

平成30年度
モーニングレクチャー

医療安全活動について



日本赤十字社
Japanese Red Cross Society

松山赤十字病院

平成30年7月12(木)
松山赤十字病院
医療安全推進室長(副院長)
上甲 康二

I. 医療安全の基本的な考え方

人は誰でも間違える

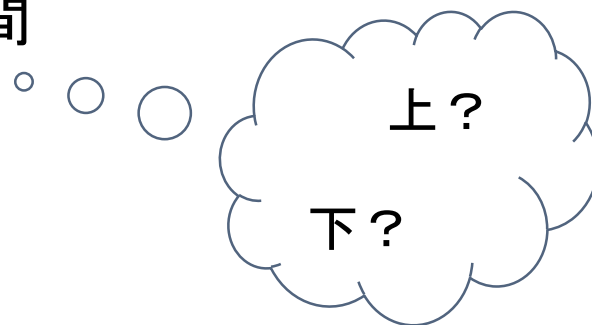
事故発生メカニズム

日常生活のエラーと
医療現場のエラー発生メカニズムは同じ

結果の重要度が異なる



頭で考えたこと
心理的空間



現実に関じたこと
物理的空間

ヒューマンエラー

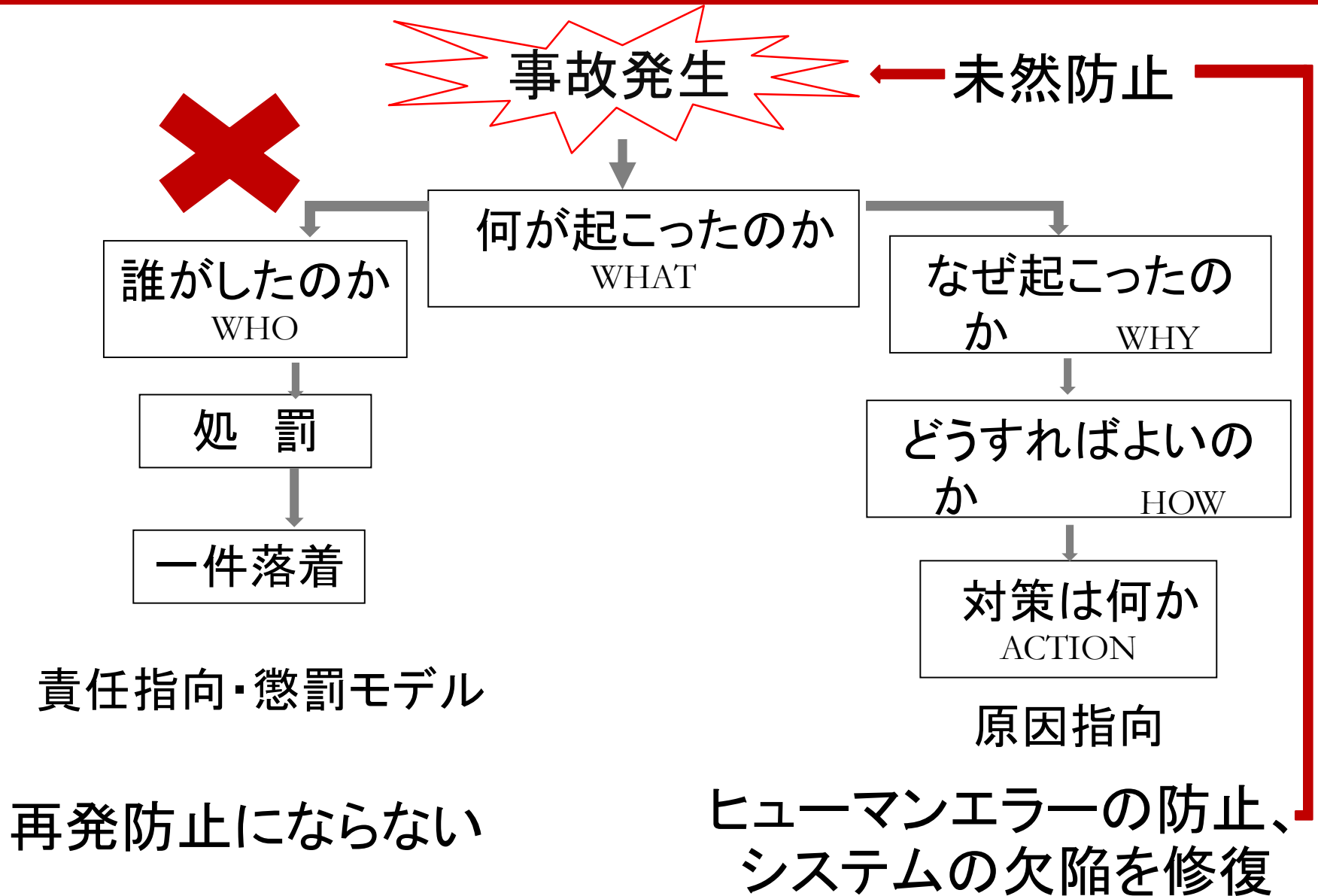
エラー発生時の反応

- ・ちゃんと注意しなさい
- ・気をつけなさい
- ・真剣さが足りません
- ・こんな偶然は仕方がない
- ・気をつけます
- ・注意します

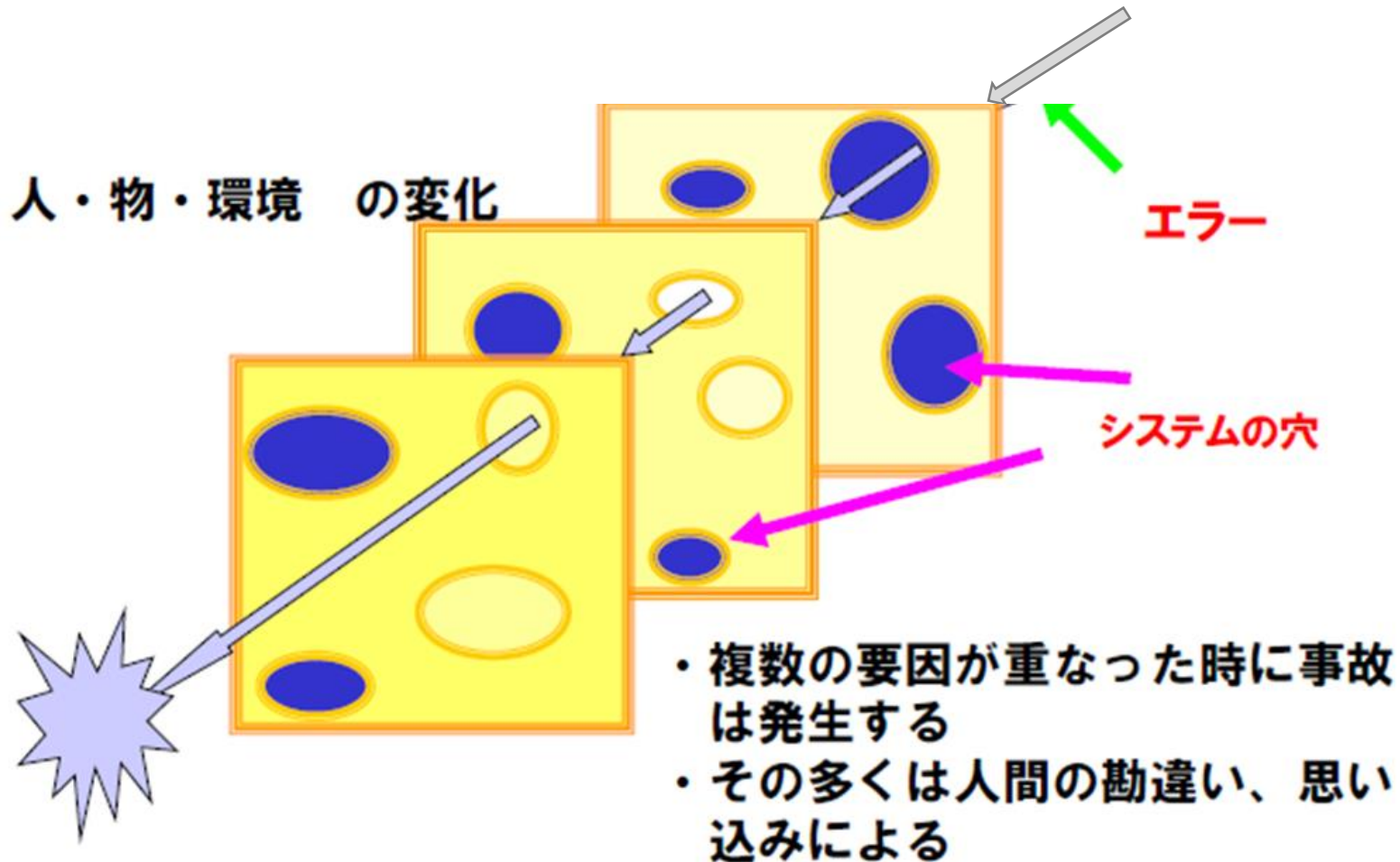


エラーはなくなるらない

事故に対する考え方



スイスチーズモデル (Reason, J.)



