

No.	分類	表題	対象	効果	表示	効果	ドキュメント	効果	人	効果
34	移動	病室による(2回の)床への乗り込み、撤去								
35	移動	ベッド間の床に撤去								
36	移動	廊下での乗り込み								
37	移動	医事課職員が患者様の乗り込みを発見								
38	移動	ベッドサイドでの乗り込み								
39	移動	ひとりトイレ歩けしトイレ内の壁で頭部打撲したという訴え								
40	移動	ベッドサイドへの撤去								
41	移動	ベッドサイドへの乗り込み								
42	移動	ボータアルトイレ移動時の乗り込み								
43	移動	ベッドサイドでの乗り込み								
44	移動	ベッドサイドへの乗り込み								
45	移動	トイレ個室へ入ろうとする際の乗り込み								
46	移動	ベッドサイドの撤去								
47	移動	病室内乗り込み								
48	移動	ボータアルトイレ使用時の乗り込み								
49	移動	ベッドサイド乗り込み								
50	移動	排便時のベッドサイドへの乗り込み								
51	移動	ベッドサイドでの乗り込み								
52	移動	患者様遠慮による移動中のひざまづき								
53	移動	なし								
54	移動	トイレに行こうとしてカーテンに寄りかかり倒れ込み								
55	移動	夜間の下着を着替えようとしてすわり込み								
56	移動	ベッドサイドの乗り込み								
57	移動	乗り込み発見								
58	移動	車椅子移動時のふらつきによる上服の切創								
59	移動	ベッドサイドでの乗り込み								
60	移動	ベッド間の撤去								
61	移動	P-トイレにうつろうとしての撤去								
62	移動	ベッドサイド乗り込み								
63	移動	ベッドサイドに撤去								
64	薬	薬剤識別もれ								
65	薬	M Sコンチン内服遅れ								
66	薬	自己管理の患者様の抗生剤の内服開始間違	内服開始の時間まで薬を患者に渡さない	○						
67	薬	カフコデN減少投与(疑)	内服準備段階で全回分ずつ小分けにまとめおく	○						
68	薬	N s 管理中の内服の渡し忘れ		○						
69	薬	内服薬(カマグ)の与薬忘れ		○						
70	薬	薬のセットまちがえ		○						
71	薬	タミフル過剰投与		○						

No.	分類	表題	対象	効果	表示	効果	トキメント	効果	人	効果
72	薬	退院処方への渡し忘れ					退院準備チェックリストを作成し、渡し忘れがないか患者に確認をする	○		○
73	薬	自己管理中の患者の過剰内服					服薬指導時、患者不在の場合のマニュアルをつくる	△	他の薬剤師がカルテと薬袋の中身、記入事項を確認する。薬を預かるNsも同様の確認をする	○
74	薬	自己管理内服中の過剰内服	薬を一回分ずつ小分けにした状態で患者に渡しておく	○						
75	薬	内服薬（テオドール）の過少投与								
76	薬	内服薬の過少投与					食札のような小さな処方箋を一緒に処方箋にセットする。Nsの個人の携帯端末で処方箋を見られるようにする	△		○
77	薬	M Sコンチンの内服確認不足					内服予定時刻を患者から見える所に表示する。ドサイドに内服時刻をセットしたタイマーを置き、タイマーがなったら飲むように説明する	△	内服時刻直前に再度説明に行く	○
78	薬	中止薬の内服					薬袋に大きく「○月○日より内服中止」と表示する。配膳の益に「内服中止」のメモを添える	△	内服時刻直後、すぐに内服を確認に行く	○
79	薬	内服開始薬の投与忘れ					電子カルテにし、いつでもどこでも確認できるようにする。担当患者についての新しい情報にNsの人の形態端末に届くようにする	○		
80	薬	中止の薬を処方					カルテに記入する際、薬が変更になったことを色をつけて書く	△		
81	薬	用法見落としによる調剤ミス					調剤時、監査時で処方箋に薬名、量を確認のうえ、確認印を押す	△		
82	薬	包装含有量の見方違いによる過量投薬					薬品欄に一錠あたりの含有量と一包あたりの含有量を表示する。製薬会社は、外装の表示を「二包＝100mg含有、一丸＝50mg含有」など分かりやすくする	△		
83	薬	自己内服管理者の過剰内服					一回分ずつを小分けにしてまとめ、それぞれに内服日、時間帯を明記する	○		
84	薬	自己管理中のプレドニン早期内服開始					内服準備時間にタイマーをセットする	△	リターナーNsが内服準備を促す	○
85	薬	自己管理中のプレドニン早期内服開始					内服開始日を薬袋に大きく色付きで表示する	△	内服開始直前まで、Nsが薬を預かっておく	○
86	薬	自己管理患者様の過剰内服					一回分ずつ薬を小分けにまとめ、それぞれに内服日と時間を書いて患者に渡す。ベッドサイドにホワイトボードを設置し、内服量を表示する	△		
87	薬	眠前内服薬飲み忘れ							Nsが7種類を1回分としてまとめ患者に渡しておく	○
88	薬	過剰投与発見					カルテに内服薬についての変更事項を記入する際は、変更を赤で書く	△		
89	薬	自己管理の過剰内服					一回分ずつ小分けにしてまとめた状態にし、それぞれに内服日、時間帯を表示する	○	内服前後にNsが内服量を確認に行く	○
90	薬	血糖降下剤過剰投与					処方箋にセットする際、食札のような縮小した処方箋もセットし、照合する	△	セットする際二人で確認する	○
91	薬	下剤した食事のお盆に内服薬がのっただ	内服を確認するため、内服後、患者に薬の外装を残しておいてもらう	△			下剤する際、盆に食器以外のもののがのっっていないか確認する	○		○

