

医療安全は全てに優先する

医療事故の死亡者は入院患者の0.4%といわれ、

約5万人が亡くなっていることになる。

これは交通事故死の10倍にあたる。

当院の安全管理の基本理念

1. 安全を最優先とし、患者がチーム医療の一員として質の高い医療活動に参加できるように、組織横断的に患者安全の推進に努力する
2. 「人は誰でも間違える」という前提のもと、各職員が事故防止対策に真摯に向き合い、エラーが事故とならないよう職員の安全も配慮し、システムの改善を策定し続け、安全文化に対する意識を高める
3. 患者安全のための教育システムを構築し、組織の安全文化への醸成を図る

To err is human, forgive devine
過つは人の常 許すは神の業

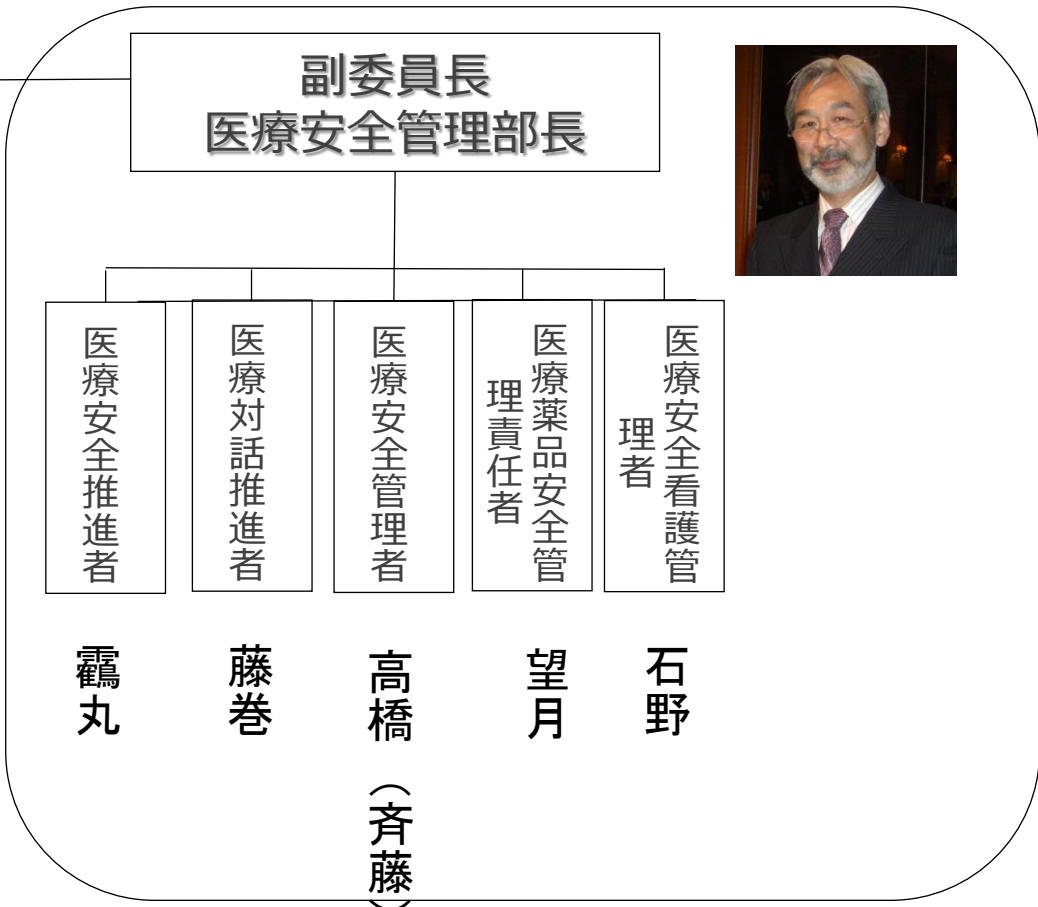
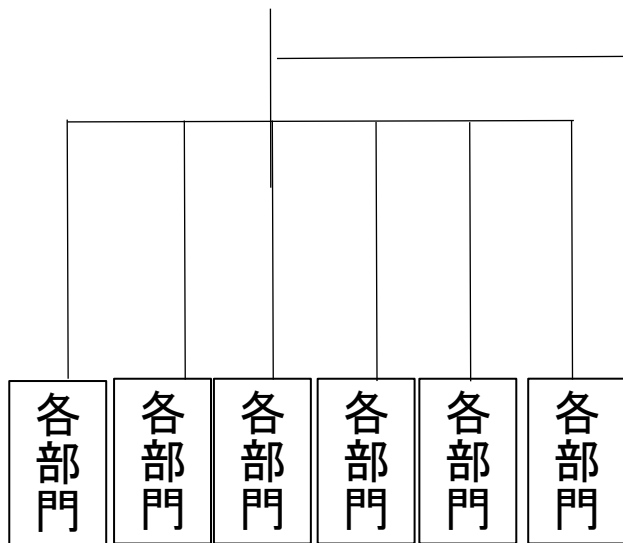