空いた穴が見えないことが問題

「組織事故」 著: James Reason

II. 医療安全管理体制

基本的な考え方

「患者の立場に立って患者が安心して医療を受けられるよう環境を整える」

人は誰でも間違える (To Err is Human)



- * 間違いが起こらないよう危険を察知し普段からシステムを整備する **事故発生防止**
- * たとえ間違いが起こったとしても大きな事故につながらないように組織として システムを構築する **事故拡大防止**

リスクマネジメント 組織体系

院 長

医療事故対策会議

医療安全推進室

- ・室 長 (副院長)
- ・副室長 (診療部長・事務副部長・看護副部長)
- ・医療安全管理者
- ・総務課医療安全係長

医療安全推進委員会
(事故防止対策)

医療事故調査委員会
(事故調査)

医療事故調査会
(事故発生時)

健診部
RM

検査室
病理部RM

事務部
RM

医療社会
事業部RM

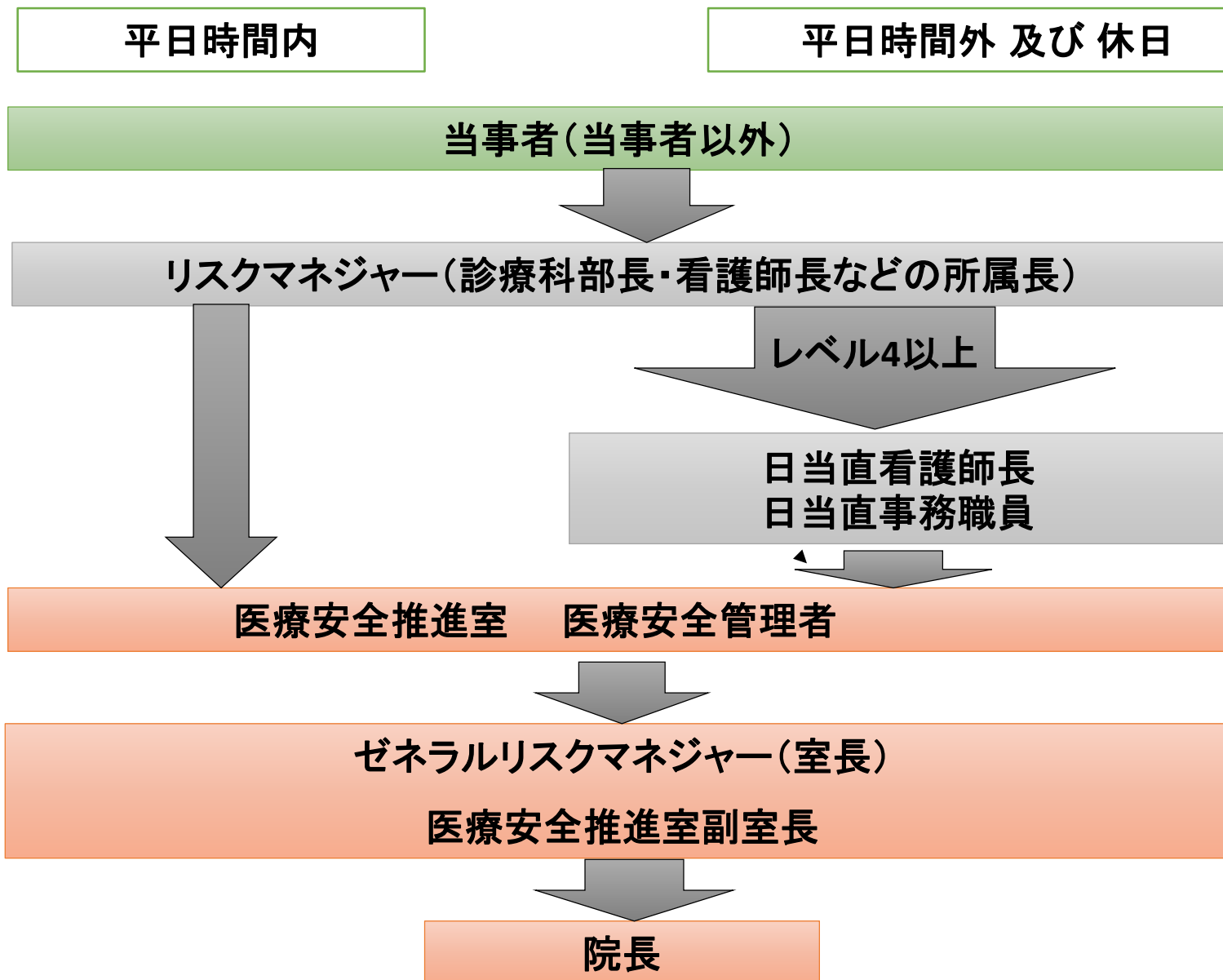
薬剤部
RM

放射線
科部
RM

診療科部
RM

看護部
RM

院内報告制度



ハット！



ヒアリハット

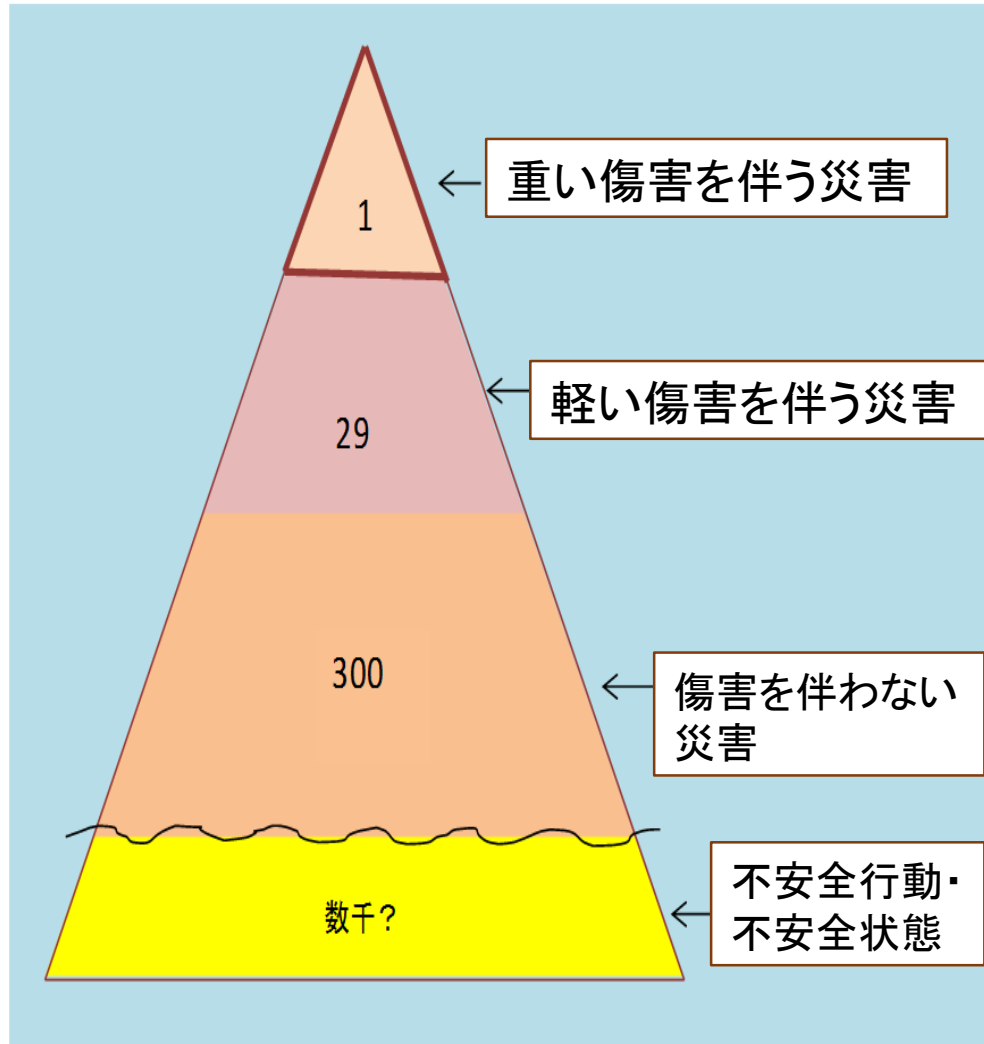
検索

もしかしてヒヤリハット



ヒアリ

ハインリッヒの法則



一件の大きな事故・災害の裏には、29件の軽微な事故・災害、そして300件の[ヒヤリ・ハット](#)がある。

大きな問題になる前には、必ず何か小さな事象が多発している。

リスクを把握し共有することがいかに大事か。

風通しの良い環境を作っていく

オカレンスレポートとは

患者の診療やケア、療養場面において、
期待したことと異なる事態が発生したす
べての事象、予測しなかった事態が発
生した場合に記載するレポートである

オカレンスレポート

＜オカレンス報告決裁＞ 下記オカレンス事例について報告いたします。

