

医療安全の取り組みについてのアンケート（一般診療所用）

問1. 貴院の診療所の種類をおたずねします。どちらかに○をつけてください。

有床診療所では、病床数をご記入ください

1. 有床診療所（_____床）（実質稼動_____床） 2. 無床診療所

問2. 貴院の最も患者数の多い診療科をおたずねします。

あてはまるものひとつに○をつけてください。

- | | | | |
|----------------|------------|------------|-----------|
| 1. 内科 | 2. 小児科 | 3. 心療内科 | 4. 精神科 |
| 5. 外科 | 6. 整形外科 | 7. 形成外科 | 8. 美容外科 |
| 9. 脳神経外科 | 10. 呼吸器外科 | 11. 心臓血管外科 | 12. 小児外科 |
| 13. 産婦人科 | 14. 眼科 | 15. 耳鼻咽喉科 | 16. 気管食道科 |
| 17. 皮膚科 | 18. 泌尿器科 | 19. 性病科 | 20. 肛門科 |
| 21. リハビリテーション科 | 22. アレルギー科 | 23. リウマチ科 | 24. 放射線科 |
| 25. 麻酔科 | | | |

問3. 貴院の管理者（院長）の医歴と、院長になってからの年数は何年ですか。

医歴_____年 院長歴_____年

問4. 医療法が改正され、平成19年4月から有床・無床診療所での「医療安全対策」が義務付けられました。その内容についておうかがいします。

どちらかに○をつけてください。

1. 十分に把握している 2. どちらかといえば把握している
3. どちらかといえば把握していない 4. あまり把握していない

問5. 市民からの医療機関への相談・苦情に対応する「横浜市医療安全相談窓口」が市役所にあることを知っていますか。どちらかに○をつけてください。

1. 知っていた 2. 知らなかった

問6. 貴院では、「ヒヤリ・ハット」の事例がありましたか。

どちらかに○をつけてください。

1. あった 2. ない

裏面に続きます

問7. 医療事故防止や院内感染予防などの「医療安全」で、貴院の課題はあると思いますか。ひとつだけ○をつけてください。

1. あると思い、既に改善に取り組んでいる。
2. あると思い、1年以内に改善に取り組む予定である。
3. あると思うが、諸事情でなかなか改善に取り組めない。
4. ほとんどない。

問8. 貴院では、医療事故防止や院内感染予防などの「医療安全」で、下記の項目に取り組んでいますか。あてはまるものすべて○をつけてください。

1. 患者・家族との良好な信頼関係構築
2. 職員との円滑なコミュニケーション
3. 「ヒヤリ・ハット」事例の、報告書を用いた院長への報告
4. 医療事故防止の職員研修の実施
5. 職員への定期健康診断などの健康管理
6. 職員への院内感染予防の研修実施
7. 職員への医薬品安全使用の研修（副作用が出た場合の対応等）実施
8. 医薬品の有効期限の定期的なチェックおよび記録
9. 医療機器の定期的な保守点検の実施および記録
10. 職員への医療機器の使用法、安全性についての研修実施

問9. 貴院では、医療事故防止や院内感染予防などの「医療安全」に関する情報をどこから得ていますか。あてはまるものすべてに○をつけてください。

- | | |
|---------------------|-----------|
| 1. 専門書や学会、学会誌 | 2. 医師会の広報 |
| 3. 新聞・テレビ等マスコミ | 4. 医学系商業誌 |
| 5. ホームページなどのインターネット | 6. 研修会 |
| 7. 友人などの個人的なネットワーク | 8. 行政 |

問10. 貴院では、医療安全推進にあたり、知りたい情報はどんなことですか。最も知りたいと思う2つを選び、○をつけてください。

1. 最近の医療安全の知識
2. 横浜市医療安全相談窓口での具体的な相談事例
3. 厚生労働省通知などの法律関係情報
4. 他の診療所の医療安全の取り組み情報
5. 接遇・マナーの知識

お忙しい中ご協力ありがとうございました。

医療安全の取り組みについてのアンケート（歯科診療所用）

問1. 貴院の最も患者数の多い診療科をおたずねします。

あてはまるものひとつに○をつけてください。

1. 歯科 2. 矯正歯科 3. 小児歯科 4. 歯科口腔外科

問2. 貴院の管理者（院長）の医歴と、院長になってからの年数は何年ですか。

医歴 _____ 年 院長歴 _____ 年

問3. 医療法が改正され、平成19年4月から歯科診療所での「医療安全対策」が義務付けられました。その内容についておうかがいします。

どちらかに○をつけてください。

1. 十分に理解している 2. どちらかといえば把握している
3. どちらかといえば把握していない 4. あまり把握していない

問4. 患者からの医療機関への相談・苦情に対応する「横浜市医療安全相談窓口」が市役所にあることを知っていますか。どちらかに○をつけてください。

1. 知っていた 2. 知らなかった

問5. 貴院では、「ヒヤリ・ハット」の事例がありましたか。

どちらかに○をつけてください。

1. あった 2. ない

問6. 医療事故防止や院内感染予防などの「医療安全」で、貴院の課題はあると思いますか。ひとつだけ○をつけてください。

1. あると思い、既に改善に取り組んでいる。
2. あると思い、1年以内に改善に取り組む予定である。
3. あると思うが、諸事情でなかなか改善に取り組めない。
4. ほとんどない。