No.	分類	表題	対象	効果	表示	効果	ドキュメント	効果	人	効果
92	薬剤カ ルテ	定期薬がカルテに記入されているのに処方され 方されていない					電子カルテにし、電子カルテから、処方 義が出力されるようにする	○	処方作成後、他の人に確認してもらう	○
93	注射	注射薬のラベル貼り間違い					カルテの、内服薬を書く欄を別にす る	△	ラベルを貼り終わった後、別のNsに確認 してもらう	○
94	注射	5%Tと50%TZの混点間違い			混点する前のTZに、使用する患者の名 前を表示しておく	○			混点準備後、他のNsに確認してもらう	○
95	注射	検査後のシリンジポンプの電源接続忘れ			作動しているか、電源が接続されている か、チェックを促す張り紙を機械に張る シリンジポンプを動かす、「電源は 接続されていますか？」という音声が流 れるようにする。	△				
96	注射	注射薬の実施間違え							注射薬を準備した後、他のNsに内容を 確認してもらう	○
97	注射	術前のルートマップ選れにより、輸液が 指示量施行できなかつた					輸液の準備が複数ある場合はどの輸液を いつ行うか計画表を作る	△		
98	注射	薬液の濃度間違い							総称する際2人のNsで行う	○
99	注射	注射の人力間違い							入力後、他の人に確認してもらう	△
100	注射	指ボの注射施行せず					電子カルテにし、担当患者について新事 項が書き込まれると、Ns個人がもつ端 末に知らせが届くようにする	○		
101	注射	造影剤注入時、患者の観察を怠らない		△						
102	注射	DOA・DOB輸液セット間違いによる 過少投与			セットとポンプが違えばアラームが なる仕組みにする	△	セットを2時間置きにチェックすべきと いうアラームを鳴らす	△	セットを準備後他のNsに確認してもら う	△
103	注射	朝8時のラジックス(20)iv忘れ			処方箋に施行日と時間を明記する	○				
104	注射	血糖測定を忘れた事によるインスリン施 行遅れ			血糖測定のリベットサイドにかける。 測定時間も記入する。にセットし、患者の 測定時間をタイマーにセットし、患者の そばに置いたり、Nsが持ち歩く	○		Nsが測定を忘れている場合は患者から 催促してもらう	△	
105	注射	患者様のお待たせ			リハビリ終了の札を患者につけてもら う	△			リハビリ担当のスタッフからNsに終了 の連絡をいれてもらう	○
106	注射	薬品のケースへの入れ間違い			薬品と収納するケースの大きさをそろ え、違う薬品がそのケースに入らないよ うにする	○			薬品棚に入れる際は二人で行う	○
107	注射	ケーツーNの過剰投与			モノを病棟に送る際に、使用患者の氏名 を表示しておく	○				
108	注射	抗生剤の払い出し違い			色、形状、名前が似ている抗生剤の取納 棚に注意を促す張り紙をする	△				
109	注射	注射薬取り誤り			払い出す際に、薬品名だけでなく、コー ドも確認する	○				
110	注射	注射の混点間違い					処方箋に薬剤名と量を確認のうえ、確認 印をおす	△	薬剤取出し時に他の薬剤師にも確認して もらう	○
111	注射	インスリンの注射忘れ			「インスリン注射要、済」の札をベッド サイドにかける	○			混点の準備後、他のNsに確認してもら う	○
					患者にインスリン注射に来てもらう時間 にタイマーをセットし、患者のベッドサ イドに置く	△			Nsは食事時間前に注射済みを確認に行 く	○