取り扱い注意

院長	副院長	副院長	副院長 (医療安全推進室長)	副院長 (兼看護部長)	事務部長	事務 副部長	事務 副部長	総務課長	看護 副部長

原本です。入力する場合は名前を付けて保存し使用して下さい。

ダブルクリック:カレンダー機能あり

オカレンスレポート		報告日		年	月	日	
部署名	職名	氏名(氏名は3b以上のみ記入)		職務経験年数	部署配属年数		
				年	月	年	月
当事者の職種	☐ 医師 ☐ 歯科医師 ☐ 助産師 ☐ 看護師 ☐ 看護助手 ☐ 薬剤師	☐ 管理栄養士 ☐ 栄養士 ☐ 調理師 ☐ 診療放射線技師 ☐ 臨床検査技師 ☐ 理学療法士	☐ 作業療法士 ☐ 言語聴覚士 ☐ 歯科衛生士 ☐ 歯科技工士 ☐ 視能訓練士 ☐ 社会福祉士	☐ 臨床工学士 ☐ 事務職員 ☐ その他(技術員)			
発見者	☐ 当事者本人 ☐ 同職種者 ☐ 他職種者	☐ 患者本人 ☐ 家族・付き添い ☐ 他患者					
患者番号	リスクマネジャー						
患者名	(署 名)		印	部長又は室長 確 認 印			
診療科	科	患者年齢 (男・女)	病 名				
発生場所	() 外来 () 病棟 その他()	☐ 診察室 ☐ ナースステーション	☐ 待合室 ☐ 病室 ☐ 処置室 ☐ 浴室 ☐ その他()				
発生日時	201	年	月	日	時	分	
発見日時	201	年	月	日	時	分	
処置を開始した時刻	201	年	月	日	時	分	
部長に報告した時刻	201	年	月	日	時	分	
種類 ※裏面の該当項目にも記入願います	☐ 指示・情報伝達に関すること ☐ 薬剤・輸血に関すること ☐ 治療処置に関すること ☐ 医療機器に関すること ☐ ドレーン・チューブに関すること ☐ 検査に関すること ☐ 療養上の場面に関すること ☐ その他						
発生状況 (簡潔に)							
発生後の対応経過							
患者(家族)への説明と その後の患者(家族)の反応							
再発防止策							