裏面に続きます

問7. 貴院では、医療事故防止や院内感染予防などの「医療安全」で、下記の項目を取り組んでいますか。あてはまるものすべて○をつけてください。

1. 患者・家族との良好な信頼関係構築
2. 職員との円滑なコミュニケーション
3. 「ヒヤリ・ハット」事例の、報告書を用いた院長への報告
4. 医療事故防止の職員研修の実施
5. 職員への定期健康診断などの健康管理
6. 職員への院内感染予防の研修実施
7. 職員への医薬品安全使用の研修（副作用が出た場合の対応等）実施
8. 医薬品の有効期限の定期的なチェックおよび記録
9. 医療機器の定期的な保守点検の実施および記録
10. 職員への医療機器の使用法、安全性についての研修実施

問8. 貴院では、医療事故防止や院内感染予防などの「医療安全」に関する情報をどこから得ていますか。あてはまるものすべてに○をつけてください。

1. 専門書や学会、学会誌
2. 歯科医師会の広報
3. 新聞・テレビ等マスコミ
4. 歯科学系商業誌
5. ホームページなどのインターネット
6. 研修会
7. 友人などの個人的なネットワーク
8. 行政

問9. 貴院では、医療安全推進にあたり、知りたい情報はどんなことですか。
最も知りたいと思う2つを選び、○をつけてください。

1. 最近の医療安全の知識
2. 横浜市医療安全相談窓口での具体的な相談事例
3. 厚生労働省通知などの法律関係情報
4. 他の歯科診療所の医療安全の取り組み情報
5. 患者への接遇・マナーの知識

お忙しい中ご協力ありがとうございました。

医療安全の取り組みについてのアンケート（助産所用）

問1. 貴院の管理者（院長）の助産師歴と、管理者（院長）になってからの年数は何年ですか。

助産師歴_____年 助産所管理者歴_____年

問2. 医療法が改正され、平成19年4月から助産所での「医療安全対策」が義務付けられました。その内容についておうかがいします。

どちらかに○をつけてください。

1. 十分に把握している
2. どちらかといえば把握している
3. どちらかといえば把握していない
4. あまり把握していない

問3. 市民からの医療機関への相談・苦情に対応する「横浜市医療安全相談窓口」が市役所にあることを知っていますか。どちらかに○をつけてください。

1. 知っていた
2. 知らなかった

問4. 貴院では、「ヒヤリ・ハット」の事例がありましたか。

どちらかに○をつけてください。

1. あった
2. ない

問5. 医療事故防止や院内感染予防などの「医療安全」で、貴院の課題はあると思いますか。ひとつだけ○をつけてください。

1. あると思い、既に改善に取り組んでいる。
2. あると思い、1年以内に改善に取り組む予定である。
3. あると思うが、諸事情でなかなか改善に取り組めない。
4. ほとんどない。

裏面に続きます

問6. 貴院では、医療事故防止や院内感染予防などの「医療安全」で、下記の項目を取り組んでいますか。あてはまるものすべて○をつけてください。

1. 患者・家族との良好な信頼関係構築
2. 職員との円滑なコミュニケーション
3. 「ヒヤリ・ハット」事例の、報告書を用いた院長への報告
4. 医療事故防止の職員研修の実施
5. 職員への定期健康診断などの健康管理
6. 職員への院内感染予防の研修実施
7. 職員への医薬品安全使用の研修（副作用が出た場合の対応等）実施
8. 医薬品の有効期限の定期的なチェックおよび記録
9. 医療機器の定期的な保守点検の実施および記録
10. 職員への医療機器の使用法、安全性についての研修実施

問7. 貴院では、医療事故防止や院内感染予防などの「医療安全」に関する情報をどこから得ていますか。あてはまるものすべてに○をつけてください。

1. 専門書や学会、学会誌
2. 助産師会・看護協会からの情報・広報
3. 新聞・テレビ等マスコミ
4. 医学系商業誌
5. ホームページなどのインターネット
6. 研修会
7. 友人などの個人的なネットワーク
8. 行政

問8. 貴院では、医療安全推進にあたり、知りたい情報はどんなことですか。最も知りたいと思う2つを選び、○をつけてください。

1. 最近の医療安全の知識
2. 横浜市医療安全相談窓口での具体的な相談事例
3. 厚生労働省通知などの法律関係情報
4. 他の助産所、一般診療所の医療安全の取り組み情報
5. 接遇・マナーの知識

お忙しい中ご協力ありがとうございました。

医療安全の取り組みについてのアンケート報告書

平成 20 年 2 月

横浜市健康福祉局

健康安全部 医療安全課

〒231-0017 横浜市中区港町 1-1 (関内駅前第 2 ビル 4 階)

電話 045(671)2414

FAX 045(663)7327

医療事故情報収集等事業の概況

財団法人日本医療機能評価機構

医療事故防止事業部 坂井浩美

はじめに

財団法人日本医療機能評価機構(以下、当機構という)では、平成16年度より法令に根拠をおく医療事故情報収集の仕組みである医療事故情報収集等事業(以下、本事業という)を行っている。本事業では、医療事故の発生予防・再発防止ならびに医療安全の推進に一層寄与するために、参加医療機関から報告された医療事故情報、ヒヤリ・ハット事例を分析し、情報の還元を行っている。本稿では、事業の枠組みおよび成果物の情報提供について述べる。

