

厚生労働省医政局から 求められた安全行動

1 根拠法令等に基づく基準を満たす

- 1) 医療に係る安全管理のための委員会を開催する
(法1,法6の10,法15.1,法17則1の11.1,即9の23,即12)
 - ① 管理・運営に関する規定が定められている
 - ② 重要な検討内容について、患者への対応状況を含め管理者へ報告する
 - ③ 重大な問題が発生した場合、速やかに発生の原因を分析し、改善策の立案及び実施並びに従事者への周知を図る
 - ④ 立案された改善策の実施状況を必要に応じて従事者へ周知を図る
 - ⑤ 月1回程度開催するとともに、重大な問題が発生した場合は適宜開催する
 - ⑥ 各部門の安全管理者等で構成される

厚生労働省医政局から 求められた安全行動

2 医療安全管理者の業務指針および養成のための研修プログラム作成指針を満たす

- 1) 安全管理体制：WG、プロジェクトチーム
- 2) 教育・研修：院内巡視
- 3) 情報収集、分析、対策立案、フィードバック、評価
：遅滞なく報告、周知
- 4) 医療事故対応：再発防止
- 5) 安全文化：組織目標、各部署の目標と到達度

平成26年10月19日
第14回医療安全管理者ネットワーク会議in 北海道

まとめ

- 厚生局が求める 医療安全行動とは
「根拠法令等に基づく基準」「医療安全管理者の業務指針および養成のための研修プログラム作成指針」を高い精度で満たして実践し、社会的責任を果たしているかである。



医療機関に求められる医療安全行動とは
～JCI (Joint Commission International) から求められた医療安全行動～

寺井美峰子(聖路加国際病院QIセンター)

JCI (Joint Commission International)(以下 JCI)は国際的な医療機能評価を行う医療施設認証機関であり、聖路加国際病院が2012年7月に認証を取得した当時は日本で3番目だったが、認証取得病院は増えつつあり、病院が受審準備中の病院も多いと聞いている。

JCI 審査内容は3年ごとに更新されるが、当院の受審時の審査・評価内容は、全14分野、1218項目について医療機関のマネジメントや医療現場を詳細に審査・評価するものだった。特に患者安全、医療の質向上に関する評価項目が充実して具体的であり、現場職員の実践を求められた。

14分野の筆頭に最重要事項として位置づけられているのが国際患者安全目標(IPSG: International Patient Safety Goals)の6目標である。具体的な評価項目が提示され、病院が目標達成のために評価項目を盛り込んだ方針・手順を作成すること、その方針・手順を全職員が順守すること、さらに病院が職員の実践と順守を支援していること、が求められる。

国際患者安全目標は【目標1: 確実な患者確認】【目標2: 効果的なコミュニケーション】【目標3: ハイアラート薬の安全管理】【目標4: 手術と侵襲的処置の患者・部位・手技確認の徹底】【目標5: 医療関連感染リスクの低減】【目標6: 転倒・転落による患者の傷害リスクの低減】の6目標である。評価項目は、例えば目標1の患者確認では、2つの方法での患者確認を行うこと、2つの方法には患者病室番号やベッド番号や患者の居場所を含まないこと、患者確認がすべての治療や手技や医療行為の前に行われていること、である。そしてさらに、病院として職員がこの手順を順守しているかどうかのデータを収集してフィードバックするとともにPDCAサイクルで改善の取り組みを行うことが求められる。

日本では、推奨される医療安全行動・対策の導入は個々の医療機関の判断に任せられインセンティブが働いていない。手術室でのWHO「手術安全チェックリスト」の導入も病院の意向に任されている。JCIは評価項目として推奨される医療安全行動・対策を提示し、審査員はそれらの意図と効果を説いていた。

ここでは、これらJCIが国際患者安全目標で求めている医療安全行動を紹介し、多くの医療機関でなすべき医療安全行動とその体制整備についての検討の導入となればと考えている。

第14回医療安全管理者ネットワーク会議 in 北海道

日本医療機能評価機構(JCQHC) から求められた医療安全行動

安房地域医療センター医療安全管理室
セーフティマネージャー 古田康之

平成26年10月19日

機能種別版評価項目

機能種別名	種別の説明
一般病院 1	・主として、日常生活圏域等の比較的狭い地域において地域医療を支える中小規模病院
一般病院 2	・主として、二次医療圏等の比較的広い地域において急性期医療を中心に地域医療を支える基幹的病院
リハビリテーション病院	・主として、リハビリテーション医療を担う病院
慢性期病院	・主として、療養病床等により慢性期医療を担う病院
精神科病院	・主として、精神科医療を担う病院
緩和ケア病院	・主として、緩和ケア病棟もしくはホスピスを有する病院

JCQHCホームページより引用

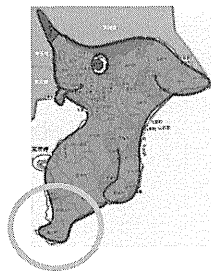
病院機能評価 機能種別版評価項目

一般病院 2 <3rdG:Ver. 1.0>

(2015年3月31日までの訪問審査に適用)

