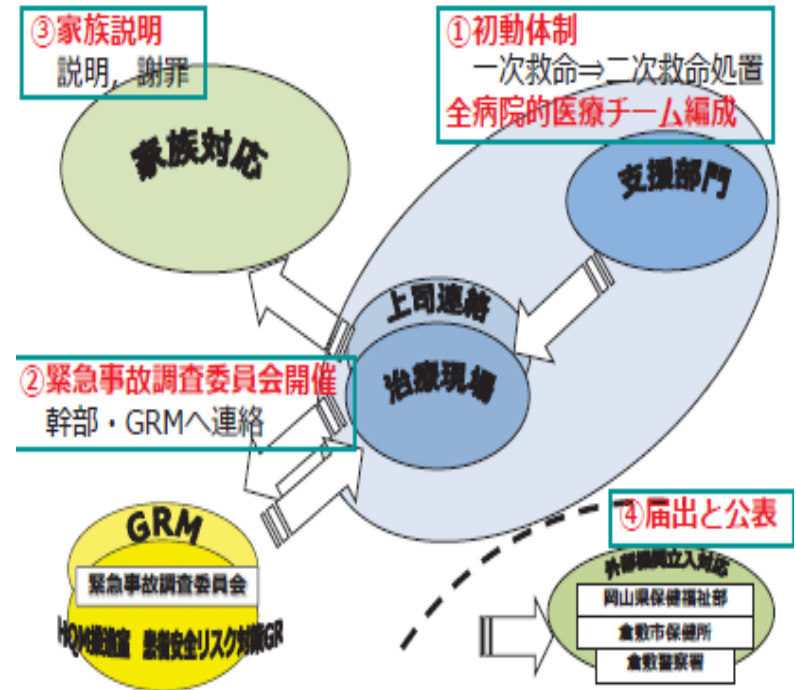
病院が総力を結集できるように

医療者がそれぞれの立場で

事故の初期対応手順を

身につける

事故対応フロー図



事故想定訓練の概要



- 院内のホールにて実施
- シナリオを予め作成し、演劇形式で発表
- 病院幹部や現場の担当者が院内の実際の職務どおりの役割を演技
- 場面を4つに分け、場面毎にナレーターがスライドを用いて重要な点を解説

日時	タイトル	出演	参加者
2004年	アレルギー薬投与によるアナフィラキシーショック事故	50名	164名
2006年	異型輸血事故	22名	213名
2007年	造影剤投与によるアナフィラキシーショック事故	24名	275名
2008年	救急センターでの患者誤認による患者誤認手術	24名	226名
2009年	カテーテル抜去後の大量出血	21名	279名
2010年	異型輸血事故	25名	291名
2011年	造影剤投与によるアナフィラキシーショック事故	26名	280名
2012年	造影剤アナフィラキシーショック 医療者間の連携不良により患者死亡	27名	332名
2013年	子宮弛緩出血時の薬剤誤投与による褥婦死亡	26名	271名
2014年	気管内への胃管誤挿入で経管栄養を行い、心肺停止	33名	311名
2015年	胸腔ドレーン挿入時に肺動脈を損傷し、出血への対応が遅れて心肺停止	32名	262名
2016年	リハビリテーションセンターで訓練中、治療士が離れている間に心肺停止	35名	323名
2017年	CT検査後の患者移動時に挿管チューブトラブルにより心肺停止	26名	252名
2018年	ヘパリン10倍投与	10名	224名

平成30年度 事故想定訓練

【担当診療科 血液内科】



年末最後の病院稼働日、白血病疑いで転院してきた患者。
下腿に疼痛を伴う腫脹を認め循環器内科に紹介したところ、
大腿静脈に血栓を指摘され抗凝固療法を行うこととなった。
しかし、ヘパリン5,000単位投与すべきところ50,000単位投与してしまった。

事故発生

- <ステージ1> 初期対応 一次救命・二次救命処置
- <ステージ2> 対策本部立ち上げ
- <ステージ3> 家族説明
- <ステージ4> 外部機関報告

ヘパリン過量(10倍)投与!

まさかの事故の際に、病院として総力を結集した最善の治療が出来るように、日頃から医療者がそれぞれの立場で事故の初期対応手順を身につけておきましょう

平成30年8月31日(金)

18:00~19:00

大原記念ホール

Stage① 初動体制

BLS, スタットコール
ACLS, ICU搬送

Stage② 対策本部立ち上げ

上司, GRM, 幹部への連絡
情報収集・指示の一元化

Stage③ 家族対応

(Stage④ 届出と公表)

(Stage⑤ 記者会見)

心肺停止を発見した時、
DNARを確認するまでは、まず蘇生処置を

- ▶原因にかかわらず、患者の生命と安全を最優先に
 - 必要な科へ支援を要請
 - 十分な人員の確保と同時に一次救命処置を開始
 - スタッフがそろい次第、二次救命処置を開始
 - 心当たりのあることはチームメンバーに報告
 - * 上司、GRMに連絡
 - 家族には事故発生直後にその時点で判る範囲で第一報を伝える。