(1) 医療事故情報収集等事業の経緯

ヒヤリ・ハット事例収集と医療事故情報収集の経緯を(図1)に示す。

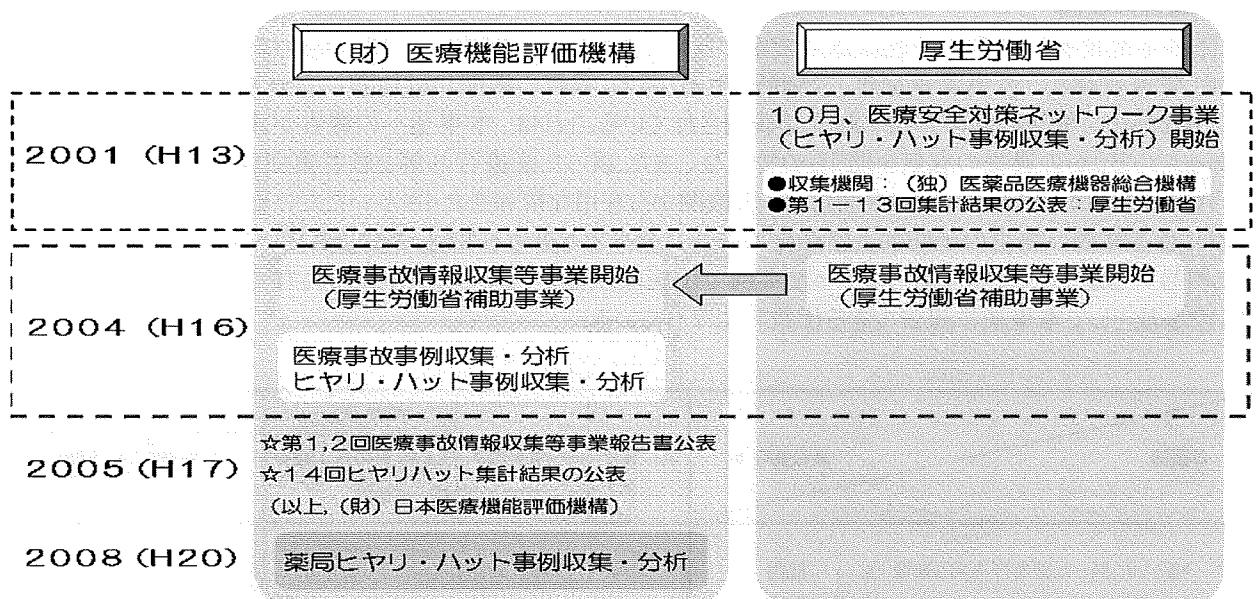


図1 ヒヤリ・ハット事例収集および医療事故情報収集等事業の経緯

① ヒヤリ・ハット事例収集の経緯

平成13年10月、厚生労働省はヒヤリ・ハット事例を収集・分析し、その改善方策等医療安全に資する情報を提供する「医療安全対策ネットワーク整備事業(ヒヤリ・ハット事例収集事業)」を開始した。事業開始当初は、医薬品副作用被害救済・研究振興調査機構(現(独)医薬品医療機器総合機構)が参加医療機関からヒヤリ・ハット事例を収集したのち厚生労働省へ報告し、厚生労働省の研究班が集計・分析を行う枠組みとなっていた。平成16年度からは当機構がヒヤリ・ハット事例の収集事業を引き継いだ。

② 医療事故情報収集事業の経緯

平成14年4月、厚生労働省が設置した医療安全対策検討会議により取りまとめられた「医療安全推進総合対

策」では、医療安全対策ネットワーク整備事業（ヒヤリ・ハット事例収集事業）に関し、「事例分析的な内容については、今後より多くの施設から、よりの確な分析・検討結果と改善方策の分析・検討結果を収集する体制を検討する必要がある。」と述べるとともに、医療事故事例に関してもその収集・分析による活用や強制的な調査・報告の制度化を求める意見を紹介しつつ、医療事故の報告に伴う法的な問題も含めてさらに検討する必要があると述べている。厚生労働省は平成16年9月21日付で医療法施行規則の一部を改正する省令を公布し、特定機能病院等に対して医療事故の報告を義務付けた。当機構は、平成16年10月1日に厚生労働大臣の登録を受け当該省令に定める事故等分析事業を行う登録分析機関となり、本事業を開始した。

(2) 医療事故情報収集等事業の概要

① 事業の目的

本事業では、医療機関から医療事故情報及びヒヤリ・ハット事例を収集し、さらに学会等からも幅広く事故防止に有用な情報を収集し、それらについて分析を加えた上で改善方策等を広く社会に提供し、また医療機関からの相談に応じて必要な助言・支援を行うことにより、医療事故の発生予防・再発防止を促進することを目的としている。

個々の医療事故の原因追及や、当事者個人の責任追及ではなく、どこの医療機関でも起こりうることとして医療事故が起きた背景・要因に注目した原因分析を行っている。

② 報告の範囲

医療事故情報の報告の範囲は法令で定められており、行った医療行為等の問題に関係する「原因」と、患者の死亡、障害残存という「患者重症度」で判断される（図2）。報告の範囲には注釈により「事故とは、過誤および過誤をともしなわれない事故の両方が含まれる」と説明されている。これは、本事業への報告が、行った医療行為等に誤りがあったかどうかの過失の有無を問うものではなく、また、誤った医療行為等と患者重症度との因果関係の有無を問うものではない、ということである。また、医療機関から有用な情報をたくさんいただけるように報告の範囲には「医療に係る事故の発生の予防および再発の防止に資すると認める事例」が含まれている。本来ならばヒヤリ・ハットに相当する患者に直接影響もなかった事例でも、医療機関が「他の医療機関と共有できる事例である」と判断し、医療事故として本事業に報告できる仕組みになっている。