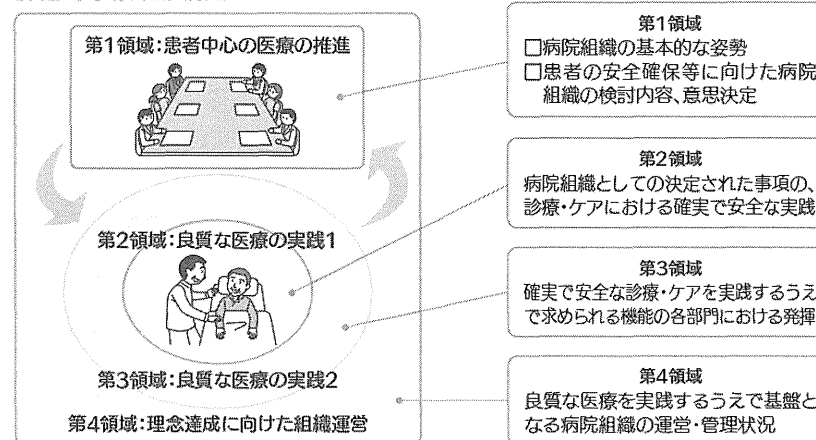
社会福祉法人太陽会 安房地域医療センター概要

149床
救急告示病院
臨床研修病院(協力型)
災害拠点病院
ISO9001:2008認証取得、無料定額診療施設

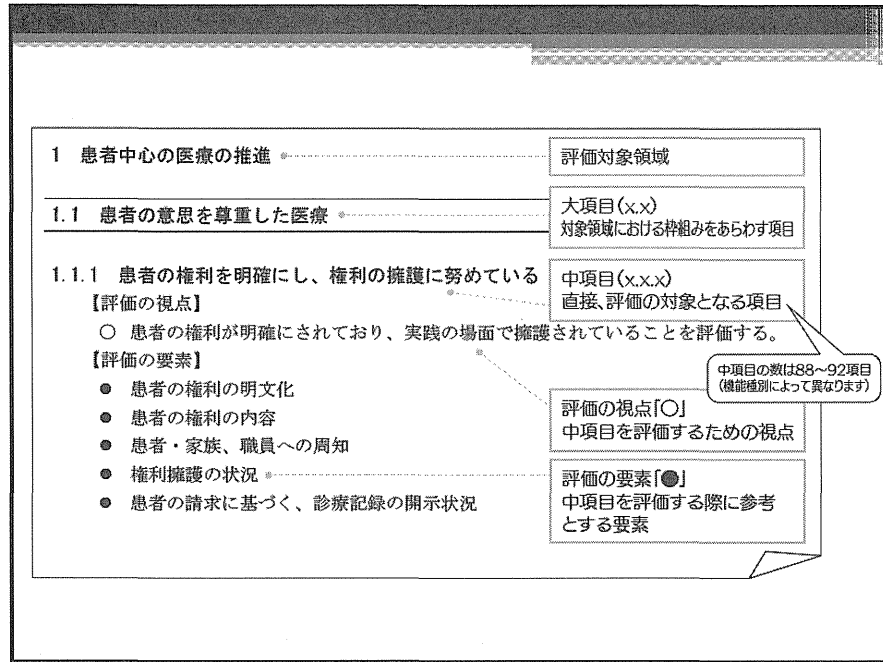


医療安全対策加算1
医療安全管理者 兼任 医師1名
専従 看護師1名 薬剤師1名

評価対象領域の構成



また、上記の評価対象領域はそれぞれ大項目、中項目の評価項目から構成されています。



求められた医療安全行動

求められた医療安全行動として

- ①「～の必要がある」、「～が望ましい」、「～が期待される」、「～が求められる」、「～が重要である」などは抽出していない。評価項目のほとんどがその表現となっているため。ただし、より具体的なものは抽出することにした。
- ②「～すべきである」、「～は必須である」、「～していかなければならない」「～がある」などのように医療安全行動として①よりも徹底して確実に実施しなければならない表現となっているものを抽出した。
- ③管理体制上の必須項目は除外した。

求められた医療安全行動 第2領域より

- ・患者、部位、検体などの誤認防止対策を実施している。

患者登録時における本人確認と情報入力の仕組みに、エラー防止対策組み込まれていなければならない。

患者確認方法については、確実なものでなくてはならない。

- ・情報伝達エラーの防止対策を実践している。

転記（代行入力を含む）が行われている場合には、転記後の医師の確認が必須。

特に口頭指示 さらに復唱は当然！

聞き間違いを防止する工夫も問われる。

- ・薬剤の安全な使用に向けた対策を実践している。

抗がん剤は、レジメン登録などにより患者ごとの治療計画全体が把握され、当日の治療内容が事前に確認されるシステムは必須である。

- ・転倒・転落防止対策を実践している

転倒・転落を理由に安易に抑制することは戒められるべきことであるが、医療安全上必要であれば、患者・家族の同意のもとで躊躇なく行うべきである。

可能な限りで患者・家族への指導も行わなければならない。

転倒・転落発生時の対応手順があり、必要な処置、治療、説明そして管理者への報告等が速やかに実施されていなければならない。

- ・医療機器を安全に使用している

医療機器を患者に装着する前に、メーカー所定の始業点検を行わなければならない。

患者装着前の正しい接続確認を確認しなければならない。

使用法を理解していない人は使用すべきではない。

アラーム運用で原則的に消音は夜間であろうと不適切である

- ・診断的検査を確実・安全に実施している。

検査自体がリスクを伴う負荷心電図では、救急処置が可能な設備を用意した上で医師立ち会いの下実施されるべきである。

鎮静を要する内視鏡では、最低限循環動態の評価を5分ごとに行うが望ましい。

- ・投薬・注射を确实・安全に実施している。

5原則の徹底

患者名、薬剤名、用法、用量、時間

特に急激な変化や何らかのリスク予測される薬剤については、投与開始後15分程度は患者のベッドサイドを離れることなく、十分な観察を行うことが必要である。

- ・輸血・血液製剤投与を确实・安全に実施している。

交差適合試験とABO血液型判定検査は別の時点で採決された検体を用いて行わなければならない

輸血投与前の安全確認、開始後5分間の継続的観察および15分後の観察は必須である。

- ・周術期の対応を適切に行っている。

手術に関しては、適応や具体的な手技、リスクを含めた十分な情報提供のもとに同意を得られていることは言うまでもない。

医療機関に求められる医療安全行動とは
—安全な経鼻栄養チューブの挿入確認手技—

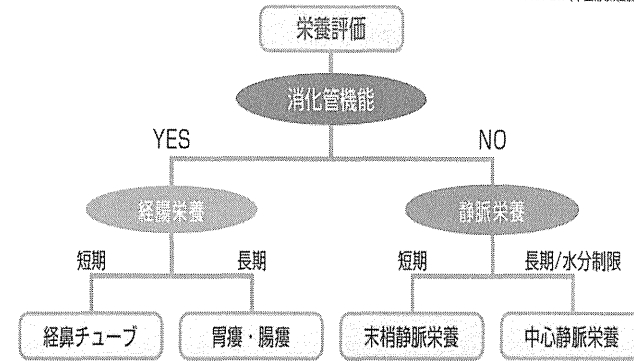


第9回 医療の質・安全学会
2014年 11月23日 8:30~10:30
ワークショップ 指定発言

○山元 恵子(富山福祉短期大学 / 千葉科学大学大学院 危機管理学研究学科 危機管理学専攻 博士課程)

栄養補給法選択のフロー

ASPEN (米国静脈経腸栄養学会) / 抜粋



共同行動以前の
全国の経鼻チューブ事故発生状況

- 2000.9月.....岩手県M病院
- 2001.12月.....T大学病院
- 2002.3月.....愛知県H病院
- 2002.10月・12月.....北海道O病院・北海道F病院
- 2003.7月・11月.....岩手県K病院・香川県N病院
- 2004.8月・10月.....神奈川県A病院・三重県Y病院
- 2005.3月・5月.....千葉県Jセンター・長野県K病院
- 2006.9月・12月.....新潟県N病院・山口県O病院
- 2007.1月・5月.....徳島県H病院・岩手県I病院
- 2008.3月・4月.....兵庫県N病院・長崎県N病院

栄養チューブを誤挿入、80代死亡
〇〇の国立病院

2007年1月〇●島県の国立病院機構●島病院は27日、胃に栄養を注入するチューブを誤って肺に挿入した80歳代の女性患者が同日朝、死亡したと発表した。

同病院から届けを受けた県警●署は業務上過失致死容疑で捜査している。同病院によると、女性患者は昨年11月24日に肺炎の治療のため入院した。今年1月14日、看護師2人が左の鼻孔から栄養チューブを挿入したが、16日に血圧が下がるなど容体が悪化した。X線撮影をしたところ、栄養チューブが胃の中ではなく肺に挿入され、流動食約600ミリ・リットルが入っていた。肺の洗浄や投薬などの処置をしたが、死亡した。

(2007年1月28日 読売新聞)

日本看護協会(2005年)

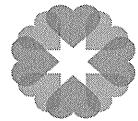
1. 胃液・胃内容物の吸引
2. 気泡音の聴取
3. X線による位置確認

全て行うこと

日本病院機能評価機構 (2006年)

胃内容物の確認を第1に確認する

1. 口腔内の確認
2. 胃内容物の吸引
3. 経鼻栄養チューブのマーキングの位置の確認



いのちを守るPARTNERS
医療安全全国共同行動

医療安全全国共同行動 “いのちを守るパートナーズ” (1・2nd Stage 2008-2013)