No.	分類	表題	対象	効果	表示	効果	ドキュメント	効果	人	効果
					Nsはインスリン注射施行時間にタイムスロットし、持ち歩く。配膳表にマークをつけて注意を促す。	○		○		
112	注射	セレネース、アキネトン点滴での過剰投与					指示書にいつ何をどれだけ投与するかを書く欄を新たに作る。	○	混点準備後、他のNsに確認してもらう。曖昧な指示はDrに再度確認する。	○
113	注射	k c l の点滴の開始時間の遅れ					Drは、指示に、k c l をどの時点で入れるか詳細を記入する	○	Nsは自分で判断せず、Drにたずねる	○
114	注射	輸液セットについての情報提供不足			ニトロプロセリン、タキソール、ドルミカンの脚と配置表に輸液セット交換の表示をする	○			専用輸液セットを薬剤科に置き、払い出し時に点滴セットをつけて私いただきます	○
115	注射	輸液セットの不適切な使用			ニトロプロセリン、タキソール、ドルミカンの脚と配置表に輸液セット交換の表示をする	○			専用輸液セットを薬剤科に置き、払い出し時に点滴セットをつけて私いただきます	○
116	注射	点滴の間隔							混点準備後、他のNsに確認してもらう	○
117	注射	昼食直前ノボラピット注射忘れ					ベッドサイドにその日の予定を書いたリストを置き、消したものは、Nsの印をおす D O Sシステムを導入し、Ns個人が持つ携帯端末で患者のこれまでの処置が見れるようにする	○		
118	注射、その他	約束時間忘れによる患者様おたせ			タイマーを持ち歩き、約束の時間にタイマーをセットしておく	○				
119	投与	胃管自己除去								
120	投与	I H V自己除去								
121	投与	バルーン自己除去								
122	投与	胃管自己除去								
123	投与	I V自己除去								
124	投与	胃管自己除去								
125	投与	気管カニューレ自己除去								
126	投与	胃管自己除去								
127	医事	入院費請求ミス			一つの入力ミスを訂正すると、その他に訂正すべき種類のリストがパソコンに表示されるようにする	○			請求書作成後、他の人に確認してもらう	○
128	医事	健康診断表に記入もれがあった			記入欄の色をつけて目立たせる	○			診断表をてにするDr、Ns、医師がそれぞれ確認する	○
129	医事	予約票の入れまちがちなによる検査もれ			記入欄を右端に統一する 予約票をカルテにはさむと、両方の名前が縦に並ぶなどして、名前を照合しやすくする	○				
130	医事	カルテ探し			カルテから音が出る仕組みにする	○			電子カルテにし、いつでもどこでも見れるようにする	○
131	医事	処方間違			カルテ中の、新しい薬が内服開始になったことや内服中止になったことの記載を色で区別する	○			処方箋を作った後、他の人に確認してもらう	○
132	医事	請求間違							請求書作成後、他の人に確認してもらう 請求する際、患者に内訳を説明し疑問点ないか尋ねる	○
133	医事	食事指導の患者様の1時間おたせ			栄養士が席を外す際に、ボックスに「不在」と表示する。Nsがカルテをボックスに入れた際もボックスに「カルテ有り」の表示を促す	○			栄養士が席を外す際、Nsに連絡する	○