原因等	患者重症度	A. 死亡	B. 障害残存	C. 予期しなかった、若しくは予期していたものを上回る処置その他の治療を要した事例	軽微な処置・治療を要した事例または影響の認められなかった事例
1. 明らかに誤った医療行為又は管理（注1）に起因		事故（注3）として報告			注2 医療安全対策ネットワーク整備事業（ヒヤリ・ハット事例収集事業）へ報告
2. 明らかに誤った医療行為又は管理は認められないが、医療行為又は管理上の問題（注1）に起因（医療行為又は管理上の問題に起因すると疑われるものを含み、当該事例の発生を予期しなかったものに限る。）					
3. 上記1. 2のほか、医療に係る事故の発生の予防及び再発の防止に資すると認める事例 ※ ヒヤリハット事例に該当する事例も含まれる		事故（注3）として報告			

- ・注1）ここにいる「管理（管理上の問題）」では、療養環境の問題の他に医療行為を行わなかったことに起因するもの等も含まれる。
- ・注2） 部分は軽微な処置・治療を要した事例を示しており、従来のヒヤリ・ハット事例収集事業では報告対象外であった項目。
- ・注3）事故とは、過誤および過誤をともしなわれない事故の両方が含まれる。

図2 報告の範囲

③ 報告された情報の流れ

医療事故情報、ヒヤリハット事例はWebを使って報告され、当機構内に設置された委員会および事務局にて分析・検討をされる(図3)。医療事故等の分析にあたっては医療機関の特定は原則的にはできない。本事業の目的は医療事故の発生予防および再発防止であり、どこの医療機関の誰が何をしたか、ということを追及するわけではない。分析には医療安全に詳しい医療従事者や安全の専門家、または機器のメーカーの方にも関わっていただき、医療事故を医療の視点からだけでなく多角的な視点で分析を行っている。

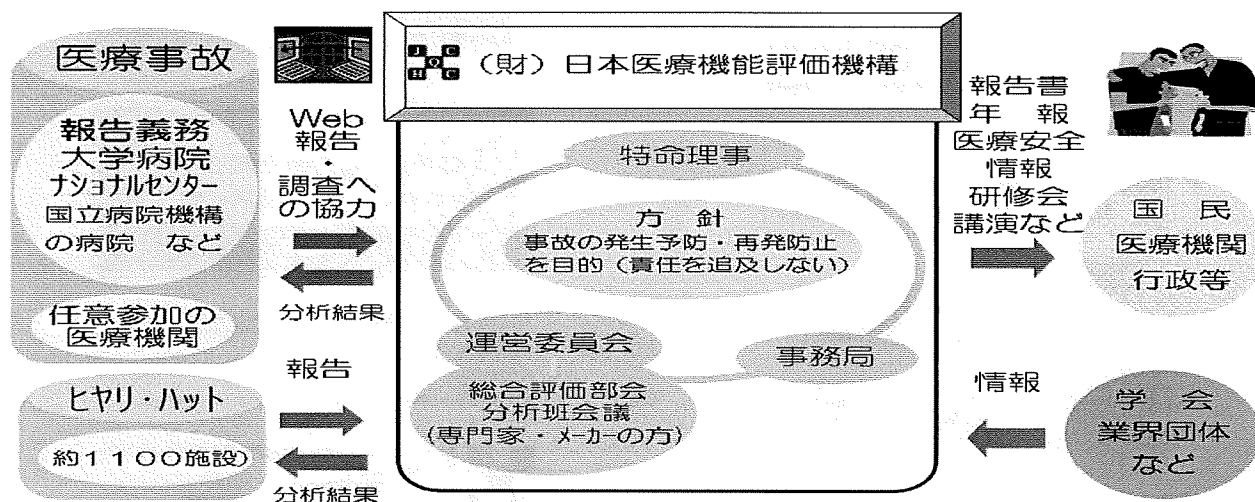


図3 報告された情報の流れ

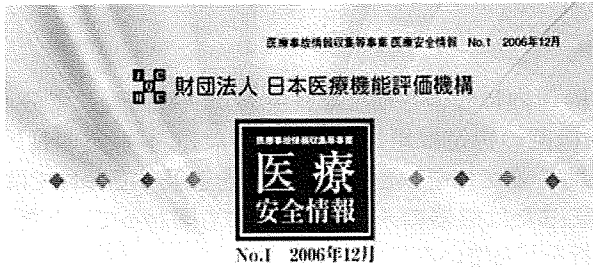
④ 成果物の情報提供と医療機関の活用

報告された事例を分析し報告書や年報、医療安全情報として取りまとめ、情報提供をしている。これらはすべて国民、医療機関、関係団体、行政機関など誰でもホームページからダウンロードできるようになっており、広く社会へ公表している。

本事業では、国民、医療機関、行政機関など相手によって情報提供の方法や内容を変えているわけではない。どこに対しても中立的第三者の立場を踏まえ偏りのない分析をし、わが国で発生している医療事故の現状を広く社会に公表することが、本事業が信頼を得る基盤になっていると考えている。

四半期ごとの報告書では、事例の概要、発生要因、事故の程度、当事者の職種、経験年数などの集計とともに、薬剤や医療機器に関する医療事故、手術における異物残存などをテーマとして取り上げ分析している。医療機関では自施設の現状を振り返り、背景・要因などを対比させていただき、同様な事故が起らないための防止策を検討する材料として報告書を活用していただいている。また、医療安全教育の教材としても活用していただいている。