患者さんと医療者がともに安心して治療に専念できる環境づくりを

<http://kyodokodo.jp/>

2008年 医療安全全国共同行動対策v1の検討

行動目標 3a: 危険手技の安全な実施
経鼻栄養チューブ挿入時の位置確認の徹底

【目標】 経鼻栄養チューブの挿入留置手技に伴う有害事象
とこれに起因する死亡を防ぐ

【推奨する対策】

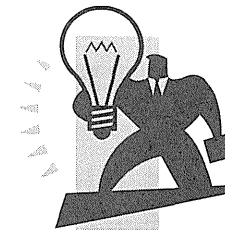
1. 経鼻栄養チューブ誤挿入のハイリスク患者の識別
2. 聴診法を位置確認の確定判断基準にしない
3. 経鼻栄養チューブの挿入と位置確認のためのマニュアルの策定及び順守
4. pH測定をすべての経鼻栄養チューブ挿入時位置確認の基準に採用する(チャレンジ)

チューブ誤挿入後に男性死亡 仙台の病院、肺炎に(日本経済新聞web)

2013/3/23 21:52 http://www.nikkei.com/article/DGXNASDG2303I_T20C13A3CC1000/

仙台市の脳神経疾患専門病院で昨年(2012年)10月、入院していた70代の男性が胃に栄養剤を入れるチューブを気管に誤って挿入された後に肺炎で死亡し、宮城県警捜査1課が業務上過失致死容疑で捜査していることが23日、捜査関係者らへの取材で分かった。チューブは自力で食事ができない人に、鼻からのどを通して胃に挿入する。県警はチューブの誤挿入が死亡につながった疑いがあるとみて、担当だった看護師らから事情を聴いている。捜査関係者らによると、男性は脳疾患の手術を受けて集中治療室(ICU)に入っていたが、昨年(2012年)10月17日に肺炎で亡くなった。病院側は同日、異状死として県警に届けた。病院側は取材に「警察が捜査中でコメントできない」としている。

しかし 対策は実行されていないのが現状



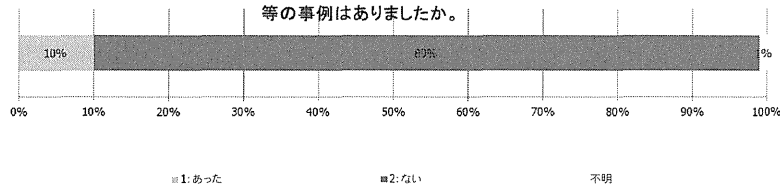
背景1. 経鼻栄養チューブ挿入時の合併症の発生頻度10% 医療安全全国共同行動登録施設の調査より(2013年)

・登録施設213の病院中

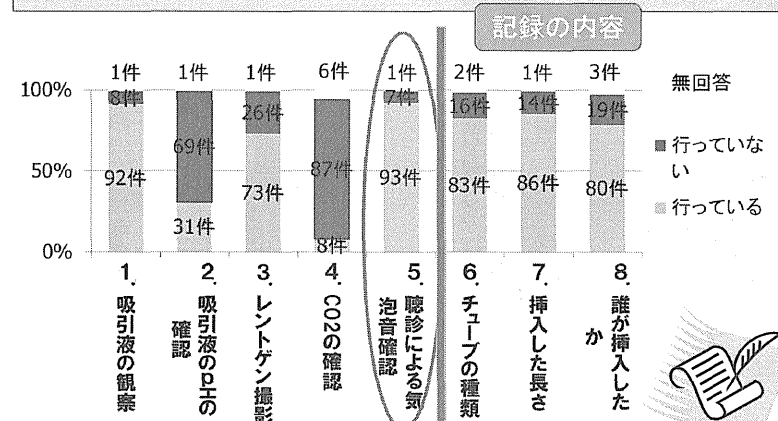
「3a 経鼻栄養チューブ調査票 アンケート」より(有効回答数:101件)
栄養チューブ誤挿入及び・誤注入等の事例発生

★ 10施設で13事例の事故発生(10%)

VI共同行動参加期間中(2008年5月~2013年)に気道内への栄養剤の誤挿入・誤注入等の事例はありましたか。



背景2. 今も聴診による 気泡音確認を93%行っている。



背景3.複数のチューブの位置確認を実行の推奨しても
現在も誤注入による事故の発生は続いている。

最近の事故報道

2014.11.5の朝日新聞の報道によると 徳島90代の経鼻栄養チューブによる死亡事故等、

医療安全全国共同行動の推奨策

1. 空気聴診法を位置確認の確定判断基準にしない
2. 初回、挿入留置時はエックス線撮影で位置確認を行う

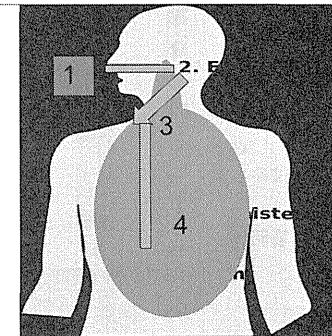
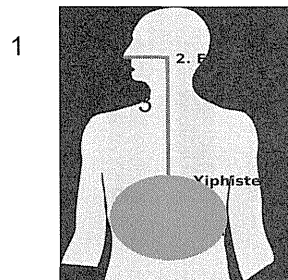
チャレンジ: pH測定による補強確認を励行する

また、芳賀ら(2008年)の報告から3割は胃液採取が困難であり業務に支障が発生している。

背景4. 事前の挿入長さは喉頭隆起を經由して計測する

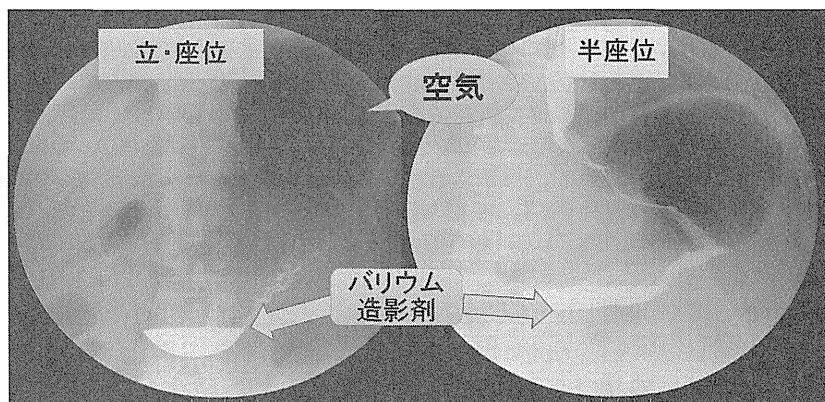
【A】値
外鼻孔～外耳孔～心窩部
(剣状突起)

【B】値
1.外鼻孔～2.外耳孔～3.喉頭隆起～
4.心窩部(剣状突起)



Aの長さは不適 : 西イングランド大学 University of the West of England - プリストル、イギリス公開資料「経鼻チューブの適正な深さでの挿入: NPSAガイドラインは不適切」より改訂 オンライン公開日 2014年6月25日

背景5. 胃液をとるためにはエックス線で確認する
(体位の違いによる液体の溜まり方の比較)