医療安全推進委員会受付番号: 20

受付年月日: 年 月 日

オカレンス基準

※オカレンス(レベル3b以上)については、医療安全推進室より左上決裁欄をもって院長報告いたします。

オ カ レ ン ス	レベル0	☐ エラーや医薬品・医療用具の不具合が見られたが、患者には実施されなかった。
	レベル1	☐ 患者への実害はなかった。
	レベル2	☐ 安全確認のための検査などの必要性は生じたが、処置や治療は行わなかった。
	レベル3a	☐ 簡単な処置や治療を要した。(消毒・湿布・皮膚の縫合・鎮痛剤の投与など)
	レベル3b	☐ ① 療養場面の事象において濃厚な治療・処置を要した。
		☐ ② 治療・処置・手術による合併症を発症し、濃厚な治療・処置を要した。
		☐ ③ 予期していない事象が発生し、濃厚な治療・処置を要した。
	レベル4	☐ ① 療養場面の事象において治療・処置を実施したが障害が残った。生命の危機の可能性が高い。
		☐ ② 治療・処置・手術による合併症を発症し、治療・処置を実施したが障害が残った。生命の危機の可能性が高い。
		☐ ③ 予期していない事象が発生し、障害が残った。生命の危機の可能性が高い。
レベル5	☐ ① 療養場面の事象において治療・処置を実施したが死亡に至った。	
	☐ ② 治療・処置・手術による合併症を発症し、治療・処置を実施したが死亡に至った。	
	☐ ③ 予期していない事象が発生し、死亡に至った。	
	レベル5	☐ ④ 心肺停止を発見し死亡に至った。

患者の信頼度基準

☐ 信頼度 1	: あまり損なわない	☐ 信頼度 2	: 少し損なう	☐ 信頼度 3	: 大きく損なう
--------------------------------	------------	--------------------------------	---------	--------------------------------	----------

患者の心身状態

心 身 状 態	☐ 意識障害	☐ 認知症	☐ 睡眠中	☐ 不明
	☐ 視覚障害	☐ 上肢障害	☐ せん妄状態	☐ 障害なし
	☐ 聴覚障害	☐ 下肢障害	☐ 薬剤の影響下	
	☐ 構音障害	☐ 歩行障害	☐ 麻酔中・麻酔前後	
	☐ 精神障害	☐ 床上安静	☐ その他()	

※裏面に続く

(医療安全推進室へ提出)

オカレンス基準

オ カ レ ン ス	レベル0	☐ エラーや医薬品・医療用具の不具合が見られたが、患者には実施されなかった。
	レベル1	☐ 患者への実害はなかった。
	レベル2	☐ 安全確認のための検査などの必要性は生じたが、処置や治療は行わなかった。
	レベル3a	☐ 簡単な処置や治療を要した。(消毒・湿布・皮膚の縫合・鎮痛剤の投与など)
	レベル3b	☐ 療養場面において追加治療・処置を実施した。 (転倒・転落後の骨折、誤飲、ドレーン・チューブ誤抜去による損傷、再挿入等)
		☐ 治療・処置・手術による合併症を発症し、濃厚な追加治療・処置を要した。 (CVC挿入後の気胸、手術・処置中の他臓器損傷等)
		☐ 治療・処置・手術による合併症を発症し、信頼を大きく損なった。
		☐ 診断、発見、処置が遅れた可能性を否定できない。
		☐ 患者や家族から苦情・不審の言動(その可能性がある)がある。
	レベル4	☐ 治療・処置・手術による合併症を発症し、追加治療・処置を実施したが障害が残った。生命の危機の可能性が高い。
		☐ 予想していない事象が発生し、障害が残った。生命の危機の可能性が高い。
	レベル5	☐ 治療・処置・手術による合併症を発症し、治療・処置を実施したが死亡に至った。
		☐ 予想していない事象が発生し、死亡に至った。
		☐ 心肺停止を発見した。