報告書や年報による情報提供のうち特に医療機関に対し周知すべき具体的な医療事故情報をイラストなど取り入れ、誰でも分かり易いように作成し、医療安全情報(図4)として毎月1回程度情報提供を行っている。医療機関では院内掲示板への掲示や院内LANで閲覧など医療安全情報を広く共有し注意喚起に役立てていただいている。さらに医療機関によっては、提供した医療安全情報に加えて自施設の状況や注意すべき点、手順などを入れ、自施設に適したものに加工したものを院内で閲覧しているところもある。



〔インスリン含量の誤認〕

インスリン過剰投与に伴い低血糖をきたした事例が6件報告されています(集計期間:2004年10月~2006年9月30日。第4期および第6期報告書「共有すべき医療事故情報」に掲載)、そのうち、バイアルの「100単位/ml」という表示の誤認に起因する事例が報告されています。

**インスリンは、
100単位/mlに濃度が統一されており、
1バイアル1000単位(10ml)です。**



○ 1バイアル中
1000単位

✕ 1バイアル中
100単位

◆報告されている6件の事例のうち5件が経験年数1年未満の医師や看護師によるものです。

図4 医療安全情報NO1

⑤ 社会の関心

報告書や年報の公表の際には社会に広く紹介していただくために記者会見を行っている。その際には医療の現状をよく理解していただき、誤解を生まないようにデータや事例についての解説を行っている。

最近では、本事業への参加登録医療機関による医療事故の記者会見の際に「この事例は医療事故情報収集等事業に報告していますか?」と記者から質問が出ることもある。不幸にして医療事故が起きた時、その医療機関が公正で適切に対応しているか、という社会の評価のひとつに、本事業への報告が取り上げられる現状もあり、本事業へ対しての社会的な認知が高まりつつあるといえる。

⑥ 今後の課題

昨年10月に本事業開始後5年の節目を迎え「医療事故情報収集等事業の現状と課題—中間報告—」を取りまとめた。本事業は医療機関が報告しやすいシステムの構築と有用で活用しやすい情報発信を目指している。それとともに、多くの医療機関に参加していただくこと、報告の範囲に基づいた報告が適切になされること、そして報告していただいた内容の質が向上すること、が今後本事業が目指す姿であり、社会要請であると考えている。

参考

1) 医療事故情報収集等事業のURL

<http://www.med-safe.jp/>



〔インスリン含量の誤認〕

事例

日勤勤務の看護師は、生食99ml+速効型インスリン100単位(1ml、1バイアルの1/10量)を1.5ml/時間て投与する指示により持続注入すべくところ、1バイアルが100単位であると思い、1バイアル(1000単位、10ml)全てを投与した。患者の血糖コントロールが不良であったため、深夜勤務の看護師が看護記録を確認したところ、実施記録の間違いに気付いた。日勤勤務の看護師に確認し、インスリンが過剰に投与されていることがわかった。

事例が発生した医療機関の取り組み

**インスリンの濃度は、100単位/mlで、
1バイアル1000単位(10ml)であることを
周知する。**

※この医療安全情報は、医療事故情報収集等事業(厚生労働省医務局)において収集された事例をもとに、当事業所、現して、医療事故防止センター、研究員らの協力により作成されたものです。当事業所の報告等については、当該報告者への連絡等については報告者からお問い合わせください。

※この情報の内容は、その時点における正確性については責任を負いませんが、その内容を信じていたが原因とするものではありません。

※この情報は、医療事故防止センターが収集した医療事故事例に基づいて作成されたものであり、必ずしも医療機関の責任を問うものではありません。

財団法人 日本医療機能評価機構 医療事故防止センター
医療事故防止事業部
〒101-0062 東京都千代田区神田区1-11 三井住友海上物産ビル7階
電話: 03-5217-4252(直通) FAX: 03-5217-4253(直通)
<http://jpc.or.jp/html/index.htm>

医療事故情報収集等事業における研修会の現況

財団法人日本医療機能評価機構

医療事故防止事業部 坂井浩美

(1)はじめに

医療事故情報収集等事業(以下,本事業という)では,平成18年より本事業へ参加していただいている医療機関において,報告される情報の質を高める能力など医療安全能力の向上を図ること,医療安全の視点から業務を改善する能力を養うことを目的として,参加医療機関の医療安全管理部門の責任者またはそれに準ずる者を対象に講義や演習を含む研修会を,年4回程度開催している.本稿では平成20年に開催した研修会の内容及び受講者からのアンケートの結果,医療機関の安全に関わる職員がどのような研修会を望んでいるのかを述べる.

(2) 平成20年研修会開催状況

本事業において平成20年は(図1)のとおり3種類4回の研修会を開催した.研修会の企画については,地方都市での開催や,演習を取り入れた研修の開催の希望が多く医療機関から寄せられている.平成20年は業務工程図とRCAといった演習を中心とした研修会を3回,講演を中心とした研修会を1回,東京のみならず大阪・札幌といった地方都市で開催した.