全病院としての取り組み

①スピードと透明性

②GRMは状況を把握後、必要な指示を行う。

- 病院幹部に報告
- 緊急事故調査委員会の立ち上げ
- 診療記録の内容確認とコピーの指示
- 現場には**証拠保全**の指示（ルート・注射器・アンプル・薬袋など、

使用機器のデータやビデオ映像の保持も）

- 当事者のケア：現場から離し担当が付き添う
- 通常業務も滞る事が無いように配慮して人員を配置

情報をGRMに集中させ、指示系統を一元化

Stage 3 【家族説明】家族への対応



①事故発生直後：

- ・その時点で判っていることをまず知らせる。

②状態が落ち着いた早い段階：

- ・起こった状況やその後の処置と予後を説明。
- ・その際、十分に事実経過や因果関係を把握しておく。

③その後：

- ・経過や原因の判明をみながら何度も説明を行う。

Stage4 【届出と公表】



外部機関，警察，マスコミ

外部機関への報告 ⇒ 対策本部長（院長）の判断で決定

監督官庁への連絡 ⇒ 事務長

- 岡山県保健福祉部 医療推進課
- 倉敷市保健所 保健総務課
- 場合により，倉敷警察署 刑事一課

現場での届出後の準備，当事者の事情聴取への対応。

職員への説明会開催

⇒ 速やかに職員に事故の事実と家族への説明内容を伝える。

以後の事故の情報に関する窓口は総務に一元化。

記者会見などマスコミへの公表準備

⇒ 家族へ承諾をとりつけ，公表内容を確認。プライバシーには特に注意。

*** 事故想定訓練を通じて知って欲しいこと ***

“不幸にも医療事故が起きた場合”

問われるのは

“起こしたことなく、どう対応したか！”

アンケート結果より・・・

- 見学しながら緊張した
- 事故対策本部の迅速かつ的確な対応と、役割調整が印象に残った
- 個人がおこしたことではあるが、個人を責めるのではなく、病院全体のこととして取り組んでゆくことの大切さ
- 院長の明確・明快なリーダーシップは職員として誇りに思います
- 患者への説明は訓練のように簡単に行かない。あまりにも現実離れしている。
- あまりにもスムーズに運びすぎてかえって不安。
- 対策本部が設置された後は医療安全管理室のスタッフに役割が分担されるが、各自の役割が大きく通常業務ができないのではと思った。



事故想定訓練より得られたこと

- ・シナリオを考えることで、事故後の対応において何を行うべきかを明らかにすることができた。
- ・訓練を行うことにより、事故後の対応において行うべきことを反復しながら確認できた。
- ・訓練に参加したり見学したりすることで、医療安全に対する関心が高まった。
- ・病院幹部が訓練に参加することにより、安全管理に取り組む幹部の姿勢を病院全体に示すことが出来た。



IPSG活動の現状

新採用者研修資料より

IPSG 1 患者を正しく識別する

患者誤認防止のため

患者は呼びかけると返事を
をしてしまうことがあり
ます。
…特に自分が間違われて
いるとは思わない

患者本人にフルネームで**お名前**
と**生年月日**を名乗ってもらう

2点照合

〇〇〇雄さん
ですね？

はい

お名前を
フルネームで
お願いします

×××郎
です

患者氏名 ×××郎

確認：何を見て、何を照合するのか



☆ 照合方法

(職員が持つ患者情報と、患者から伝えてもらった情報/患者が保有する情報と照合)



2-1・口頭指示

- ①医師は、**口頭指示を原則として行わない。**
- ②やむなく口頭指示を行う場合、指示を受ける側は**指示内容を「医師からの電話口頭指示受けメモ」を使用して記載。その内容を読み上げ復唱。**
- ③医師は、復唱内容が正しいか明確に伝え、**24時間以内**にその内容をカルテに記載。



2-2・危機的な診断検査結果の報告

①臨床検査での緊急異常値⇒検査技師

画像検査での重大な診断結果⇒放射線科医師/放射線技師

②20分以内に指示医に電話連絡

(前回値と乖離しない場合は報告しない)

③連絡を受けた医師は、その内容を記載し、読み上げ復唱.

④連絡者は、復唱内容が正しいか明確に伝え、電話連絡後に報告内容をカルテに記載.

チェックバック（再確認）

指示や依頼したこと(されたこと)を繰り返し反復して
伝え合う ⇒ 『ループを閉じる』



- (例えば)
- ・ 救急外来で口頭指示を行わないといけな
ないとき
 - ・ 緊急異常値の報告
(を受けた) 時
などなど

2-3・引継ぎ

①引継ぎは**SBAR**を用いる

S (situation)	最も伝えたい状況や問題点
B (background)	患者背景, 既往歴, 病状経過, 検査・処置結果など
A (assessment)	自分の見解, 判断, 今後の状態予測
R (recommendation)	受け手に対する提案や要望