No.	分類	表題	対象	効果	表示	効果	ドキュメント	効果	人	効果
					ボックスにカルテが入ると、栄養士の部屋のランプが点滅するようにする	○△				
134	医事	保険証の返し間違い			整理券を配り、保険証を返す際に控えの番号と照らし合わせる	○			保険証を返す前に、患者に名前を呼べる	○
135	医事	診察券を間違えてカルテに付けていた	患者ごとに様々な形の診察券を作り、カルテのポケットの形と診察券の形が一致していないと入らないようにする。	○△	カルテのポケットの場所を「未し、ポケットに診察券を入れる」と、診察券の名前とカルテの患者名が並ぶようにして、識別性を高める。	○△				
136	医事	カルテ所在不明で診察お待たせ (同時刻 2件)			カルテから音が出るようにする	×	×	×	カルテからの電波をキャッチし、所在がPCCのMAP上に出るようにする	○
137	医事	カルテ所在不明で診察お待たせ (同時刻 2件)			カルテから音が出るようにする	×	×	×	カルテからの電波をキャッチし、所在がPCCのMAP上に出るようにする	○
138	医事	入院カルテの表紙出し間違い							カルテ作成後、他の人に確認してもらう	○
139	医事、検査	シグナルの立て違いによる患者様のお待たせ							採血伝票をシグナルとして利用する	○△
140	医事、検査	同姓同名の患者様のエンボス押し間違い			エンボスカードに写真をつける	○△			エンボスカードを患者に返す際、患者に名前を確認する	○
141	医事、検査	内視鏡伝票のカルテへの入れ忘れ			カルテ、エンボスカードに同姓同名がないかを印をつけて注意を促す	○				
142	検査	尿アルブミンの取り忘れ	電子カルテにし、検査情報が入来検査室のPCCに直接行くシステムにする	○	カルテとエンボスカードの名前が縦に並ぶようにポケットの位置を変える。	○△				
143	検査	CEA検査結果の見落とし			裏ポケットにも患者の名前を表示する	○				
144	検査	検査忘れにより患者様をお待たせした			DRが必要なもののシグナルをカルテに立てておく	○			本伝票と伝票を点検から切り離す作りにする	○△
145	検査	採血のカルテと伝票指示の照らし合わせ不足			伝票に、外来検査室への連絡を促す注意書きをする	△			伝票をカーボンにし、外来検査室用の伝票も作る	○△
146	検査	エンボスの印字不明瞭による入力間違い			検査結果 (異常所見) を +, - で表す	○△			検査結果を患者にも見せ、疑問があれば質問してもらう	△
147	検査	採血の2重取り			DRが縫診項目を書いた札を患者につける	○				
148	検査	検体の取り忘れ			ベッドサイドに採血済みであることを表示する	○			一枚目がシール、二枚目が控えとなる。カーボン式の伝票をつくり、シールをスビツに貼る	○△
149	検査	血糖測定遅れ			ベッドサイドに検体採取の札を付けておく	○			担当患者のその日の検査をメモし、もち歩く	○
150	検査	検査項目見落としによる2度の採血施行			ベッドサイドに血糖測定札をかける。タイマーを持ち歩き、測定時間にタイマーをセットする	○			一枚目がシール、二枚目が控えとなる。カーボン式の伝票をつくり、シールをスビツに貼る。検査申し送り板に特殊検査に欄を作り、チェックする	○△
151	検査	血圧タイマーのかけ忘れ			特殊伝票の、専用スビツが必要な項目の色を変える	○				
					検査項目の欄にチェックを入れる際にはなく、項目を○で囲む	○			印字が不明瞭な場合は手書きでつけたす	○
					血圧を立てるとセンサーが反応し、自動でタイマーが作動するようにする。	○				