平成20年			
2月3日 (1日間)・ 東京	医療事故情報の活用と分析に関する研修会	46名 (16施設)	講義:○医療事故情報収集等事業について ○医療事故分析における業務工程図の意義について 演習:○事故事例を使い,自らの医療機関の業務工程図と併せて分析・検討する
7月6日 (1日間)・ 東京	医療事故情報の活用と分析に関する研修会	46名 (16施設)	講義:○医療事故情報収集等事業について ○医療事故分析における業務工程図の意義について 演習:○事故事例を使い,自らの医療機関の業務工程図と併せて分析・検討する
9月19日～ 20日(1.5 日間)・東京	医療事故の分析と報告に関する研修会	56名 (56施設)	講義:○医療事故情報収集等事業について ○事故事例分析の技法(RCA) 演習:○RCAの実際
10月16日 (1日間)・ 札幌	医療安全における国内外の取り組みに関する研修会	70名 (70施設)	講義:○医療事故情報収集等事業について ○医療安全における行政の取り組み ○医療安全における海外の現況

図1 平成20年研修会一覧

(3) 研修会の内容及び受講生の感想

平成20年に開催した3種類の研修会の内容及び受講生の感想を紹介する.

医療事故情報の活用と分析に関する研修会(演習:業務工程図作成)

○研修会の内容

医療事故情報の活用と分析に関する研修会(以下:業務工程図作成研修会とする)では業務工程図を作成する演習を中心にプログラムを構成している(参考資料1)。業務工程図とは産業界で取り入れられている業務のプロセスを図式化することであり、業務工程図作成研修会ではその考えを医療界に取り入れ、各医療機関がそれぞれ自施設の注射業務についての工程図を作成する。各医療機関3名(主に医師、薬剤師、看護師)に出席していただき、専門職ごとに業務を分断するのではなく、職種横断的に業務工程図を作成することで、業務プロセスを可視化することの有用性を学ぶことを目的としている。

○受講生の感想

業務工程図作成研修会の受講生の主な感想は以下のとおりである。

- ・フローチャートと業務工程図の違いがよく分かった。
- ・自施設の業務工程図を見直す機会となってよかった。
- ・RCAの研修も受けたが、現場で活用するには難しく付帯的に活用できていなかった。業務工程図はスタッフが考えやすい内容であり、問題が見えやすい。
- ・業務工程を作成、修正することにより、当院の業務の長所、短所が分かった。今後の実際の業務に大いに役立った。
- ・内服その他のほかのプロセスについて活用し、インシデント発生場面の分析に活用していきたい。
- ・業務工程を書くことで無駄や漏れを見つけられることを再認識した。これまで類似した事やってきたがきちんと教育してもらい非常に参考になった。

医療事故の分析と報告に関する研修会(演習:RCA)

○研修会の内容

医療事故の分析と報告に関する研修会(以下:RCA研修会とする)はRCAを用いて医療事故事例を分析する演習を中心にプログラムを構成している(参考資料2)。RCA(Root Cause Analysis:根本原因分析)とは医療事故情報の発生要因や原因を追究する分析手法のひとつである。参加者は医師、歯科医師、薬剤師、看護師、臨床工学士、臨床検査技師、事務職など多岐にわたっている。実際に報告のあった医療事故情報を基にして作成された演習事例を分析することでRCAの手法を具体的に学ぶことを目的としている。また、RCA研修会で使用したRCA演習事例および分析例は研修に参加できなかった医療機関も参考にできるように、報告書や年報で公表している(別添)。

○受講生の感想

RCA研修会の受講生の主な感想は以下のとおりである。

- ・繰り返しやってみないと身につかないと思った。
- ・とてもおもしろかった。施設に帰って実践したい。指導もしていきたいと思う。
- ・演習は他職種の方とできたので、たいへん勉強になった。しかし、RCA分析を自施設に帰り、一人でやるには自信がない。
- ・具体的な事例で大変わかりやすかった。

医療安全における国内外の取り組みに関する研修会(講義)

○研修会の目的

医療安全における国内外の取り組みに関する研修会は多くの方が受講できるよう座学(講義)を中心にプログラムを構成し(参考資料3),医療安全の取り巻く国内外の現況を理解することを目的としている。

○受講生の感想

医療安全における国内外の取り組みに関する研修会の受講生の主な感想は以下のとおりである。

-
- ・医療事故情報を公開した後、同じ事例に対する件数の推移、または検証は行っているのか。当然減少していればいいのだが。
 - ・事故報告事業、また、異常死に対して、基準・概念がやはりはっきりしない。
-

(4) 研修会についての受講生の希望

平成20年開催した4回の研修会において、本事業の行う研修会について受講生よりいただいた主なご希望は以下のとおりである。

-
- ・研修後、実践に生かしている方とのフォローアップ研修があってもよいのではないかと。
 - ・メディアーション等、新しい話題も講演してほしい。
 - ・集中的に、演習等を含めてしていただくとありがたい。
 - ・講義使用スライドを受講者に配布できないか。院内教育の為に非常に有用と考え、利用したい。
 - ・各病院の安全に対する取り組みのレベルに応じての研修の方が良い。
-