②口頭のみでの引継ぎは避ける。

③重要な引継ぎ場面では, 「引継文書」に基づいて行う。

ハンドオフ（引き継ぎ）

適切な情報を正確に受け渡す責任を自覚する



情報伝達の不確実性を理解し、引継ぎチェックリストや
情報端末を利用する



「これくらいは言わなくてもわかっているだろう」とは考えず
重要事項を具体的に表現する



伝達終了後チェックバック(重要事項の相互復唱)を行い、
メンタルモデルが共有された事を相互で確認する



相手に不明な点を明確にする機会を与える

6-1.入院患者

◇転倒転落アセスメント表で評価し、点数に応じて対策を講じる

◇入院患者アセスメントのタイミング

- i. 入院時アセスメント
- ii. 転倒転落を生じた当日
- iii. 手術や検査の後
- iv. 転棟後
- v. 転倒転落リスクを上げるような患者病状の変化時
- vi. その他看護師が必要と判断した場合
- vii. 上記以外に看護師は週1回の定期的な継続的評価

～ 転倒転落を防ぐために ～

体調不良時には 普段1人で歩ける方でも
思わぬふらつきを生じる場合があります。

体力の低下した方、1人での移動が不安な方は家族や病院職員
に付き添ってもらいましょう。 遠慮なく声をおかけ下さい。



階段やエスカレーターでの転倒は
大怪我につながります。
病院内ではエレベーターをご使用下さい。



杖や歩行器など適切な歩行補助具を選びましょう。
歩行が困難な方では車イス、歩行器をご使用頂けます。



治療や検査のためベッド上での待機が長時間となることがあります。



～ 転倒転落を防ぐために（小児）～

保護者の方へ

お子様には常に転倒や転落の危険があります。
特に小さなお子様からは目を離さず、
注意して頂きますようお願い致します。



☆転倒について

- かかとのない履物（スリッパなど）は危険ですので靴をはきましょう。
- 廊下はすべりやすいので走らないでください。



☆転落について

- ベビーカー、椅子、補助ベッドにいる時は目を離さないで下さい。
- | |
|-----------------|
| 子供が寝ている時、 |
| 子供から一瞬でも目を離すとき、 |
| 保護者の方の外出時 |



子供ベッド：必ず柵を最上段に
上げてください。
大人ベッド：4点柵をしましょう。



転倒予防に、 プラスワン・パス

安全に医療サービスを提供するために、転倒リスクのある方は、「プラスワン・パス」の着用にご協力ください。

移動等の際に、必要に応じて職員がお手伝いしますので、ご遠慮なくご提示ください。



！ 車いすを利用している



転びそうになったり、
危ないと思うことがある

！ 歩くときに、
杖や補助が必要



2018年度に行った医療安全に関する研修内容

- **オリエンテーション**（医療安全について）
- **K Y T・患者誤認**について研修
- **S M研修**(新任医師・メディカルスタッフ)
 - RCA・SBAR/SKT・チームステップス・講演会**
- **春の医療安全講演会**
- **秋の医療安全講演会**

- **チームステップス**研修会
- **チームステップス**研修会（5部署）1部署/月
- **事故想定訓練**
- **新採用者多職種合同研修会** **転倒転落・患者誤認**
- **K T Y**研修
- **国際患者安全目標（IPSG）e-ラーニング**
- **インシデントレポートK Y T**

「To Err is Human」から
20年・・・

「・・・そして、前より安全に
なったのでしょうか」
「・・・そして、質は向上したの
でしょうか」



・・・「はい、なったんですよ。例
えば、電子カルテ導入により・・・、
それからPDAを使用すること
で・・・」と答えたい！



自分の心の中にもつ
イメージや固定観念

- …とはいっても、人は間違える
- …そもそも安全っていう状況あるの？
- …事故を経験したことがないから、
わからない
- …こんなに忙しいのに
- …焦ってたから。
- …後で確認しようと思ってたのに
- …今回は、たまたま運が悪かった

事故ゼロ・・・???
ヒューマンエラー
ゼロ・・・可能???



- 心理学「**最小努力の法則**」

「一定の目標に到達するために」可能な方法や経路がいくつかある場合、その中で最も楽なものを選ぶ傾向にある

例 1 : 交通量の少ない道路では歩道橋を通りたくない

→危険を承知で、道路を横断する

例 2 : 安全な指定道路は遠回りになるからとおりたくない

→無視して危険な近道をする

- 自分では不安全な状況をまったく意識していない

意識していても「ちょっとだから」と安易な気持ち

U : 油断 F : 不注意 O : 横着



インシデントレポートKYT 研修

KYTとは？



- 労安法の制定をきっかけとして始まった取り組み
- 現場で行う危険を予知する活動のこと
- 代表的なものが新KYT!! (昭和57年から今の形として定着)

(元になった取り組み)

①危険 (Kiken) 予知 (Yochi) 訓練 (Training)

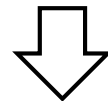
(昭和49年 住友金属 (株) 和歌山製鉄所で開発)

②問題解決4ラウンド法

(昭和48年 中央労働災害防止協会 (中災防) のゼロ災運動が始まり)

③指差し呼称

(旧国鉄の指差し喚呼が始まり)



現場レベルでのミス (ヒューマンエラー) 対策

いま、なぜK Y Tか？



- 現場で、なぜ繰り返し同じような事故が起きているのか・・・
 - 事故は運が悪く、たまたまで起きているのか・・・
 - 危険予知トレーニングって何・・・
 - リスク感性が本当に向上するのか・・・
 - 評価できるものなのか、効果は・・・
-
- K Y Tの方法論だけでなく、医療安全におけるK Y Tの位置づけこそが重要
 - K Y（危険予知）は医療安全の基本