医療安全管理 組織体制



病院長=委員長

医療安全管理委員会



管理部会の開催 毎週金曜日8:30～9:00

- 管理指針の整備、改訂
- インシデントレポート収集と分析
- 臨時安全管理委員会の開催
- 再発防止策を検討と周知
- 患者サポートチーム報告

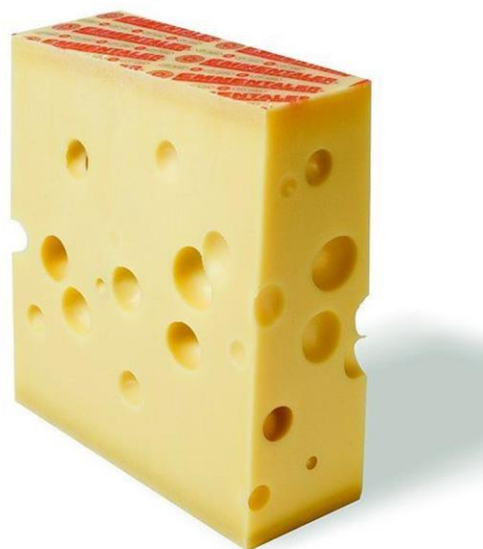
医療安全管理委員会



- 当該事象の発生状況報告
- 院内定期巡回
- 医療安全院内研修
- 院外研修・学会等に参加

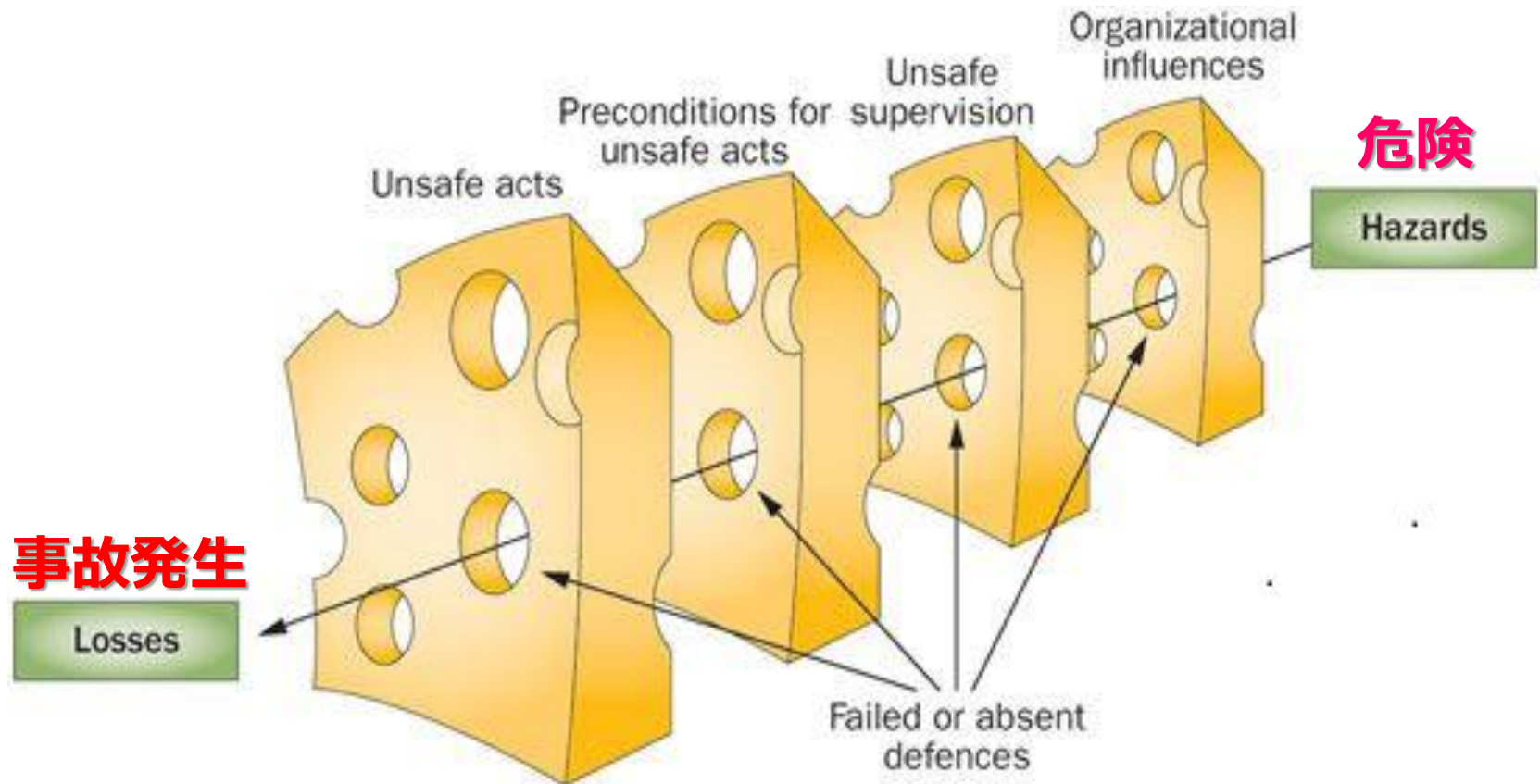
当院での患者安全の取り組みについて

STRATEGIES FOR PATIENT SAFETY IN SANWA HOSPITAL

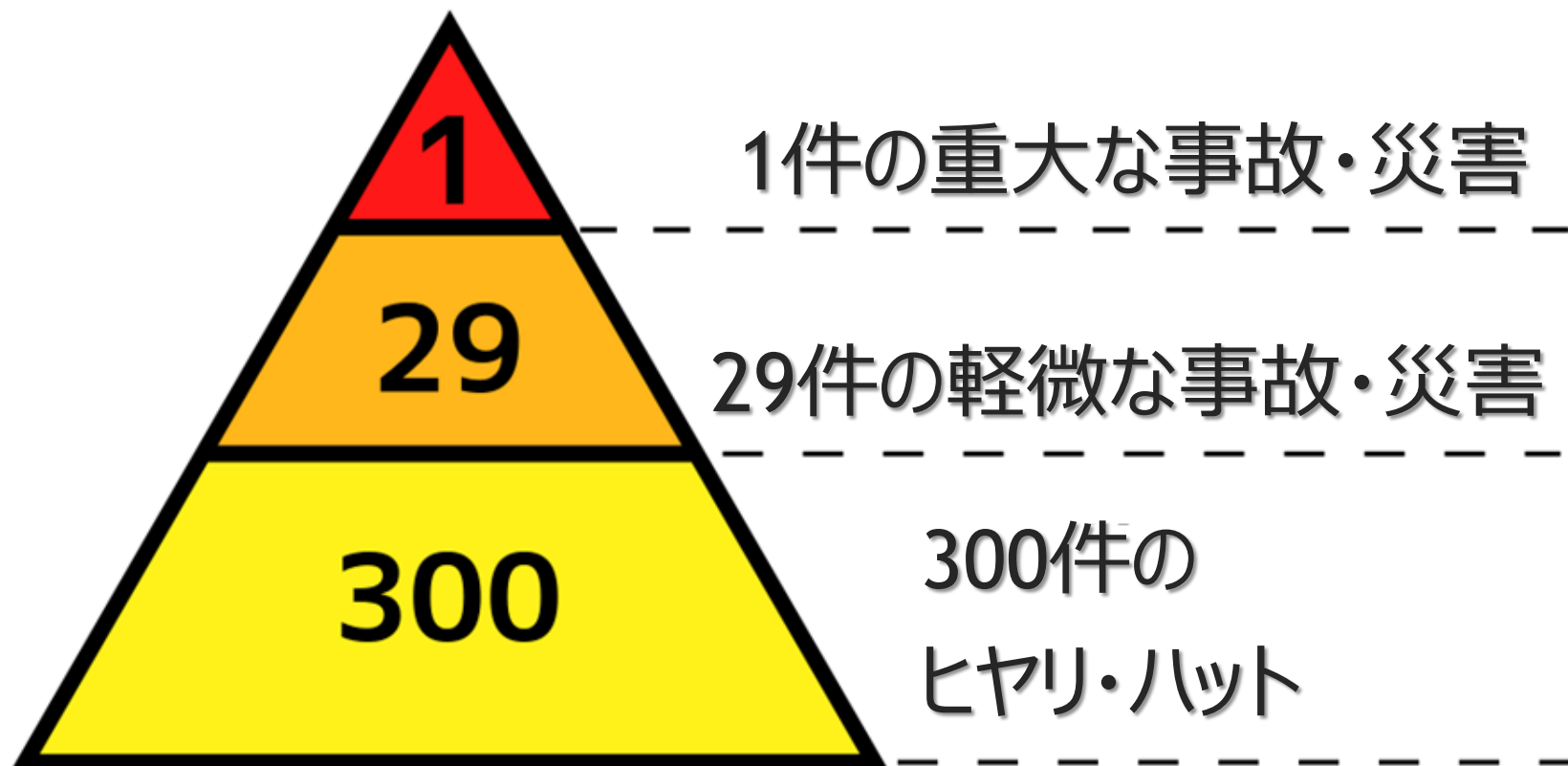