(5) 医療機関が望む研修とは

本事業で開催した研修会の受講生の意見より、医療機関において安全に関わる職員が何を研修で学びたいのか、以下の3点にまとめた。

①最新の医療安全に関する情報

個人では入手することに限界のある情報、医療機関内のスタッフにそのまま教育伝授できる最新の情報、あるいは最新の情報に個人でアクセスできる手段。

②有用な医療安全への取り組み

他の医療機関の事故予防への具体的な取り組みと効果、事故発生時の対応策、医療機関内での医療安全教育の実情、医療機関の規模別の情報交換。

③分析手法のトレーニング

医療事故分析手法の初心者向けからアドバンスコースまで分析技術の継続的トレーニング。事故発生後の分析のみではなくFMEAなど事故予防の分析手法。

(6) おわりに

本事業での研修会は医療事故情報の報告の質を上げることを主たる目的としており、受講生もその旨にそったご意見のみを出されていることが推察される。しかし、その意見は

医療機関の規模を問わず医療安全に関わる職員の共通の思いであろう。

参考文献

- 1) 医療事故情報収集等事業平成20年年報
- 2) 医療事故情報収集等事業平成19年年報

【参考資料1】医療事故情報の活用と分析に関する研修会プログラム

プログラム	
9:30～	挨拶 財団法人日本医療機能評価機構 特命理事 野本 亀久雄
9:40～10:40	講義:医療事故情報収集等事業の現況と課題 講師:財団法人日本医療機能評価機構 医療事故防止事業部 部長 後 信
10:40～11:20	講義:業務工程図とは 講師:株式会社日立製作所 水戸総合病院 院長 永井 庸次 先生
11:30～12:00	講義:業務工程図作成の意義 講師:株式会社日立製作所 水戸総合病院 院長 永井 庸次 先生
12:00～12:20	講義:医療安全における業務工程図作成の意義 講師:滋賀医科大学医学部附属病院 医療安全管理部 講師 坂口 美佐 先生
13:20～17:00	演習:業務工程図の検討 演習インストラクター: 九州大学大学院医学研究院 医療経営・管理学講座 准教授 鮎澤 純子 先生 社会医療法人生長会 ベルランド総合病院 医療安全管理室 室長 楠本 茂雅 先生 山梨県立大学看護学部基礎看護学領域 助教 小林 美雪 先生 滋賀医科大学医学部附属病院 医療安全管理部 講師 坂口 美佐 先生 株式会社日立製作所 水戸総合病院 院長 永井 庸次 先生 東邦大学医学部 社会医学講座 医療政策・経営科学分野 助教 藤田 茂 先生

【参考資料2】医療事故の分析と報告に関する研修会プログラム

プログラム	
1日目	
13:00～	挨拶 財団法人日本医療機能評価機構 特命理事 野本 亀久雄
13:10～14:20	講義:医療事故情報収集等事業の現況と課題 講師:財団法人日本医療機能評価機構 医療事故防止事業部 部長 後 信

14:20～15:20	講義:医療事故分析の意義 講師:名古屋大学医学部保健学科 教授 山内 豊明 先生
15:30～17:00	講義:RCAの概要と実施の方法 講師:財団法人東京都医療保健協会 練馬総合病院 副院長 柳川 達生 先生
17:00～17:20	RCAの課題設定と進行手順説明 事務局
2日目	
9:00～16:00	演習:RCA演習 演習インストラクター: 社会医療法人生長会 ベルランド総合病院 医療安全管理室 室長 楠本 茂雅 先生 山梨県立大学看護学部基礎看護学領域 助教 小林 美雪 先生 滋賀医科大学医学部附属病院 医療安全管理部 講師 坂口 美佐 先生 (財)電力中央研究所社会経済研究所ヒューマンファクター研究センター 上席研究員 佐相 邦英先生 東邦大学医学部 社会医学講座 医療政策・経営科学分野 助教 藤田 茂 先生

【参考資料3】医療事故の分析と報告に関する研修会プログラム

プログラム	
10:30～12:10	講義:医療事故情報収集等事業の現況と課題 講師:財団法人日本医療機能評価機構 医療事故防止事業部 部長 後 信
13:10～14:40	講義:医療安全における海外の現況 講師:東邦大学医学部社会医学講座 医療政策・経営科学分野 教授 長谷川 友紀 先生
14:50～16:00	講義:医療安全における行政の取り組み 講師:厚生労働省医政局 医療安全推進室 主査 久米 翠 先生

【別添】

R C A 研修演習事例

(医療事故情報収集答辞事業平成19年年報 253 頁～261 頁)

1. 神田駿河台医療センター事例報告書

神田駿河台医療センター事例報告書

報告日	平成19年7月24日	所属	整形外科	報告者	B
患者名	A ○太郎	生年月日	昭和25年○月△日	年齢	59歳
入院日	平成19年7月15日	病名	腰椎椎間板ヘルニア		
発生日	平成19年7月24日 15時頃	場所	レントゲン透視室		
発見日	平成19年7月24日 15時頃	場所	レントゲン透視室		
発見者	報告者(脳外科A医師)	報告先	医療安全管理室長、主治医、看護師長		
発生種類	<input type="checkbox"/> 薬剤 <input checked="" type="checkbox"/> 検査 <input type="checkbox"/> 治療・処置 <input type="checkbox"/> 医療機器の使用 <input type="checkbox"/> 輸血 <input type="checkbox"/> 療養上の世話 <input type="checkbox"/> その他				
内容	A氏のミエログラフィーを主治医Cから依頼された。すでにレントゲン透視室で介助に入っていたD研修医に薬剤の準備を依頼した。A氏にスパイナル針を挿入し、研修医に薬を取ってもらい注入した。造影されないのでおかしいと思い確認したところ、造影剤のイソピストではなく1%キシロカインであった。				
原因	確認、連携不足				
発生後の状況	下肢の知覚鈍麻が軽度出現したが、徐々に改善した。				
発生後の対応	直ちに検査を中止した。血管確保し全身状態を観察した。				
結果	健康被害はない。				
改善策	指示はなるべくあやふやな表現は避ける。口頭指示を受ける場合は復唱をする。				
発生部署の意見	今後は十分注意し、忙しくても①指示は明確に出す、②研修医が指示を受ける場合は復唱する、ということを進んでいきたい。				