危険感受性を磨くとは

日ごろから、危険に対して**思考すること**により、潜在危険を洞察する力をつけておくこと



- 個々人の安全意識を高める
- 対象である患者の状態を知る
- 設備や機器の構造や働き、原理を知る
- 取り扱う「モノ」の有害性を知る
- 人間の特性を知る

私たちの現状



- 「一度起きたことがまた起きている」
- 「私が起こしたことは他の人も起こす」
- 「多くの人が同様の状況では同じような反応をする」

人間は誰でも間違える（人間の特性）

しかし、それに甘んじていてはいけないヒューマンエラーを起こさないように自分自身を律していく。

⇒ KYT（個人）

事故を減らす

「人は間違える」ことを前提として、システムを構築し機能させてい

く（組織）

安全意識の低減の報告



第1法則 安全意識は、事故が発生しない限り単調に減少する

第2法則 安全意識を上昇させるのは、事故の**体験のみ**である

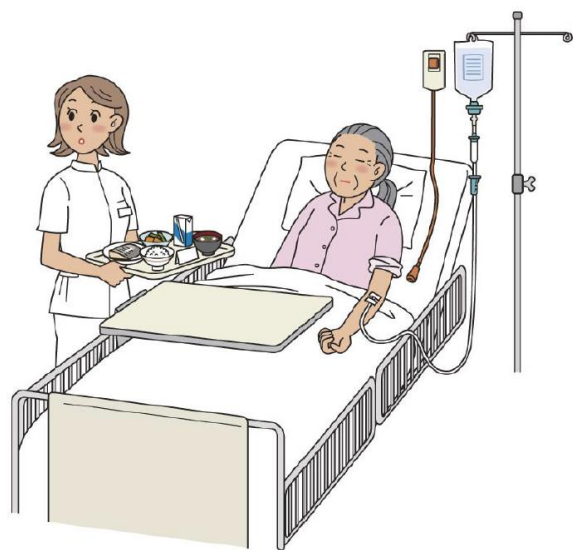
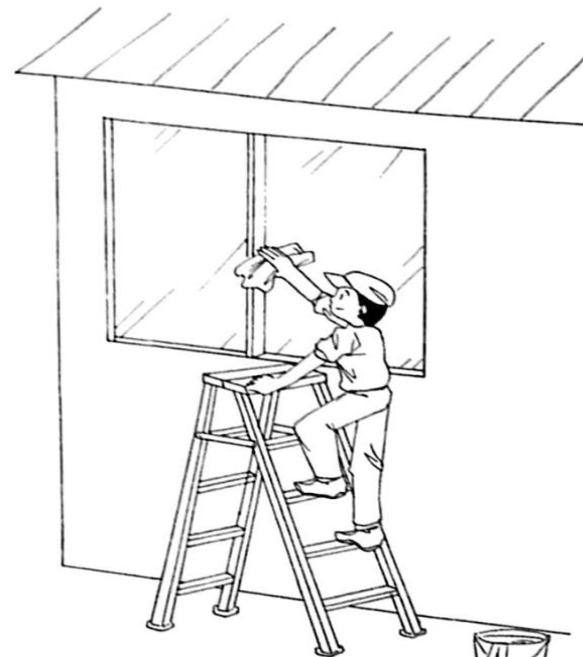
第3法則の1 安全意識の上昇度は、事故の重大度に比例する