事故発生のメカニズム

リーズンのスイスチーズモデル JAMES REASON'S SWISS CHEESE MODEL



ハインリッヒの法則 Heinrich's law



用語の定義と解説

◆ インシデント

「患者の診療ケアにおいて
発生した好ましくない事象。

本来のあるべき姿から外れた事態・行為が
発生したもの」

◆ アクシデント（医療事故）

「医療を通じ患者に一定以上の障害が発生
（レベル3以上）」



「医療安全マニュアル」P9

用語の定義と解説

◆ 医療過誤

「医療事故のうち患者側に発生した被害で、
法律上医師や看護師など医療従事者に
損害賠償の請求を求めることができるもの」



インシデントの影響度分類と報告様式

患者影響レベル		
インシデント	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（何らかの影響を与えた可能性は否定できない）
	レベル2	処置や治療は行わなかった（患者観察の強化・バイタルサインの軽度変化・安全確認のため必要性は生じた）
アクシデント	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	濃厚な処置や治療を要した（バイタルサインの高度変化、人工呼吸器の装着、入院日数の延長、外来患者の入院、骨折など）
	レベル4a	永続的な障害や後遺症が残ったが、有意な機能障害や美容上の問題は問わない
	レベル4b	永続的な障害や後遺症が残り、有意な機能障害や美容上の問題を伴う
	レベル5	死亡（原疾患の自然経過によるものを除く）
その他		自殺企図・暴力・クレーム