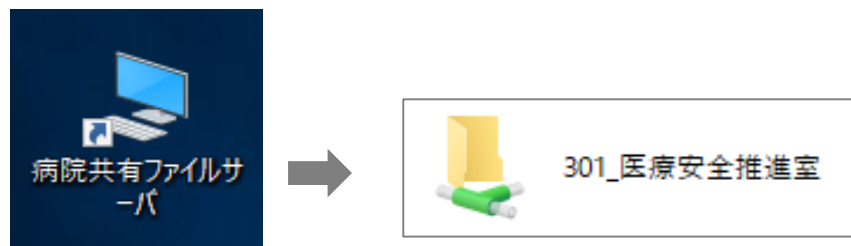
オカレンスレポート報告システム

1. 所属するリスクマネジャーに発生内容を報告する
2. オカレンスレポートを作成する

※①②選択可能

- ① 紙面に手書き記載し、リスクマネジャーの署名・押印後提出する。
- ② 病院共有ファイルサーバー「301医療安全推進室 オカレンスレポート原本」を選択する。
 - a. 入力後、名前を付けて保存し紙面印刷し提出する
 - b. 入力後、名前を付けて保存し「病院共有ファイルサーバー 301医療安全推進室」に保存する

※a b選択可能



- 報告者や部門の責任を問うものではない(個人を責めない)
- 病院内で発生した事例を吸い上げることが目的
- 病院内におけるヒヤリとした体験、ハッと感じた出来事などを速やかに報告することにより、安全管理に役立てるもの