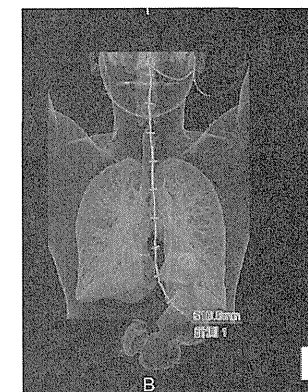


東京北医療センター 関撮影 医療安全全国共同行動資料

15

【医療安全行動の推奨策】

- (1) 挿入前の挿入チューブ長さの計測
- (2) 胃内容液の採取とpH測定
- (3) 挿入後のエックス線による挿入長さの確認と記録



第9回 医療の質安全学会

医療機関に求められる 医療安全行動とは

中小規模医療機関（歯科診療所から）

Uクリニック五十嵐歯科 五十嵐博恵
2014,11,23 幕張メッセ国際会議場

医療機関に求められる医療安全行動とは何か？

→提供する医療の安全体制を整備し維持して医療の質を高める活動

【最悪のシナリオ（有害事象）発生時の社会的影響】

有害事象の発生があっても地域医療の基幹を崩壊させられない社会的責任がある

事故発生は即、経営維持の困難を招く
やり直しや改善を許される環境はない

病院の特徴

医療機関数	5%
職員数	大
床数	20床～ 500床～
レポート件数 (インシデント /アクシデント)	数百件～数千件

診療所の特徴

95% 医科(56.5%) 歯科(38.5%)
小
病床～19床
事件～数十件

常に有害事象発生が対策の前提にある

- ・サーベイランス（発生動向調査）
- ・院内監視
- ・分析・統計（傾向、重点対策）
- ・委員会活動と担当管理者の配置
- ・発生原因の究明
- ・病院間で情報公開と情報共有
- ↑
- ・外部の客観的評価の受け入れ
- ・医療監視、ISO、機能評価

有害事象発生自体が稀で特別？

- ・発生自体が社会的に許容されない
- ・自浄的事例抽出や客観的事例調査が難しい
- ・少人数では担当管理者を配置できない
- ・風評被害や経営ダメージ大が障壁となり
情報公開と情報共有はしにくい

病院の活動をそのまま適用できる部分は限られる
課題：診療所の特性に合わせた対策

診療所の特性に合わせた対策

1. 対策立案のための自院の分析

小規模医療機関の提供している医療行為によるタイプ分類

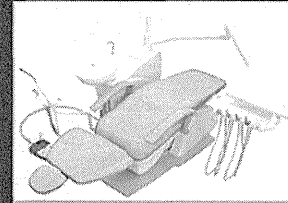
長尾隆雄の分類から

- Type A (有床orスタッフ20名以上)：入院患者(+）・マンパワー(+)
小規模(有床)ハイリスク：フルオプション
- Type B (無床orスタッフ20名未満)：**重要な医療行為・危険薬剤使用・高度機器使用** のいずれかが有
小規模(無床)ハイリスク：基本プログラム+オプション
- Type C (無床orスタッフ20名未満)：**侵襲的医療行為・危険薬剤使用・高度機器使用** のいずれも無
小規模(無床)ローリスク：基本プログラム

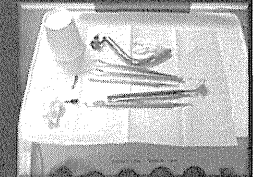
2. プログラムの選択と達成目標

1. 医療安全管理者の確立・業務の把握
2. クリニカル5S活動・KYT
3. 基本安全確認行動の導入
4. 安全管理マニュアルの整備
5. 院内研修
6. ヒヤリハット事例のレポート
7. 事例分析
8. サーベイランス：発生状況から対策を立てるは不可能
9. 院内監視：客観性、自浄性、信頼性に欠ける →診療所では実現不可能
10. モニタリング（医療監視、機能評価など）
11. 立ち入り調査

歯科診療所の実態



=診療の様態=
◎検査・診断・処置が診療台の上
◎使用する器具は小さく鋭利
歯科処置は外来小外科処置

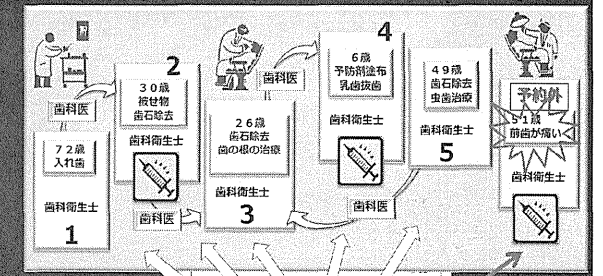


=診療の特徴=

- ◎気道の入り口が術野
- ◎局麻の使用頻度が高い
- ◎高齢患者の増加に伴い循環器疾患増悪する可能性
- ◎小児患者の体動による注射針の破折の可能性



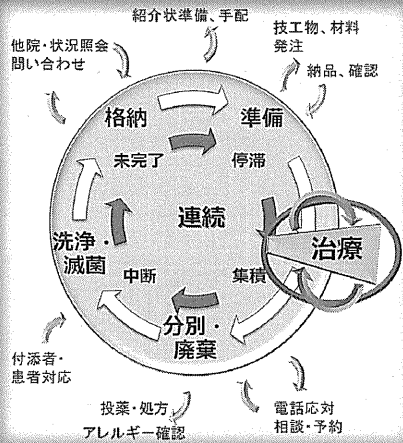
注射針：30G～33G（極細）
注射液：1/8万アドレナリン
添加（高濃度）



同一時間内に複数の治療台で複数の治療が並行し
多様な年齢の患者や付添者が在る

業務実施上の問題

歯科診療所の日常業務体制＝兼務の連鎖＝職員に余裕がない



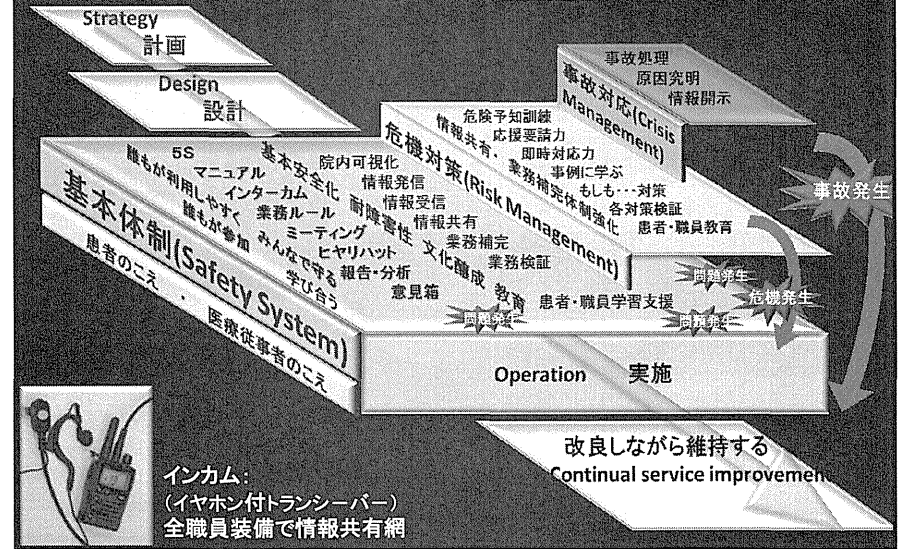
- ＝日常業務の問題＝
- ◎患者を診ることに集約（効率・収益性重視）
 - ◎兼務する業務量に適正な基準がない
 - ◎個人の能力格差が大きく業務の集積、中断、未完了、停滞が頻発
 - ◎ミスが起これば個人の不注意

プログラム実施の障害

1. 職員数が少ない
2. 職務・職責・職能の格差
3. 教育の時間が取れない
4. 兼務就労のため情報共有が困難
5. 職員ごとの安全の価値観の違い
6. 歯科医師の指示の下 自律的行動の経験がない