用語の定義と解説

◆ 重大事故

「患者影響度基準のレベル4および5に相当する有害事象」

* レベル4は4aと4bがある

4a:永続的な障害や後遺症が残ったが、有意な機能障害や美容上の問題は問わない

4b:永続的な障害や後遺症が残り、有意な機能障害や美容上の問題を伴う

5:死亡(原疾患の自然経過によるものを除く)

基本情報

発生又は発見日 | 発生又は発見時刻 | 発生場所

報告者情報

報告者 ▼ 報告部署 職種
 職種経験年数 年 ヶ月 | 部署経験年数 年 ヶ月

患者情報

患者ID 不明 性別 ▼ 年齢 歳
 病名 診療科目

患者の直前状態(複数可)

- | | | | | | |
|-------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 意識障害 | <input type="checkbox"/> 視覚障害 | <input type="checkbox"/> 聴覚障害 | <input type="checkbox"/> 認知症・健忘 | <input type="checkbox"/> 上肢障害 | <input type="checkbox"/> 歩行障害 |
| <input type="checkbox"/> 床上安静 | <input type="checkbox"/> 睡眠中 | <input type="checkbox"/> 薬剤の影響下 | <input type="checkbox"/> 麻酔・麻酔前後 | <input type="checkbox"/> せん妄状態 | <input type="checkbox"/> 障害なし |
| <input type="checkbox"/> 不明 | <input type="checkbox"/> その他 | | | | |

発 生 分 類

- | | | | | | |
|---------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 手技 | <input type="checkbox"/> 麻酔 | <input type="checkbox"/> 処置 | <input type="checkbox"/> skin tear | <input type="checkbox"/> 注射(輸血・抗がん剤) | <input type="checkbox"/> 薬剤 |
| <input type="checkbox"/> 検体検査 | <input type="checkbox"/> 検査(検体以外) | <input type="checkbox"/> 画像撮影 | <input type="checkbox"/> リハビリ | <input type="checkbox"/> 食事 栄養 | <input type="checkbox"/> オーダ |
| <input type="checkbox"/> 書類 | <input type="checkbox"/> 個人情報保護 | <input type="checkbox"/> 患者対応 | <input type="checkbox"/> 待ち時間 | <input type="checkbox"/> 予約 | <input type="checkbox"/> 会計 |
| <input type="checkbox"/> 部署会計算定 | <input type="checkbox"/> 物品管理 | <input type="checkbox"/> 院内情報連携 | <input type="checkbox"/> 院外情報連携 | <input type="checkbox"/> 救急対応 | <input type="checkbox"/> 医療機器 |
| <input type="checkbox"/> システム | <input type="checkbox"/> リーク(薬剤) | <input type="checkbox"/> その他 | | | |

発 生 要 因

- | | | | | | |
|--------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 確認 | <input type="checkbox"/> 観察 | <input type="checkbox"/> 判断 | <input type="checkbox"/> 知識 | <input type="checkbox"/> 技術 | <input type="checkbox"/> 報告 |
| <input type="checkbox"/> 身体的状況 | <input type="checkbox"/> 心理的状況 | <input type="checkbox"/> システム不備 | <input type="checkbox"/> 医薬品 | <input type="checkbox"/> 記録 | <input type="checkbox"/> 連携不適切 |
| <input type="checkbox"/> 医療機器 | <input type="checkbox"/> 諸物品 | <input type="checkbox"/> 施設・設備 | <input type="checkbox"/> 勤務頻忙 | <input type="checkbox"/> 教育・訓練 | <input type="checkbox"/> 患者家族への説明 |
| <input type="checkbox"/> その他 | | | | | |

患者影響レベル

発生時の状況と直後の対応:

へ報告済み

要約(何が起きたのかを記入)

1行で書く!

インシデントの時系列的記述(いつ:何時頃、どこで、誰が、どうしたかを記入)

発生要因の記述(例:「観察不十分であった」等、「発生要因」に当てはめて記入)

今後の対策(注意するのではなく、システム的にどうすれば防ぐ事ができるかを具体的に)

注意します、気をつけます、はだめ!