No.	分類	表題	対象	効果	表示	効果	ドキュメント	効果	人	効果
152	検査	レントゲン伝票のチェックもれによる患者様のお待たせ			血沈をたてる場所に、タイマーをかけたか、きちんと作動しているか注意を促す張り紙をする。	○		○		
153	検査	血液型検査時に名前を書いたカセットを置き違えた	本来使用するべきのバーコードシステムを利用する。	○	カセットと血液の氏名を確認しやすい位置に表示する カセットとスビッツの色の種類を数種類作り、患者ごとに、カセットとスビッツの色が対応するようにする	○		○	伝票記入後、他のNsに確認してもらう	○
154	検査	検査(撮影部位)間違え			事前に撮影部位を書いたカードを患者に渡しておき、撮影の前に確認する	○	一枚目がシール、二枚目が控えとなるカーボン式の伝票を作り、撮影部位を書いたシールを患者に貼る	○		○
155	検査	血沈の指示があるのにしていないかった			伝票中の、専用のスビッツが必要な項目の色を養える	○		○		
156	検査	アンモニアの採血後スビッツの出し忘れによる刺し直し			検体を置く場所に一定時間以上ものがあるかどうか確認する	○		○		
157	検査	胃カメラフィルムの二重使用			一度フィルムを使うと、色が変わる仕組みにする 二重使用すると、機械にエラーが表示されるようになる	○		○		
158	検査	採血スビッツラベルの書き間違え			伝票の氏名がはっきりとわかるようにする	○		○	採血したその場で患者の氏名を尋ね、シールを貼る	○
159	検査	選食伝票の出し忘れ、検査車の設置忘れによる配膳間違え	伝票を電子化し、検査が済んだ時点で、選食伝票が栄養科のPCに届くようにする	○	ベッドサイドに検査の札をかける	○		○	選出Nsが選食伝票だすべきことを、リーダーNsが申し送る	○
160	検査	ワーリアン服用中の患者様の胃内視鏡時生検した			ベッドサイドに検査説明済の札をかける	○		○		
161	検査	腹部CTの患者間違え(検査申し込み返記入間違え)			検査中「生検禁止」のカードをモニターに貼り付ける	○		○		
162	検査	検査票の記入もれ			カルテを写真真付きにする	○		○	電子カルテにし、その日の検査一覧がPCから出力されるようにする	○
163	検査	蓄尿袋に尿をうつした際尿が流れたことによる全尿糖もれ	元々袋の下を開放できない作りにし、尿を入れた後に袋の下を切って開放するようにする	○	記入欄に色をつけて目立たせる	○		○	検査申し込み送り版作成後、他のNsに確認してもらう	○
164	検査	健診者のHbA、C伝票提出もれ	検査が決まり次第、電子伝票が検査科のPCに届くシステムにする	○	袋が閉まっているか確認を促す張り紙をする	○		○	診察担当Nsが記入漏れないか最終確認する	○
165	検査	採血の取り忘れ							誰がいつ記入するかマニュアルを作る	○
166	検査	フィルムの紛失			フィルム棚のフィルムを取り出した箇所に付箋をし、付箋に日付、取り出した人の名前を書く	○		○	一枚目がシール、二枚目が控えとなるカーボン式の伝票をつくり、採血項目のシールをスビッツに貼る	○
167	検査	検査説明のもれ			ペッドサイドに検査板をかけ、検査説明が「要」か「不要」かも表示する	○		○	PCに全患者の氏名とID番号を登録しておき、PC登録されていない氏名が入力されるとエラーが表示される仕組みにする	○
168	検査	伝票間違え								
169	検査	撮影日付間違え			機械に日付が正しいか確認を促す張り紙をする	○		○		
170	検査	尿沈沈のチェック見落とし			棚にチェックを入れる際、色付きのチェックを入れる	○		○	一枚目がシール、二枚目が控えとなるカーボン式の伝票を作り、チェック項目のシールをスビッツに貼る	○