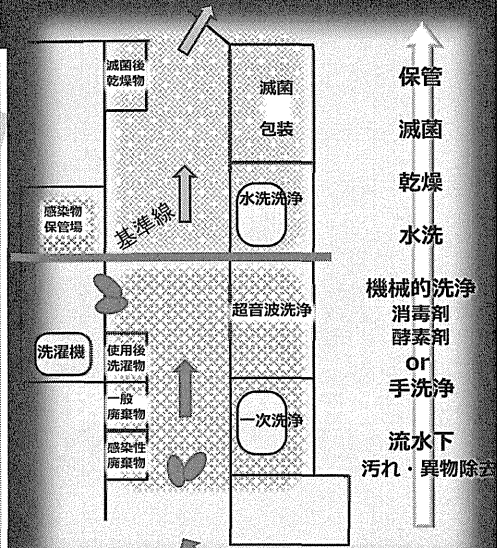
3. プログラム達成のための方略・方法・資源

到達目標：日常業務を全職員でネットワークを作って監視し 危機の芽を見つけ対応する



実践例1 工程と作業と場を合致させ遵守基準を可視化

● ワンウェイ・ゾーニング



(20141207 Uクリニック五十嵐歯科 五十嵐博恵)

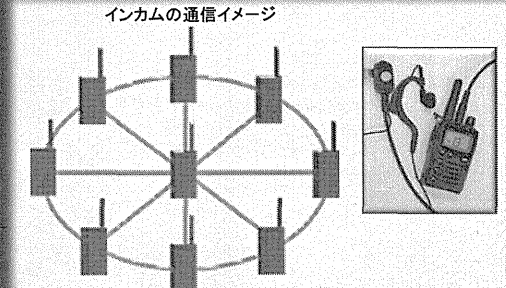
実践例2 基本安全確認行動をネットワークの中で実施

- 院内ネットワーク構築(持ち場を離れず自律的に情報受発信可能な状態を構築)

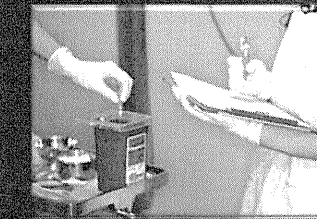
情報伝達の時差を無くし 情報の共有化・対応の迅速化

- 緊急時コール
- 業務周知内容の共有化
- マンパワーの指示と配置
- 院内患者・付添者の把握
- 研修医や学生の行動把握
- 災害時情報伝達 (停電時戶外でも使用可)
- *避難行動支援

石橋宗央「災害時におけるインターカムヘッドセット利用の避難行動の有効性」医療の質、安全学会ポスター発表より引用



本多真由美著 インカムを応用した情報の共有化による迅速な緊急対応の1例 日本歯科医療管理学会雑誌 44(4), 255-259, 2010-02-25より引用



ダブルチェック・呼称確認 廃棄終了をインカムにて全職員に発信



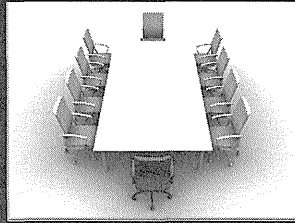
(20141207 Uクリニック五十嵐歯科 五十嵐博恵)

4.プログラムの検証

《 具体的事例 》
-場面-

- 物理的事象**
- 診療
 - 切削器具で患者切削
 - 治療器具で患者やけど
 - 患者が鑄造体を誤嚥
 - 治療器具で患者切削
 - 治療器具で口唇擦む
 - 被せ物セット時頬粘膜巻き込む
 - 大型機器を患者の頭につけた
 - 薬液が患者の顔に飛散
 - 患者の服に薬液こぼす
 - 手術後の後日確認をせず帰した
 - 手術時血圧の異常値を見落とした
 - レントゲンデータを他の患者に入力
 - レントゲン撮影防護具のつけ忘れ
 - 片付け
 - 印象後、口腔内から小器具発見
 - 大型機器破損
 - アルコールランプ破損
 - 石膏の混水比を誤り模型を駄目にした
 - 浸麻針を素手で破棄しようとした
 - 血液のついたタオルの始末
 - 使用針を分別せず洗い桶に入れた
 - 感染ごみの廃棄の間違い
 - 抜去歯をビニールに入れたまま洗濯
 - 対応
 - ミスを報告するのが遅れた
 - 時間がかかりすぎて患者からクレーム
 - 患者の前で不適切な言葉
 - 患者から痛いと言われた
 - 患者を立たせた（手が優しくない）
 - 保険医登録の遅れ
- ・・・ などなど

ヒヤリハット報告会



立場によらない意見を出せる環境
全職員の水平的な関係

見つけたら、気になったら、心配になったら、
確認しておきたいことがあったら報告へ

タスク：
全職員で危機の芽を探す

(20141207 Uクリニック五十嵐歯科 五十嵐博恵)

5.実践の評価 事例分析

当院におけるヒヤリハット件数

年度	H19年 6月~	H20年	H21年	H22年	H23年	H24年	H25年	H26年 ~10月	総計
報告件数	8件	23件	44件	35件	38件	40件	26件	25件	235件
口腔外科 手術関連	2件	8件	16件	3件	1件	2件	1件	1件	34件

H19年/2件
準備不足で手術の遅れ
患者手術予約忘れ

H20年/8件
メス刃廃棄ミス
術後確認忘れ
縫合針廃棄 2
覆布一般洗濯へ 2
部位間違い

H21年/16件
心電図作動ミス
メス刃廃棄ミス 2
縫合針廃棄 4
部位間違い
器具片付けミス 2
処方薬剤在庫ミス
不十分なリキヤップ
インプラント関連
手術に検査結果間に合わず
注射薬剤の作りすぎ 2

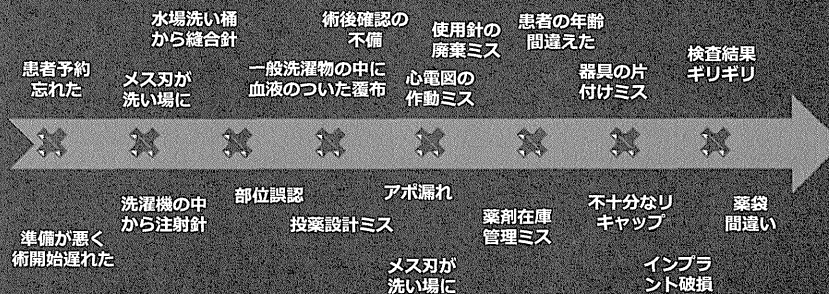


レベルは気になったことまで含む

(20141207 Uクリニック五十嵐歯科 五十嵐博恵)

6.安全維持のために取り組むべき対策課題の抽出

- 診療所の事例分析では遡って複数年単位で統計を取る必要がある
診療所のヒヤリハット事例は報告数が多くはないため単年統計だけでは特徴がみえない
- 1件1件のヒヤリハット事例は点だが遡って統計を行うと繰り返し例や類似事例が発生
点をプロットしていくと事例は口腔外科手術に関連し1本の線として出現



口腔外科手術に関連した業務・作業が課題

(20141207 Uクリニック五十嵐歯科 五十嵐博恵)

ブリーフィング/タイムアウト

- 患者参加型タイムアウト
手術規模や職種の違いによらず全ての職員が患者を交えて、患者情報や手術手順を一括して整理・確認
- 日本医療評価機構の「手術の際のタイムアウト」を参考に
①執刀直前に②チーム全員で③一旦手を止めて④チェックリストに従って⑤患者・部位・手技などを確認する

口腔外科手術のルール：記載の終わったチェックリストと同意書の両方が揃って手術へ



タイムアウトの基準

全職員がコーディネーターを務められるよう訓練
同意書のないもの、記載に不備があるものは
手術を中止する

同意書をいただく際の基準

患者が手術を同意し、該当部位と手術内容が
解るまで説明後同意書の記載

(20141207 Uクリニック五十嵐歯科 五十嵐博恵)