インシデントレポートの役割

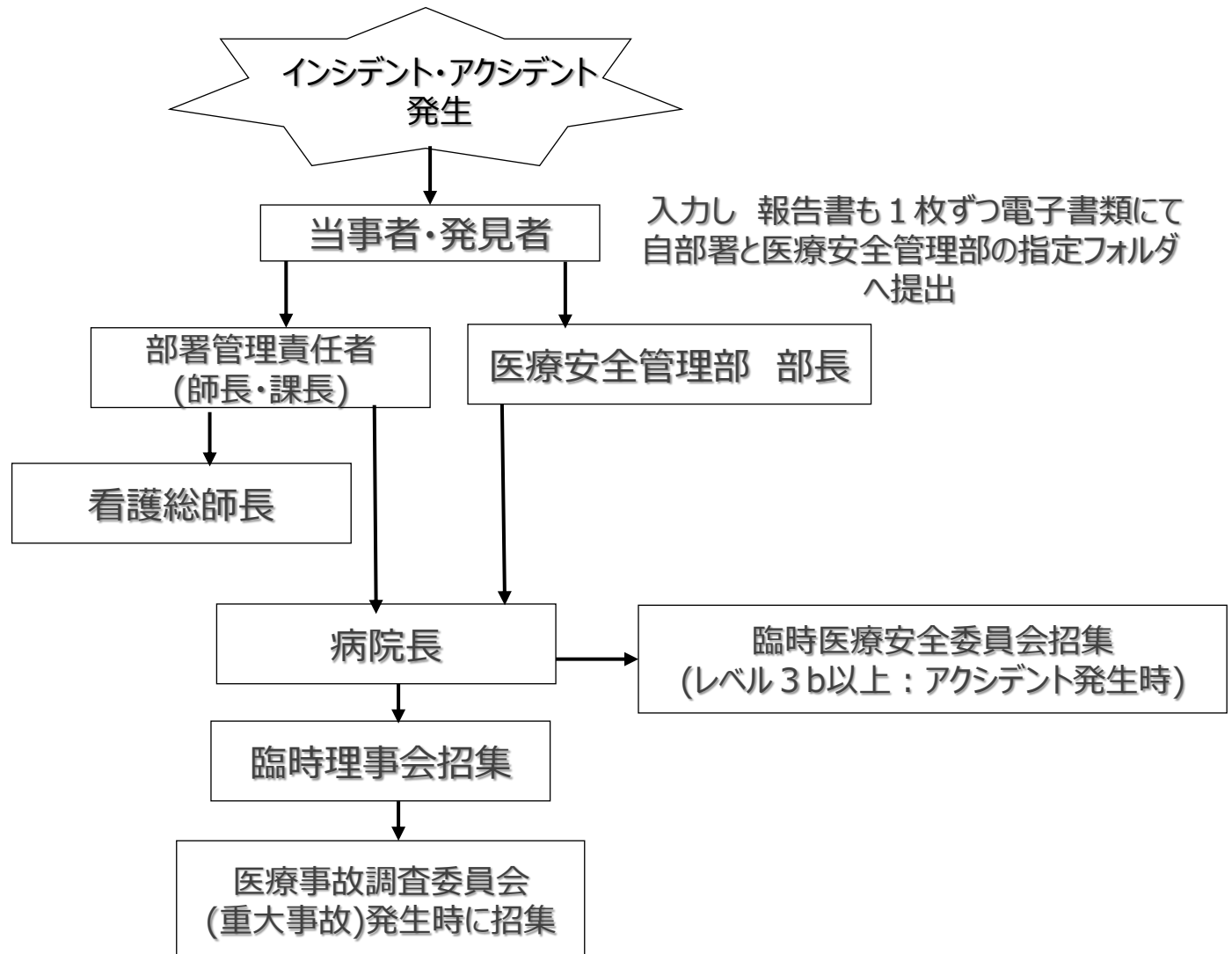


傾向の分析

情報の共有