No.	分類	表題	対象	効果	表示	効果	ドキュメント	効果	人	効果
171	検査	患者名入力間違い					PCに全患者の氏名とID番号を登録しておき、PC登録されていない氏名が入力されるとエラーが表示される仕組みにする	○	○	○
172	検査	夕食前の採血忘れ			採血の時間にタイマーをセットしておき、日勤、夜勤が交代しても気づくようにする。	○	採血など、実施時刻が決まっているものについてスケジュール表を作る。決まった時刻に担当者の携帯端末に知らせるようにする。	○	患者に採血のスケジュールを伝えておき、患者から言うってもらう。	○
173	検査	確認不足による二電採血				○	POSシステムを導入し、Ns個人が持つ携帯端末で患者のこれまでの処置が見られるようにする	○		○
174	検査	B s check忘れ			測定時間にタイム二をセットする。ベッドサイドに血糖測定のをかける	○				
175	検査	採血伝票(データ)の患者氏名の入力間違い			PCに登録されていない患者の氏名が入力されるとエラーが表示されるようにする	○				
176	その他	絶食入院伝票出し忘れの給食事代入力			同姓者のカードには注意を促す印をつける	○				
177	その他	外出伝票に同姓者のエンボスカードの押印間違い			エンボスカードに顔写真を貼せる	○				
178	その他	ベッドサイドでの麻りこみ				○				
179	その他	ライスターによるシヤンバーへの引火				○				
180	その他	リハビリ開始の遅れ			リハ指示箋を電子化し、各部署のPCに前載していくシステムにする	○				
181	その他	給与(勤怠)の入力まちがい			やるべきことをメモする	○				
182	その他	車イスから下半身すべりばかり			休日出勤と呼出時をマークで表す	○				
183	その他	他科受診の延期			外来受診時間の時間にタイマーをセットし、患者に持たせる	○				
184	その他	思い込みにより検診データの記入まちがい			「〇月〇日分の検査説明」と記入する	○				
185	その他	外出許可のない患者様の無断外出								
186	その他	ベッドからの転落								
187	その他	なし								
188	その他	薬品未購入による患者様のお待たせ					POSシステムを導入し、ある行為をした時点で行為が記録されるようにする	○		
189	その他	レントゲンフィルムの名前間違い(入力) 発見					DRがPCで薬品の在庫状況が分かるようにする	○		
190	その他	入院指票病名書き間違い					薬品未購入時のマニュアルを作る	○		
191	その他	トイレでの麻り込み					全ての患者の名前をPCに入力し患者にいない名前が入力されると間違いを知らせてくれる設定にする	○		
192	その他	徘徊にて無断外出								
193	その他	バッグの盗難								
194	その他	検査結果(FAX)のカルテへの入れ間違い			カルテにファックスをはさまむ際、両方の氏名が縦に並ぶようにする	○				
195	その他	床への麻り込み								
196	その他	なし								
197	その他	塩酸モルヒネの廃棄			リニアフューザーのルートがきれいな作業にする	○				
198	その他	検査科とのコミュニケーション不足により他科受診できなかった			伝票に伝票を促す張り紙をする	○				
199	その他	床への麻り込み			伝票に、いつまでに必要か書く欄を作る	○				

No.	分類	表題	対象	効果	表示 痛権に「ビール缶持込禁止」の張り紙を する	効果	ドキュメント	効果	人	効果
200	その他	車椅子用トイレ内にミニビール空缶があった								
201	その他	Bs測定忘れ			ベッドサイドに血糖チェックの札をかける 測定時間にタイマーをセットし、Nsが 持ち歩く。または患者のベッドサイドに 置く		ワークシートを各患者ごとに切り離し、 それぞれを患者に配る。ベッドサイドに 置く			
202	その他	麻り込み								
203	その他	CP切断による患者様への迷惑			PCを終了させてから電源を切るようP Cに貼り紙をする 電源を切らうとすると、CPを終了させ よという警告が出るようにする					
204	その他	医事課発給CPのシャットダウンによる 医事業務中断			PCを終了させてから電源を切るようP Cに貼り紙をする 電源を切らうとすると、CPを終了させ よという警告が出るようにする					
205	その他	トイレ歩行途中の廊下での麻り込み								
206	その他	フィルムの紛失			フィルム棚のフィルムを取り出した箇所に 付箋をし、付箋に日付、取り出した人の 名前を書く		フィルムからの電液をキャッチし、所任 がPCのMA Pに出るようにする			×
207	その他	早めにMA Pを請求した結果の輸血管理 不足								検査料は、MA Pを請求された際、使用 時間をまき、すぐに使用しない場合は渡 さない
208	その他	胃ろうチューブの注文確認忘れ								
209	その他	外泊届けのエンボスの押し間違え								
210	その他	ベッドサイドの床に横たわっているのを 発見								
211	その他	ポータブルトイレ使用時の麻り込み								
212	その他	ベッドサイドでの麻り込み								
213	その他	無断外出								
214	その他	ベッドサイドの横たわり								
215	なし	病室での横たわり								
216	なし	アキアクトールSの整理棚にプロスタルモ ンが入っていた	似た色、形、大きさの容器、パッケージ を作らない							薬品を棚に収納した後、他のNsに確認 してもらう
217	なし	瓜切り中の切傷								
218	なし	検査結果待ち後診察お待たせ	検査結果がPCに届き、Nsに知らせて くれるシステムにする							
219	なし	薬筒識別間違え								
220	なし	I V Hカテーター三方活栓接続のほすれ			接続部分が外れるとアラームがなる仕組 みにする					識別結果を他の薬剤師に監査してもらう
221	なし	日・当直帯の麻薬払い出し基準の不備。 薬剤料の緊急連絡体制の不備					日・当直帯での麻薬指示、払い出しのマ ニュアルを作る			△