患者自らに名乗らせをお願いしている事項

手術管理チェックリスト(タイムアウト)

患者氏名: _____ 手術日: 年 月 日 科: _____

医師: _____ 麻酔科医師: _____

手術予定時間: _____ 時間 分

手術開始時間: _____

手術終了時間: _____

手術室主任: _____

術前確認

患者名の確認	NO	YES	
手術部位の確認	NO	YES	
手術内容の確認	NO	YES	
同意書の確認	NO	YES	
血液検査結果確認	NO	YES	
CTの確認	NO	YES	

危険物器具の廃棄確認表

遮光器具の廃棄	NO	YES	針
メス刃の廃棄	NO	YES	抜
縫合針の廃棄	NO	YES	針
薬物注入針の廃棄	NO	YES	針
点滴針の廃棄	NO	YES	針

手術時使用薬剤の確認

ホルマリンの使用	NO	YES	錠
笑気の使用	NO	YES	分
オーラ法の使用	NO	YES	本
スキヤットの使用	NO	YES	本
デカドンの使用	NO	YES	ml
ロビオンの使用	NO	YES	ml
ロセインの使用	NO	YES	ml
ホスシンの使用	NO	YES	バック
ドルミカムの使用	NO	YES	ml
アネキセートの使用	NO	YES	ml
ベルジビンの使用	NO	YES	ml

手術器具の廃棄確認表

空気バルブを閉じた	YES	NO
手術器具の処理	YES	NO
使用布類の処理	YES	NO
パペュームの洗浄	YES	NO
診察室の清掃	YES	NO

全身既往

高血圧症	/
糖尿病	HBa1c: _____
貧血症	
食物アレルギー	
薬物アレルギー	
感染症	B型肝炎 AIDS C型肝炎 MRSA
過換気症候群	
喘息	
頸間節症	
頸間節脱臼	
花粉症	
骨粗鬆症	
循環器疾患	
呼吸器疾患	
心臓疾患	
脳疾患	
消化器疾患	

Uクリニック五十嵐歯科

(20141207 Uクリニック五十嵐歯科 五十嵐博恵)

改善

当院におけるタイムアウト実施数

年度	H21年 7月~	H22年	H23年	H24年	H25年	H26年 ~9月	総計
タイムアウト 実施数	65件	170件	175件	206件	204件	117件	937件
手術当日中止数		1件	1件	1件	1件	0件	4件
チェックリスト 上の不備	*	3件	5件	12件	16件	4件	40件
全身既往		46件	111件	69件	111件	43件	380件

* (薬を受け取る受付窓口で、他院からの処方薬との飲み合わせ相談多数より項目追加)

ヒヤリハット発生件数

年度	H19年 6月~	H20年	H21年	H22年	H23年	H24年	H25年	H26年 ~10月	総計
報告件数	8件	23件	44件	35件	38件	40件	26件	25件	235件
口腔外科 手術関連	2件	8件	16件	3件	1件	2件	1件	1件	34件

一定の抑止力となっている

- H24年4月~H25年4月
同意いただいた患者95名にアンケート実施

患者95名(100%)は
“次回手術があった際にはタイムアウトを備えた手術を受けたい”

(20141207 Uクリニック五十嵐歯科 五十嵐博恵)

結論

◎ヒヤリハット報告から

1. 報告の内容から安全体制の遵守状況が確認できる
2. 職員の安全認識や知識などの教育が行われ全体能力向上に活用できる

◎事例分析から

1. 経年振り返りの調査で類似事例や繰り返し事例が見つかる
2. 全職員で向き合うべき重点的対策課題と問題点の共有が明確になる

◎改善から

1. 病院を模倣して**プリ・フィンク/タイムアウト**を導入した
2. タイムアウトは口腔外科手術全例に実施し、ヒヤリハット報告は減少した
3. 術直前の最終確認で不備、疑問のあったものは中止、中断を可能にした