妥当とされる報告件数・・・病床数の約5倍
全体の10%が医師からの報告

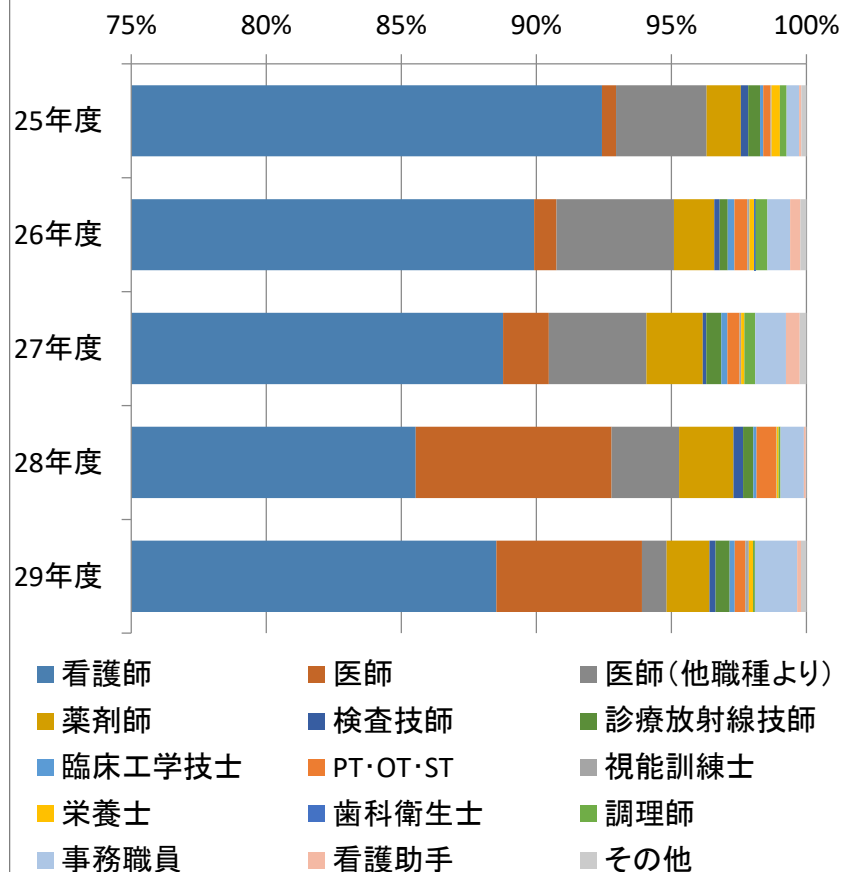
報告件数が多い＝事故抽出力・透明性が高い

III. 報告事例

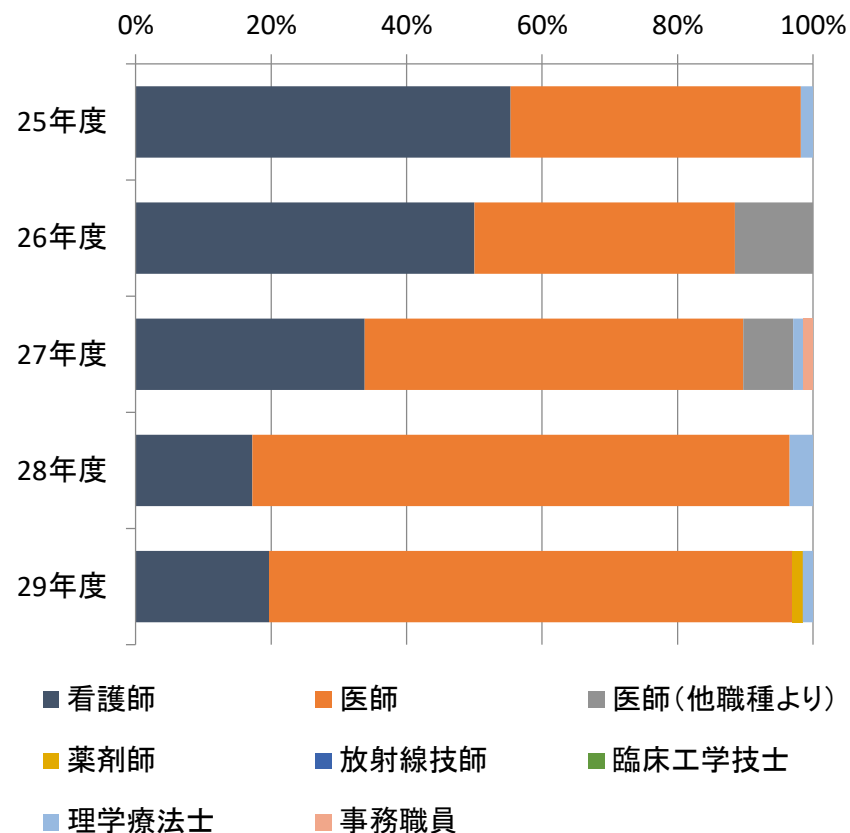
オカレンスレベル・職種別報告件数

日本赤十字社 松山赤十字病院
Japanese Red Cross Society

レベル0～3a

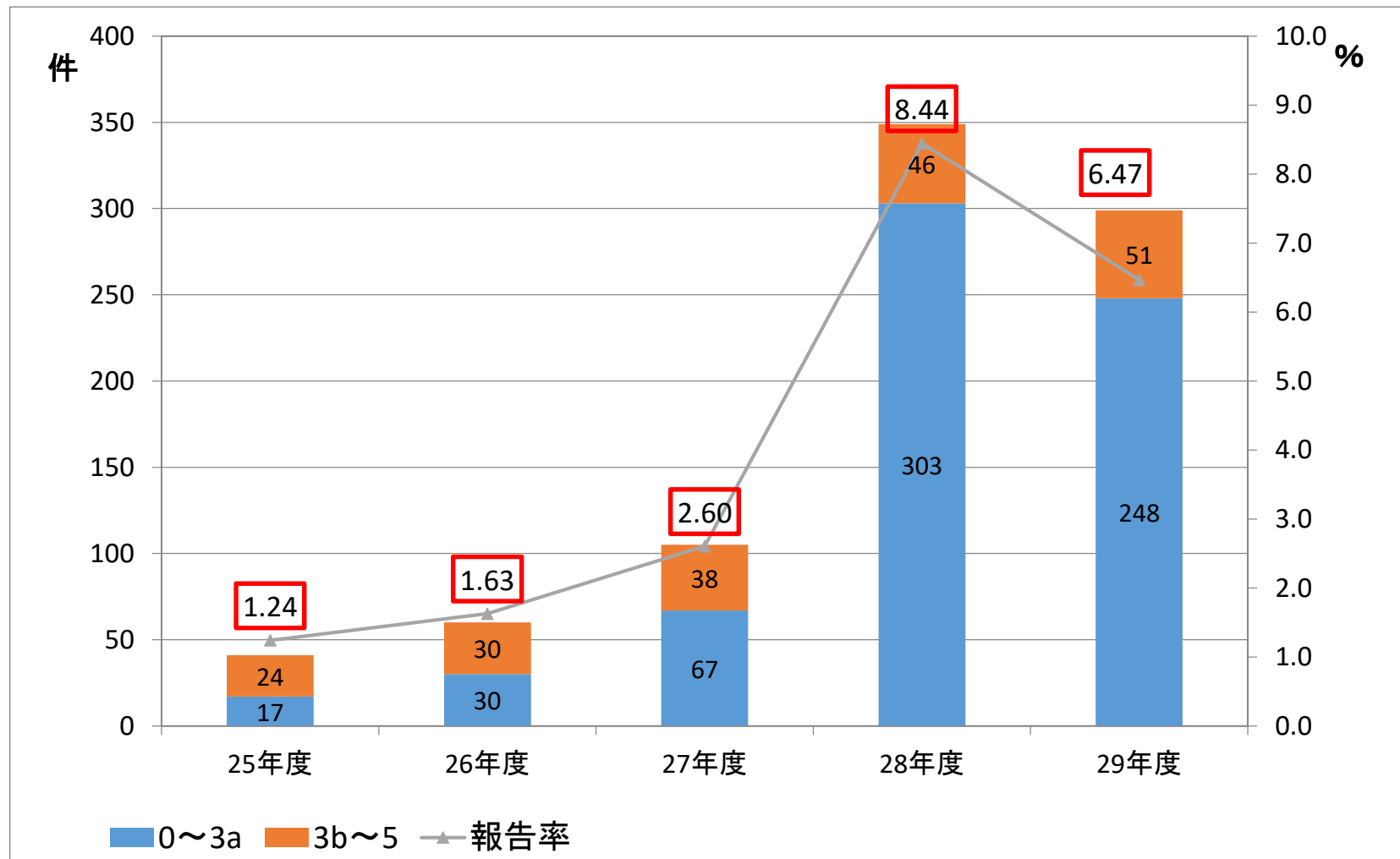


レベル3b～5



医師のオカレンス報告件数・報告率

報告件数 全体の10%が妥当



研修医からの報告件数



なぜ医師からの報告件数が10%必要か

医療の質と安全確保のために

組織が有害事象を正確に把握するためには
医師からの積極的な報告が不可欠

- 医師は重症度の高い有害事象に日々直面している
- 組織が真につかむべき安全上の重要な情報ソースには医師が関与していることが多い
- 看護師からの報告は未遂・無害事例、軽症事例を多くつかむことができるがそれだけでは不十分