厚生労働科学研究費補助金 医薬安全総合研究事業

ヒヤリ・ハット事例の収集と分析に関する
問題点と今後の課題

分担研究者 鮎澤 純子

平成16年3月

分担研究報告書

ヒヤリ・ハット事例の収集と分析に関する問題点と今後の課題

分担研究者 鮎澤 純子 九州大学大学院医学研究院 医療経営・管理学講座

【研究要旨】ヒヤリ・ハット事例については収集の意義等は現場に浸透しつつあるといえるが、これらから事故防止に意味のある情報収集ができてきているのか、その分析が事故防止につながるような分析ができてきているのかについては現時点においては必ずしも明らかではない。そこで本研究ではヒヤリ・ハット事例収集と分析に関する問題点と今後の課題について検討を行った。

現状においてはヒヤリ・ハット情報の収集に関しても各医療機関の取り組みはさまざまな段階でありその利用方法を含め未だ確立はしていない。また分析における問題点としても視点そのものが定まっているとはいえない状況にある。今後は必要な情報を収集するためのシステムの検討と分析結果等の臨床現場へのフィードバックの方法等も検討が必要である。また、その際には患者参加の視点も重要である。

A. 研究目的

ヒヤリ・ハット事例については、近年の安全管理の取り組みの中で、収集そのものの意義も現場に広く浸透しつつあり、報告数も急速に増えてきている。しかしながら、これらはヒヤリ・ハット事例の収集に対するアレルギーはなくなったことは示しているが、ヒヤリ・ハット事例収集の本来の目的である「事故防止に意味のある情報を集めることができているのか」「集めた後、事故防止につながる分析ができてきているのか」といった観点からは未だ不十分であると言わざるを得ないのが現状である。

そこで本研究ではヒヤリ・ハット事例収集や分析に関する問題点を検討することにより、安全文化の浸透へのワンステップを示すことを目的とする。

B. 研究方法

収集と分析に関する問題点を以下の視点から検討を行う。

1. 収集に関する問題点

現状において行われているヒヤリ・ハット事例の収集についてその現状分析及び問題点を検討

する

2. 分析に関する問題点

分析の手法の現状とその問題点について検討を行う

3. 共通する問題点

現在行われているヒヤリ・ハット事例の収集と分析における視点について検討を行う。

C. 結果

1. 収集に関する問題点

医療機関においてヒヤリ・ハット事例を収集することについては、ここ数年での医療安全に対する意識の高まりに伴い特に抵抗感なく広く普及しつつある。しかしながらこれらは未だ「報告を出して下さい」という「量（報告数）」の確保にとどまっていることが確認された。また、事例収集における意識調査においては当該事例の「再発防止」の発想からの情報収集にとどまっていた。「再発防止」の観点が必要であることは確かであるが、そのため、防止対策が抜本的なものではなく、個別の対策にとどまっている事例が少ないことが確認された。また、事例収集の必要性を強調するあまり、「どのような情報であっても報告す