第3法則の2 安全意識の上昇度は、事故と自分への**近接度**に
比例する

警鐘：安全状態が続くほど安全意識が低下する
事故発生を準備する体制が整う

安全文化の醸成は安全活動を継続することが基盤

これまでのKYTは！



インシデントレポートKYT



ミス防止の基本は再発防止

- 現場で提出されるインシデントレポートは現場の実態を映し出す鏡
- 現場から提出されたインシデントレポートを使い

こういう問題が起こったときには、

どのような背景があり、

どういうときに人間はヒューマンエラーをおこすのか

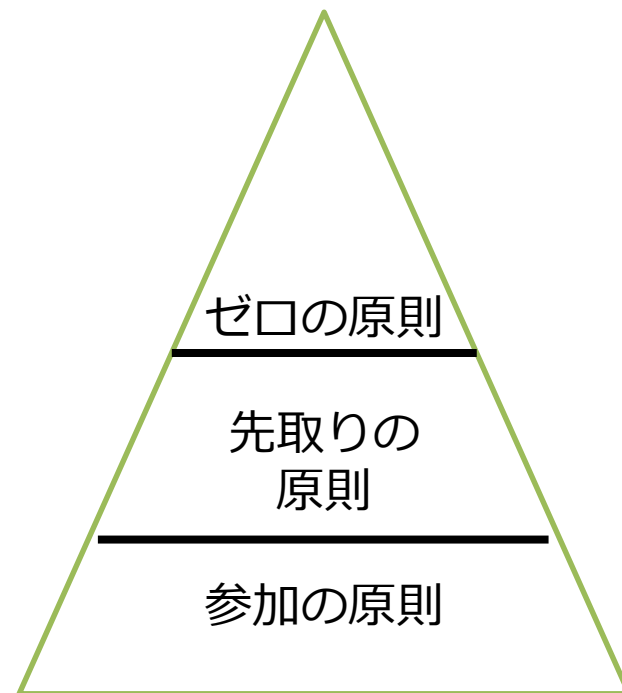
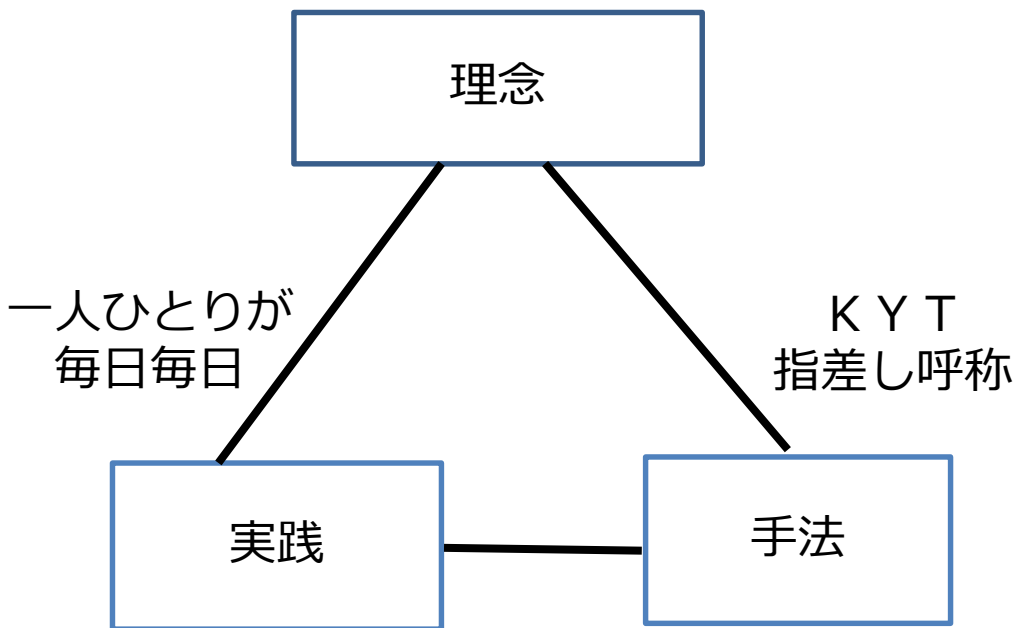
ということを

- 現場のメンバー（小グループ）で話し合い、考えあい、分かり合って
- 危険のポイントや行動目標を決定し、指差し呼称や唱和で確認し
- 行動する前に患者安全を先取り

することができる

人間尊重の理念 ゼロ災の「心」を大切に

人間尊重 (一人ひとりカケガエノナイひと)



ゼロ災運動における“ゼロ”とは

単に死亡災害・休業災害だけがなければよいという考えでなく、**職場や作業にひそむ危険はもとより働く一人ひとりの日常生活にひそむすべての危険（問題）を発見・把握・解決**し根底から労働災害・職業性疾病をはじめとして交通災害を含めたあらゆる災害をゼロにしていこうとすることである。