診療所のプログラムの達成方法の評価

1. 当院の選択した方法・方略の概要

全職員で日常業務に対し直接参加、直接相互監視

2. 監視の効果

職員間の業務・作業の遵守状況を把握可能とした

まとめ 医療機関に求められる医療安全行動とは何か

目標: 提供する医療の安全体制を整備し維持して医療の質を高める

課題: 小規模の特徴を生かした医療安全の体制整備と活動の持続を図る

方法: 日常業務をインカムを用いたネットワークを作って監視し
危機の芽を見つけ対応する

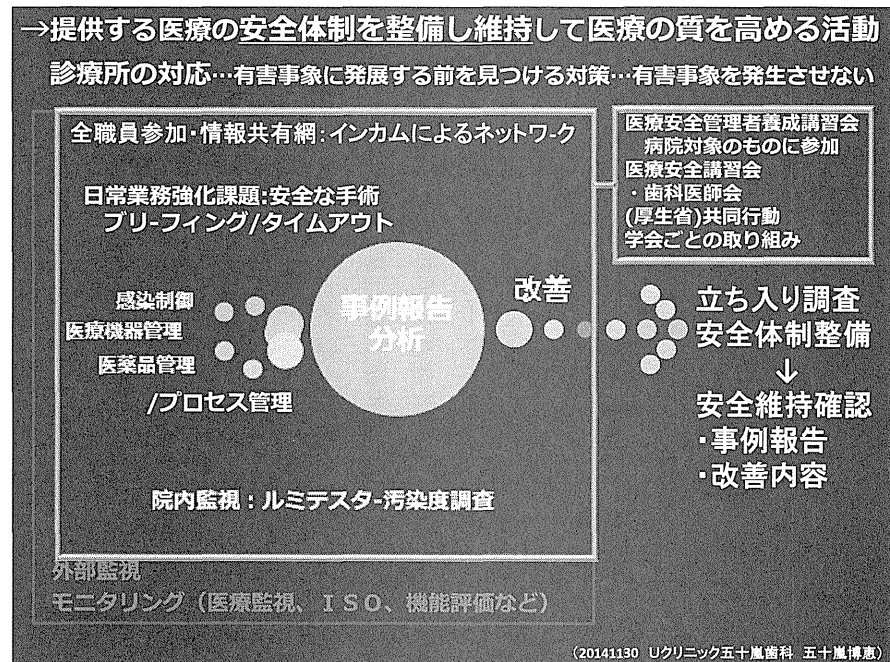
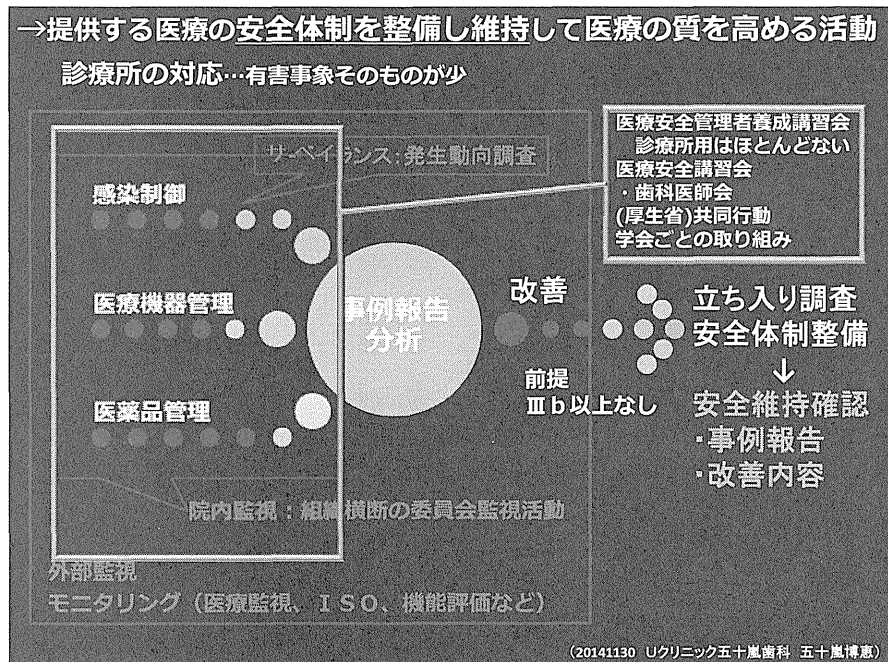
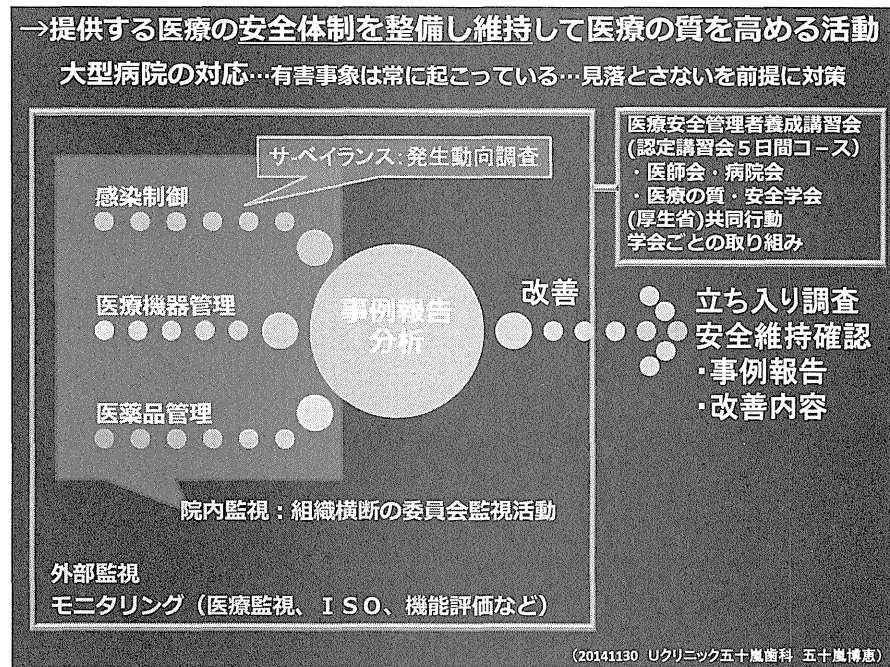
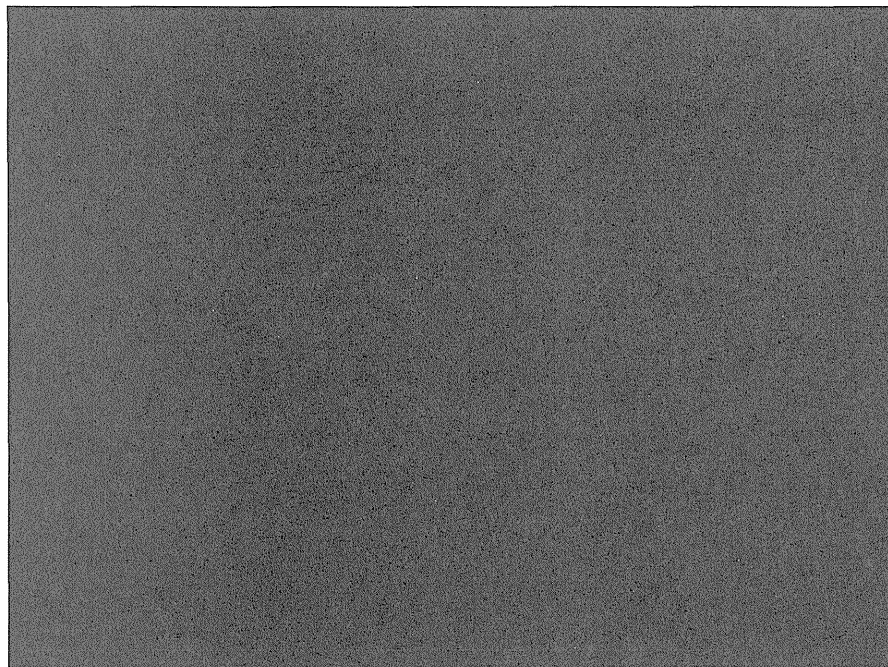
条件: ヒヤリハットが出せる水平的な職場環境の構築

結論: ①全職員ネットワークを構築した中で、職員が相互監視に参加することで
ヒヤリハット事例を的確に収集・分析ができる

②全職員への周知徹底と迅速対応可能な診療所では、タイムアウトの
ような強固な医療安全の仕組みを構築できる。

◎診療所では

規模の小ささはデメリットと考えられがちだが
規模の小ささ故に、
スピーディーでブレのない対策と結果を見ることが
できる



医療機関で必ず行うべき医療安全行動として考えている具体的項目は何ですか？下記から選択するとともに、下記以外にありましたらご記入ください。

〈選択項目〉 回収 43 枚

- | | | |
|------------------------------------|---------|--|
| ・ WHO 手術安全チェックリスト | 20 / 43 | |
| ・ CVC 認定医制度導入 | 11 / 43 | |
| ・ 侵襲的処置前のタイムアウト | 29 / 43 | |
| ・ ハイアラート薬を決定して管理 | 27 / 43 | |
| ・ 患者確認の手順決定と順守決定と遵守 | 40 / 43 | |
| ・ 患者確認のための輸血前バーコード認証、注射・点滴前バーコード認証 | 27 / 43 | |
| ・ 転倒・転落リスクアセスメントと予防対策の実施 | 32 / 43 | |

〈その他〉

- ・ 患者の確認は本当に初めに必要な行為なので必ず行っていきたい。
- ・ 当院で医師への研修が継続的になっていないのでシステムつくりたい。
- ・ コミュニケーション能力を向上させるための取り組み
- ・ 薬剤師、栄養士によるアレルギーショック
- ・ 医薬品の安全な取扱い、提供、持参薬
- ・ 24 時間 365 日体制で医療安全に関する相談窓口を設ける。
- ・ データの活用
- ・ 患者の説明行動
- ・ インシデントレポートの結果
- ・ データのフィードバック
- ・ 医療安全を担う次世代の管理者など、人の育成
- ・ JCI 国際患者安全目標の項目を確実に行うこと。
- ・ 褥瘡アセスメント
- ・ 報告の方法 (SBAR など) の統一
- ・ 医療安全の基礎についての教育をもっと十分
- ・ 各種医療機器アラーム発生時の対応
- ・ 医療行為の有効率、成功率、開示
- ・ チューブドレン管理 (特に胃ろう) 手順を改訂中は重要と考える。
- ・ 説明の仕方 (確認の方法) ←理解度のです
- ・ 安全の指標 (個人レベルの)

第2会場

301

8:30～10:30 ワークショップ5

座長：嶋森 好子(東京都看護協会)

荒井 有美(北里大学病院 医療安全管理者)

医療機関に求められる医療安全行動とは

1 日本医療機能評価機構から求められた医療安全行動

○古田 康之(安房地域医療センター医療安全管理室)

2 JCI (Joint Commission International) から求められた医療安全行動

○寺井 美降子(聖路加国際病院 QIセンター)