2. 神田駿河台医療センター概要

医療機関名	神田駿河台医療センター		
診療科目	内科（呼吸器科・消化器科・循環器科・腎臓内科・血液内科）小児科・外科・整形外科・形成外科・脳神経外科・神経内科・心臓血管外科・泌尿器科・皮膚科・産科・婦人科・眼科・耳鼻咽喉科・放射線科・麻酔科		
許可病床数	524 床（ICU6 床）		
看護単位	13 病棟・中央手術部・集中治療部・中央材料部・外来・透析部・救急部・健康管理センター		
診察受付時間	月曜～土曜／午前 8:00～午前 11:30 日曜・祝日／休診 救急部は 24 時間体制		
施設基準等	一般病棟入院基本料 1-1	急性期特定入院加算	
	紹介外来特別加算	入院時医学管理加算	
	診療録管理体制加算	夜間勤務等看護加算	
	療養環境加算	重症者等療養環境特別加算	
	特定集中治療室管理料	開放型病院共同指導料	
	薬剤管理指導料	無菌製剤処理加算	
	画像診断管理加算 1	総合リハビリテーション施設	
	言語聴覚療法 2	埋込型徐細動器移植術及び交換術	
	補助人工心臓	体外衝撃波腎・尿管胆石結石破碎術	
	経皮的冠動脈形成術（アテレクトミー含）		
	大動脈バルーンパンピング法		
	経皮的冠動脈形成術（ステント留置、アテレクトミー含）		
	ペースメーカー移植術		
	高エネルギー放射療法		
	心疾患リハビリテーション		
救急等	救急告示病院・二次体制常時協力病院		
その他	厚生労働省臨床研修指定病院		

1 日平均入院患者数	473 人	職員数	医師	112 人 + 研修医 6 人
1 日平均外来患者数	1300 人		薬剤師	20 人
年間手術件数	5500 件		看護師	400 人
年間救急患者数	17000 人		助産師	20 人
平均在院日数	15.6 日		看護補助者	36 人
			臨床工学技士	6 人

3. 関係者プロフィール

- B 医師 当該事例の背髄腔造影施術者
11年目整形外科医
- C 医師 A氏（患者）の主治医 8年目整形外科医
- D 医師 経験4ヶ月目の研修医 整形外科は1ヶ月目
当日午後はレントゲン透視室の担当であった。
- E 看護師 当日のレントゲン透視室での整形外科処置の担当看護師
職種経験年数 26年目 整形外科外来配属年数 2年目

4. 医療安全管理者による当事者インタビュー（事実確認）

「なるべく時間の経過に沿って、事実を教えてください」との問いに・・・

B 医師 : C先生から12時ころ電話で依頼されました。外来が終わらないって言われて・・・。お互いフォローするのは当然ですので、14時ころから1時間は時間が取れる余裕があったので依頼を受けました。簡単な検査ですし・・・。レントゲン透視室には14時15分ころ入りました。D先生は私が検査室に行ったときにはもう、そこにいましたよ。だから「Aさんのミエロ、準備してね」と頼みました。D先生は研修医ですが、昨日も検査についてははずなのでわかるだろうと思って、特に細かい打ち合わせはしませんでした。検査物品を見た時、注射器が2本用意してあったので、傍にいたE看護師に「局麻はしないよ」と声をかけました。

患者Aさんは、14時20分ころレントゲン透視室にきました。カルテを見て14時30分、時間通りには消毒を始めたと思います。それからすぐに「薬を取って」と造影剤を取るようD先生に指示しました。見ていれば進行状況はわかると思ったんですけど・・・

それから造影剤と思って薬を3mL注入しました。それで造影して写らないのでおかしいと思い、D医師に「イソピストだよな？」と聞いて間違いに気付いたんですよ。

口頭指示のルール？・・・うーん、わかっているけど、口頭指示っていう認識はなかったな。みんなそうなんじゃない？日頃やってることですし・・・。薬の確認をしなかったのは自分でも悪いと思います。自分の責任に跳ね返ってくることですからな。

C 医師 : 午前中の外来がたて込んでいて、14時30分のAさんの検査予約時間に間に合わないと思ったので、12時ころ、B先生に電話でお願いしました。B先生は快く受けくれました。もちろん間に合えば自分でやるつもりでしたが外来が終わらなかったで・・・

D 医師 : 午後からレントゲン透視室当番だったので、12時40分ころから検査室にいました。
B先生は早めにレントゲン透視室にこられて、Aさんのミエロの準備を依頼されたので、いつもどおりにしました。看護師さんは一人ですので、ちょうど忙しそうでした。14時30分ころミエロが始まりました。Aさんは左片まひのため、左側臥位ができないので、右側臥位になってもらいました。それからB先生が消毒を始めて・・・僕がいる所からはAさんの消毒部位もB先生の手元も見ることができなかったんです。ですので、たぶん消毒しているだろうな・・・と思ってからすぐにB先生が「薬を取って」とおっしゃったので、局所麻酔だと判断しました。渡す時「薬ですね」と復唱しました。B先生は何もおっしゃいませんでした。それからB先生が造影画面を見て「写らないぞ!」とおっしゃったのでびっくりしました。

E 看護師 : レントゲン透視室は、看護師が必ず介助につけると限りません。他の患者さんの対応もあるし・・・。D先生は手際もいいと思ったし、お任せしても大丈夫だと思ってました。造影のできる部屋が狭いのは問題ですが、今回のことはちょっとした不注意だと思います。D先生もこれから気をつけると思いますし・・・。