1 対象を見る



2 指を差し



- 呼称項目を「〇〇」と唱えながら
- 右腕を伸ばし
- 人さし指で対象を指差し
- 対象をしっかり見る

3 耳元へ



- 右手を耳元まで振り上げながら
- 本当に良いかを考え確かめる

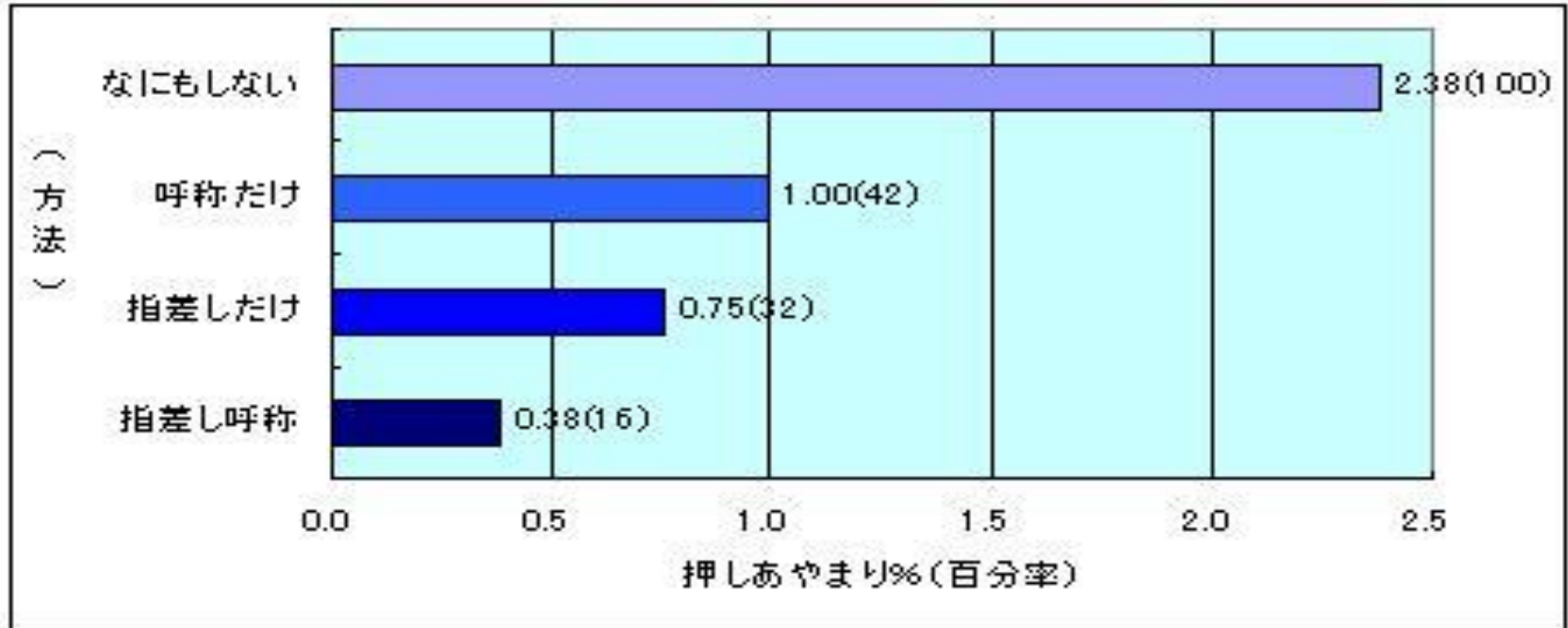
4 振り下ろす



- 確認できたら
- 「ヨシ!」と唱えながら
- 確認対象に向かって
- 振り下ろす



指差し呼称の効果



平成6年 鉄道総合技術研究所
指差し呼称の効果鑑定実験結果

★ねらい

- リスク感性を高める
(危険予知の習慣化)
- みんなで考える
(チーム医療の推進)
- 要所・要所で立ち止まり
(意識のギアチェンジ)

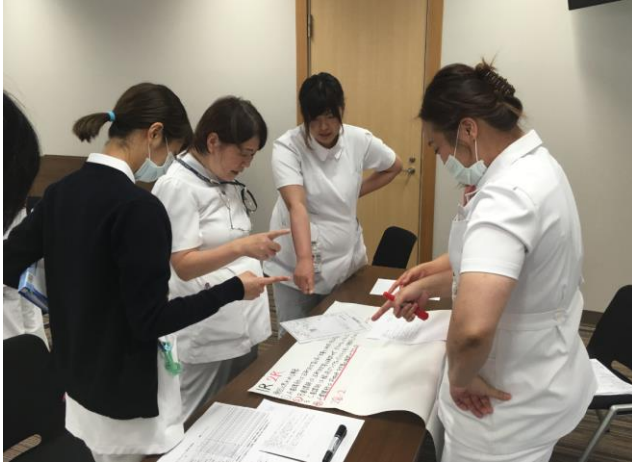
- チーム（グループ）でインシデントレポート（実際の事例）を用いて、その中にどのようなリスクが潜んでいるかを抽出する
- 特に重大なリスクを選び、対策についても考える

インシデントレポートKYTのねらい



- 事例を共有する
- 背景要因も含めて原因を想定（妄想）し、現場に即した対策を考える
- 事故を詳細に分析する手法ではない
- 日常の起こりがちなインシデントを活用して、同種・類似の事例を防止するための活動
- あまり時間をかけなくても良い、場合によっては、口頭のみで5～10分でもOK！
- 今回は、20～30分で！

実際の研修会風景



1R

- ① タイムアウトをする時に Mega Oak の名前 ID 見ていた。
- ② 2画に 2患者を出していた。
- ③ 登録前に名前とIDを確認していた。
- ④ Mega Oak に 2患者を表示していた。
- ⑤ 医師が他の画面に切り替わった時に...

2R-2

- 1 業務量が多かった。
- 2 登録前に名前IDを確認する習慣がない。
- 3 バッドサットのPCの画面はその人だと思いこんでいる。
- 4 多職種PCをさかしている。 (正確性の保証、確認可能の手配が必要)

3R ✖

1. 登録前に名前とIDを確認する
2. 指し声を確認する
3. 入力時そのPCを閉じない
4. 立ち去る前に画面を閉じる

チーム行動目標

患者コンピュータ (PC) は必ず名前とIDを確認する

登録前には、名前とIDを確認する。

指

登録前、名前・ID 確認よし!