る」ことに主眼が置かれ、「必要な情報を収集する」という観点が見受けられない例も少なからずあった。

海外において医療安全に関する事例の収集を実施あるいは実施を予定している国は少なくな。これらは事例収集の単位（施設、地域、国など）、収集の方法（自主的報告、強制的報告など）、収集事例の対象（重大事故事例、全ての事故事例、ヒヤリ・ハット事例など）の定義はさまざまであるが、WHOの報告によれば40カ国近い国がリストアップされている。ヒューマンエラーの要因については大きく分けて、人間そのものに関するものと人間と物とのインターフェースが関連するものがあり、各国それぞれ固有の問題と各国共通の問題が含まれていることから、事例収集に関する問題には国際的観点からの検討も必要であり、基礎的な研究の必要性が示唆された。

2. 分析に関する問題点

ヒヤリ・ハット事例を収集するための基盤は整備されたと思われるが、分析を十分行っていると見える施設は限られており、「何をどう分析すればよいのか（分析したいのか）」については対応できていない施設が大部分であった。もちろんどの施設においても報告された事例に対して「再発防止」の検討が行われていることは間違いない。しかし、事例の分析は防止に向けてとるべき行動計画を立てていくことを前提に、これまでの事例の収集の成果を踏まえ、事故の要因を整理しなければならない。当該事例が「なぜ起きたのか」については、その事例発生時の環境・状況における当事者と「人」「モノ」との複雑な相互作用について踏み込んでいかなければならない。その意味において現状行われている報告書だけの検討には限界があると言わざるを得ない。報告された事例を単に分析するのではなく、集積された事例に対する分析の視点をもつことを再認識するこ

とが重要であると思われる。

3. 共通する問題点

これまで述べてきたように多くの施設では、未だ「報告書」だけに依存しており、まだまだたくさんある活用すべき情報が活用されていないのが現状である。また、各施設での調査においてヒヤリ・ハット事例の収集・分析のいずれにおいても必要な患者の視点が活用されていない。患者のヒヤリ・ハット体験が情報として活かされていない点が共通の問題として浮かび上がっている。これに対応するためには、疑義照会やクリティカルパス、患者相談窓口等の活用が不可欠であるが、そのような体制を整備している施設は殆ど見受けられなかった。中には事例の収集・分析に患者が参加するような体制を築きあげている施設も見られたが、少なくとも一般化していないのが現状であることが示された。

D. 考察

以上の結果よりヒヤリ・ハット事例の収集と分析においては以下のような課題を克服することが必要であると考えられる。

- ①「必要な情報を集める」ためのシステムを検討する必要がある。
- ②情報活用の方向性を検討する必要がある。
- ③報告システムの整理が必要である。

これは現状を調査すると、あれこれ報告する先があって現場の負担ばかりが増えている。院内、関連協会・学会、業界、国、そして第三者機関等、それぞれの階層でやるべきことについて、グランドデザインとして整理する必要があると思われる。

- ④収集・分析の結果が現場に生かされる道筋を作る必要がある。

このことは意味のある情報が集まる信頼感

の基本である。特に「モノ」がかかわる場合は、「現状を変える」とともに「あらかじめ作らない」ための情報のフィードバックの道筋とインセンティブの働く仕掛けが必要である

⑤「患者参加」の視点が必要である

⑥報告システムを開示請求から守る環境整備が必要である。

もうひとつ意味ある情報が集まるようになるためには、「情報が守られる」「情報の提供者が守られる」という制度に対する信頼感も必要である。

E. 結論

ヒヤリ・ハット報告から医療安全を考えるとこの文化は生まれて間のないものである。今回の調査において、事例報告を行うことが目的化してしまっている例が少なくなく、分析についても未だ発展途上の感がある。報告制度を再発防止・未然防止に生かしていくためには、現在の収集体制の

見直し・整備とともに、法的な保護についても検討していく環境整備が必要であることが強く示唆された。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

(倫理面への配慮)

本研究には個人や病院を特定できる項目は含まれておらず、倫理面の問題は特に生じない。