IV. 医療安全対策（一部抜粋）

医療安全ハンドブックの携帯

「医療安全ガイドライン」

1. 医療安全ガイドライン
2. 医療事故・紛争対応ガイドライン
3. 危機管理マニュアル

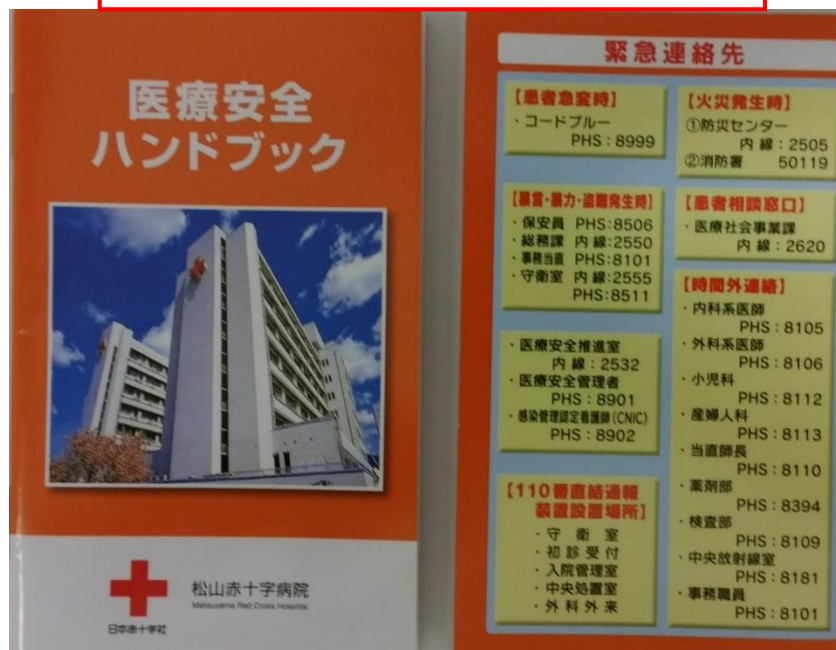
緊急連絡先

各部署に配布



全職員のポケットに配布

いつでも確認できる



中心静脈カテーテル(CVC)挿入に関する体制整備について

中心静脈カテーテル挿入に関する指針の改訂 平成27年3月

中心静脈カテーテル挿入時に発生する重篤な合併症の報告

- ◆ CVCインストラクター・認定医制度管理者
- ◆ CVCインストラクター
- ◆ CVC認定医
- ◆ CVC講習会受講



CVCインストラクター・認定医制度の導入

中心静脈カテーテル挿入に関する指針の改訂

平成27年3月

中心静脈カテーテル挿入時に発生する
重篤な合併症の報告

- ◆ CVCインストラクター・認定医制度管理者
- ◆ CVCインストラクター
- ◆ CVC認定医
- ◆ CVC講習会受講

認定条件

- ① 5年以上の経験年数と30例以上の経験症例を有する
- ② 初回認定は院内講習会受講後とする
- ③ インストラクターより推薦がある
- ④ 2年に1回以上講習会を受講する

役割

- ① 非認定医がCVC挿入を行う場合は立ち会い指導する
- ② 非認定医が挿入できない場合はインストラクターまたは認定医が施行する



CVC認定医以外の施行/ 医療安全ガイドライン

施行条件(全ての条件を充たすこと)単独で挿入してはならない

- ① 初回CVC挿入は講習会(講義とハンズオン)受講後とする
- ② インストラクターまたは認定医の指導のもと施行し、単独で挿入してはならない
- ③ 3回の穿刺にて挿入できない場合はインストラクターまたは認定医に交代する
- ④ 2年に1回以上講習会を受講する

研修医の先生方には
麻酔科研修時に麻酔科医師(認定医)により
ハンズオンを実施します



臨床研修における安全確保のための活動が行われている

- ◆ 研修医からのアクシデント・インシデントレポートの記載・提出が習慣化していること。提出を促す仕組みや教育についての体制があることを確認する
- ◆ 研修医からインシデントレポート(例えば、薬剤部からの処方箋に関する義照会なども入りうる)が提出され、それが研修の改善に繋がるシステムとして機能していることが必要である
- ◆ 医師の医療安全への姿勢の目安として、病院全体として看護師から提出されるインシデント・アクシデントレポートの10%程度が医師から提出されていること。インシデント・アクシデントレポートは研修医一人当たり10件(年間)以上と考えられる