3 行政の医療監視で求められた医療安全行動について

○甲斐 由紀子(宮崎大学医学部看護学科 基礎看護学講座)

指定発言：

五十嵐 博恵(Uクリニック五十嵐歯科)

山元 恵子(富山福祉短期大学看護学部)

ファシリテータ：

木村 真子(北海道文教大学 人間科学部 看護学科)

佐々木 久美子(医療法人財団慈生会野村病院)

佐藤 景二(静岡市立静岡病院 医療技術部 臨床工学科)

杉浦 立尚(笑顔のおうちクリニック名古屋)

杉山 良子(パラマウントベッド(株) 技術開発本部)

關 良充(東京北医療センター医療安全管理室)

團 寛子(大阪大学医学部附属病院中央クリティカルマネジメント部)

山元 恵子(富山福祉短期大学 看護学部)

山内 桂子(東京海上自衛メディカルサービス株式会社メディカルリスクマネジメント室)

ワークショップ 5

医療機関に求められる医療安全行動とは

企画者：嶋森 好子（東京都看護協会）

1999年に生じた重大な医療事故を契機に、医療安全対策が進められてきた。2006年には、医療安全対策加算が設けられ、医療安全管理者の配置が要件となった。2007年には、特定機能病院等に事故報告が義務づけられた。米国に習って医療安全全国共同行動が開始され、特に危険性の高い業務について、推奨される安全なプロセスが提案されている。日本医療機能評価機構は、医療安全確保のための活動も評価の対象としている。国際認証機関であるJCIの認証を受ける病院も増加し、その認証の要件として、医療安全確保のための活動とその成果を示すことが求められている。この度の医療法改正では、医療機関の管理者に勤務環境改善マネジメントシステムの構築を努力義務として、また、死亡事故が発生した場合には院内事故調査の実施を義務として課せられることになった。一方、医療安全管理加算要件は、2006年に設けられた当時のままで、医療法が定めている項目に沿った基本的な体制整備を求めているのみである。先進的な医療現場では、これまで10数年にわたり、様々な努力を重ねてきた。その中で、有用な事故防止活動を行っている現場もあり、安全な業務プロセスも提案されている。しかし、これらの安全な業務プロセスを全ての医療機関が実施しているとは限らない。日本医療機能評価機構が“医療安全情報”として提供している安全処置をとらずに同様の事故を起こす医療機関もある。今こそ、今後の医療安全確保を確実にするための医療安全活動を実践する時期に来ている。そこで、本セッションでは、現場の医療安全管理や活動を担っている方々に参集いただき、様々な認証機関等が求めている医療安全行動について、演者に語っていただいたうえで、いずれの医療現場でもなすべき、医療安全行動とその体制整備について検討したいと考えている。（本研究は平成26年度厚労科研の分担研究の一環として企画するものです。ファシリテーター：質・安全学会ネットワーク委員会委員・木村眞子：北海道文教大学、佐々木久美子：野村病院、佐藤景二：静岡病院、杉浦立尚：笑顔のおうちクリニック、杉山良子：パラマウントベッド、關良充：東京北医療センター、山元恵子：富山福井短期大学

ワークショップ 5-1

日本医療機能評価機構から求められた医療安全行動

○古田 康之

安房地域医療センター医療安全管理室

安房地域医療センターは2013年12月に日本医療機能評価機構（以下、「JCQHC」という）の機能種別版評価項目 3rdG：Ver.1.0 一般病院2を認定取得した。JCQHC 認証のための評価項目には医療安全に関連する事項が全般にあり、医療安全が重要視されていた。その中でも特に具体的に言うべき医療安全行動が明示されていた項目などについて紹介させて頂き、これら要求されていることをどう実現しているかについて議論をしていきたいと思っております。この議論を深めることで、いずれの医療現場でもなすべき医療安全行動とその体制について整理されてくると考えられます。

ワークショップ 5-2

JCI (Joint Commission International) から求められた医療安全行動

○寺井 美峰子

聖路加国際病院 QI センター

JCI (Joint Commission International) (以下 JCI) は国際的な医療機能評価を行う医療施設認証機関であり、聖路加国際病院が2012年7月に認証を取得した当時は日本で3番目だったが、認証取得病院は増えつつあり、病院が受審準備中の病院も多いと聞いている。

JCI 審査内容は3年ごとに更新されるが、当院の受審時の審査・評価内容は、全14分野、1218項目について医療機関のマネジメントや医療現場を詳細に審査・評価するものだった。特に患者安全、医療の質向上に関する評価項目が充実して具体的であり、現場職員の実践を求められた。

14分野の筆頭に最重要事項として位置づけられているのが国際患者安全目標 (IPSG: International Patient Safety Goals) の6目標である。具体的な評価項目が提示され、病院が目標達成のために評価項目を盛り込んだ方針・手順を作成することと、その方針・手順を全職員が順守すること、さらに病院が職員の実践と順守を支援していること、が求められる。

国際患者安全目標は【目標1: 確実な患者確認】【目標2: 効果的なコミュニケーション】【目標3: ハイアラート薬の安全管理】【目標4: 手術と侵襲的処置の患者・部位・手技確認の徹底】【目標5: 医療関連感染リスクの低減】【目標6: 転倒・転落による患者の傷害リスクの低減】の6目標である。評価項目は、例えば目標1の患者確認では、2つの方法での患者確認を行うこと、2つの方法には患者病室番号やベッド番号や患者の居場所を含まないこと、患者確認がすべての治療や手技や医療行為の前に行われていること、である。そしてさらに、病院として職員がこの手順を順守しているかどうかのデータを収集してフィードバックするとともにPDCAサイクルで改善の取り組みを行うことが求められる。

日本では、推奨される医療安全行動・対策の導入は個々の医療機関の判断に任せられインセンティブが働いていない。手術室でのWHO「手術安全チェックリスト」の導入も病院の意向に任されている。JCIは評価項目として推奨される医療安全行動・対策を提示し、審査員はそれらの意図と効果を説いていた。

ここでは、これらJCIが国際患者安全目標で求めている医療安全行動を紹介し、多くの医療機関でなすべき医療安全行動とその体制整備についての検討の導入となればと考えている。

ワークショップ 5-3

行政の医療監視で求められた医療安全行動について

○甲斐 由紀子

宮崎大学医学部看護学科 基礎看護学講座

医療法（昭和 23 年法律第 205 号）第 25 条第 1 項の規定に基づく立入検査は、医療法に基づくすべての病院を対象とし、医療監視員が施設に赴き、原則年 1 回実施されます。検査要綱には、「病院が医療法及び関連法令により規定された人員及び構造設備を有し、かつ、適正な管理を行っているか否かについて検査することにより、病院を科学的で、かつ、適正な医療を行う場にふさわしいものとするを目的とする」と記載されています。

私は、平成 12 年から 11 年間、病院の医療安全管理者として立入調査を担当しました。立入調査では、事前に調書を提出し、最初に対面による書面及びカルテ審査、重要事例に対する担当者の聞き取り調査・指導が行われ、部署の訪問審査では現場スタッフの直接聞き取り調査や周知手段の確認、手洗いの目視確認等が実施されます。これらの審査結果から、病院が社会的責任を果たすために「根拠法令等に基づく基準」や、「医療安全管理者の業務指針及び養成のための研修プログラム作成指針」を遵守し、高い精度で現場実践されているかという視点で改善指導が行われます。

立入調査における具体的な調査項目と内容、改善指導について紹介し、改めて行政が求める医療安全行動と現場の実践活動について討論することを通して、病院として求められている医療安全行動と体制整備について討論していきたいと考えます。