インシデントレポートKYT研修アンケート結果

Aさんの薬を誤ってBさんへ内服させてしまった事例

KYT研修実施日
6/17 16:45~17:45 13名

..今回の研修会の感想について
大変役に立つ・・・54%
役に立った・・・46%

!研修会の時間配分・内容（KYT研修進め方の説明）

妥当・・・・・・・100%

- ・短的でよかった
- ・分かりやすかったです

!研修会の時間配分（危険の捉え方と表現の仕方演習）

妥当・・・・・・・100%

!研修会の時間配分について（KYT基礎4R法演習）

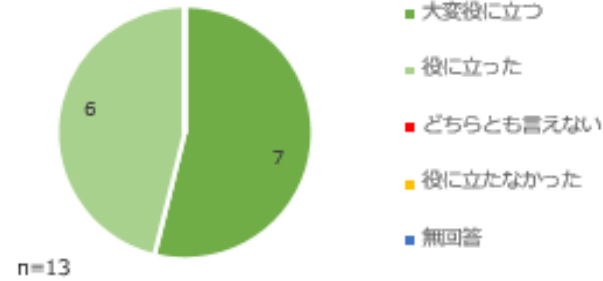
妥当・・・・・・・100%

- ・頭で整理できる妥当な時間だった

!全体を通しての意見

- ・楽しく学ぶことが出来ました
- ・他人ごとと思わずいつも緊張感をもっていきたい
- ・行き詰った時、アドバイスをいただきスムーズに行うことが出来ました。今日から指差し呼称徹底！
- ・事例を通して自分にも起こりうるインシデントだったので、今回学んだことをすぐ活かしていこうと思います
- ・チームで意見を出し合うことで、いろいろな問題点、改善策が見つかったので良かったです

研修会の感想・評価



対策

- スマホと配薬箱の2点照合（フルネームと生年月日）
- 配薬箱を患者の前に持って行き、名乗ってもらいながら一緒に確認する
- 患者に名乗ってもらった時に、配薬箱の名前と照合する



インシデントレポートKYT実際 事例紹介

Aさんの薬を誤ってBさんへ内服させてしまった事例

対策

- スマホと配薬箱の2点照合（フルネームと生年月日）
- 配薬箱を患者の前に持って行き、名乗ってもらいながら一緒に確認する
- 患者に名乗ってもらった時に、配薬箱の名前と照合する

定期的にKYTができれば良いなと思いました

インシデントを起こしたことを指摘する場ではなく
ポジティブに検討できることで次への対策など
前向きに考えることができました



側管を外す際にAプラグも外してしまいルート確認不足で血液・輸液・麻薬が漏れてしまった事例

対策

- 点滴開始・終了時に点滴から刺入部までの三方活栓を含めルートを確認する
- 側管を外すたびに、ルートを全て確認する

眼科手術で違う患者（同姓者）を入室させた事例

対策

- OP出し前にはアイセンター出口にあるOP伝票を確認する
- 患者確認時には必ずOP伝票とネームバンド・患者カルテで確認しよう
- 手術入室前は手術伝票で患者照合しよう
- 手術出し時、手術伝票で氏名・部屋を確認しよう

I 個人（医療者）の成長への意欲

人間性（humanity）
知識・技術（professionalism）

II 組織のあり方（文化・風土）の变革

自覚・自律、信頼（権限委譲）
コミュニケーション、風通し物の
言える風土

III 安全対策システムの構築

指針、委員会の設立
手順・規律の策定と遵守
教育・研修・訓練

医療安全の確保



JCI 更新審査振り返りアンケート

2019/3/



2019/2/25～3/1 JCI更新審査 振り返りアンケート調査結果

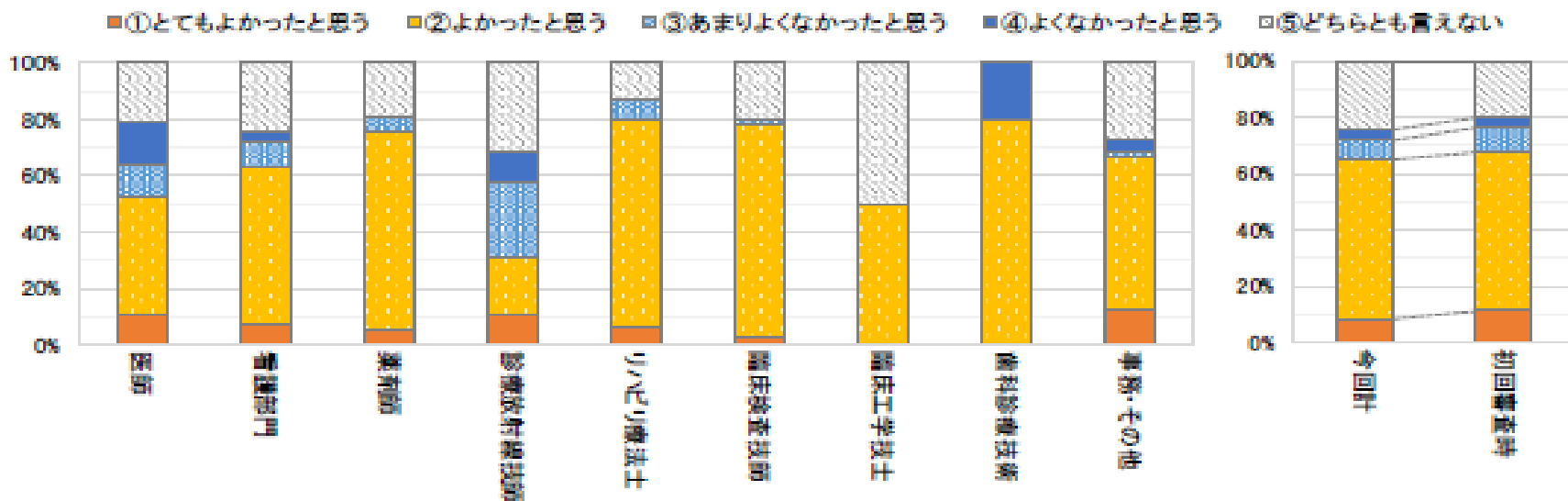
2019/3/13

n=937 【選択肢集計】

HGM推進センター JCI更新審査事務局本部

■ 2 ■ JCIの審査を受けたことについて:

	医師	看護部門	薬剤師	診療放射線技師	リハビリ療法士	臨床検査技師	臨床工学技士	歯科診療技師	事務・その他	今回計	初回審査時
①とてもよかったと思う	6	38	3	2	1	2			26	78	100
②よかったと思う	22	290	37	4	11	52	3	4	107	530	502
③あまりよくなかったと思う	6	44	3	5	1	1			4	64	78
④よくなかったと思う	8	17		2				1	8	36	32
⑤どちらとも言えない	11	129	10	6	2	14	3		54	229	180
総計	53	518	53	19	15	69	6	5	199	937	892



JCI受審で得られたもの

振り返りアンケート結果

1. 個人の意識変革

問題意識、知識の蓄積

成功体験、達成感、前向き姿勢

(D. Pink;モチベーション3.0)

2. 組織としての一体感

個と全体の認識

環境の改善

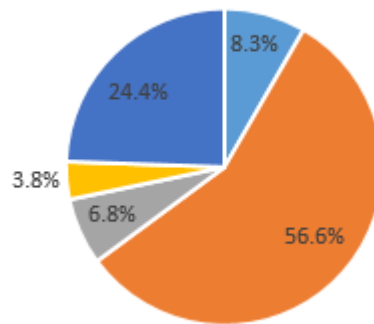
業務、手順などの整理・統一化・明確化

3. 目的の共有化

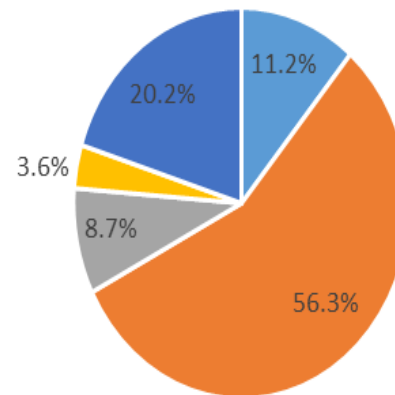
病院の方向性の認識

医師の参加・協力

JCI受審直後のアンケート（900人）



初回審査終了時



更新審査
終了時

- とてもよかったと思う
- 良かったと覆う
- あまり良くなかったと思う
- 良くなかったと思う
- どちらともいえない



公益財団法人 大野記念倉敷中央医療機構
倉敷中央病院

'19年度 患者安全方針

1. モニタリングの質を改善し、IPSGの遵守率を向上する
2. 処方・与薬に関する医療安全報告事例の発生低減
3. 電子化・一元化された医療安全報告の定着と分析
4. 他施設連携による評価に基づく改善活動



根づかせよう安全文化
みんなの努力と活かすシステム！
HQM推進センター

内容	目標	具体的行動
1 医療安全文化の構築	医療安全報告を定量化と分析 医療安全報告書、改定後の定着 QM差し戻し件数の減少 (4月のデータを指標) 職員に対する研修・教育の徹底 死亡事例の分析	4月・・・差し戻しデータ収集 5月以降・・・現状調査・個別指導 毎月QM会議で報告 データ集計・読み取り・報告 ※月別データからの変化に応じて必要時対策検討、改善活動 ・センチネル・ニアミス事例選定→分析 ・事例検討会、RCA、KYT実施 ・FMEA チームステップス研修会企画・運営(人材開発とともに) SM研修会・院内講演会(受講率90%↑) 巡視・活動発表会 死亡事例のスクリーニング・共有・対策検討 (事例検討会・RCA分析・M&Mカンファレンス)
2 医療安全報告結果からの改善活動	投薬過誤による事例の減少(昨年度以下) アレルギー情報漏れによる有害事象低減 患者の取り間違いによる有害事象低減	投薬過誤の件数及び発生率 アレルギー情報共有 配薬のタイミング変更・運用確認 代行処方 持参薬管理
3 他施設との連携を図り、医療安全対策に関する評価に基づき改善活動を実施する	他施設連携による医療安全に関する改善活動実施	他施設巡視/評価結果に応じた改善活動 ネットワーク会議(1回/2か月)
4 IPSG遵守	転倒転落低減 2%以下 患者誤認の低減(1割減)	IPSG ワーキングメンバー選定 ワーキングを中心として、モックアップ計画策定・改善活動実施

年間スケジュール

4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
新入職者研修		春季医療安全講演会			巡視	秋季医療安全講演会		年度末巡視			
KYT	巡視	6/14(金)				10/11(金)	事故想定訓練 11/22(金)				
	SM研修会 5/24-25	SM研修会 6/7-8 6/28-29									
M&Mカンファレンス		M&Mカンファレンス		M&Mカンファレンス		M&Mカンファレンス		M&Mカンファレンス		M&Mカンファレンス	

全病院的な取り組みとしての
医療の**安全**、質、効率化の改善活動



個人の成長、組織文化・風土の変革



安全システムの構築と確立