原因の分析

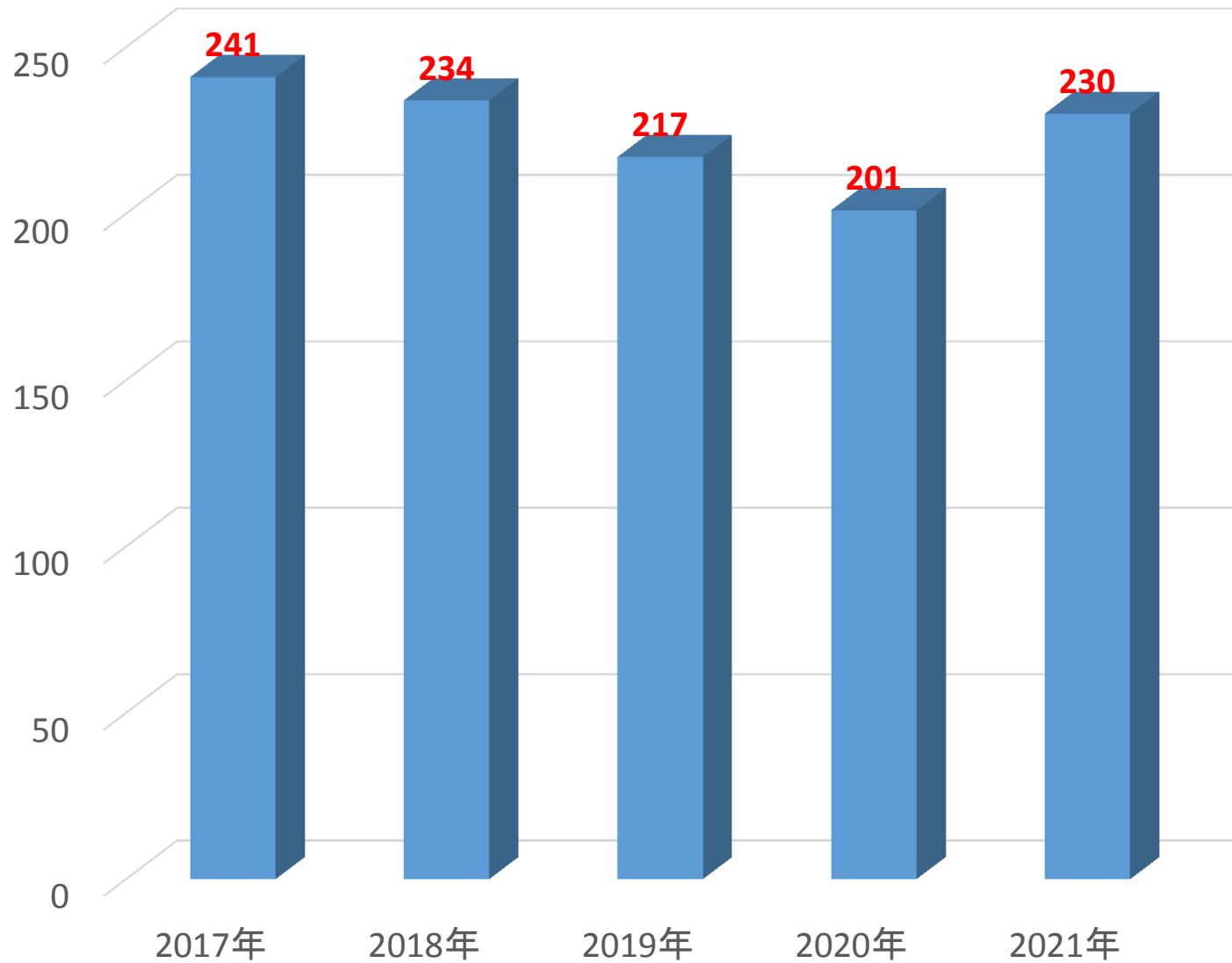
インシデント発生時の報告と対応



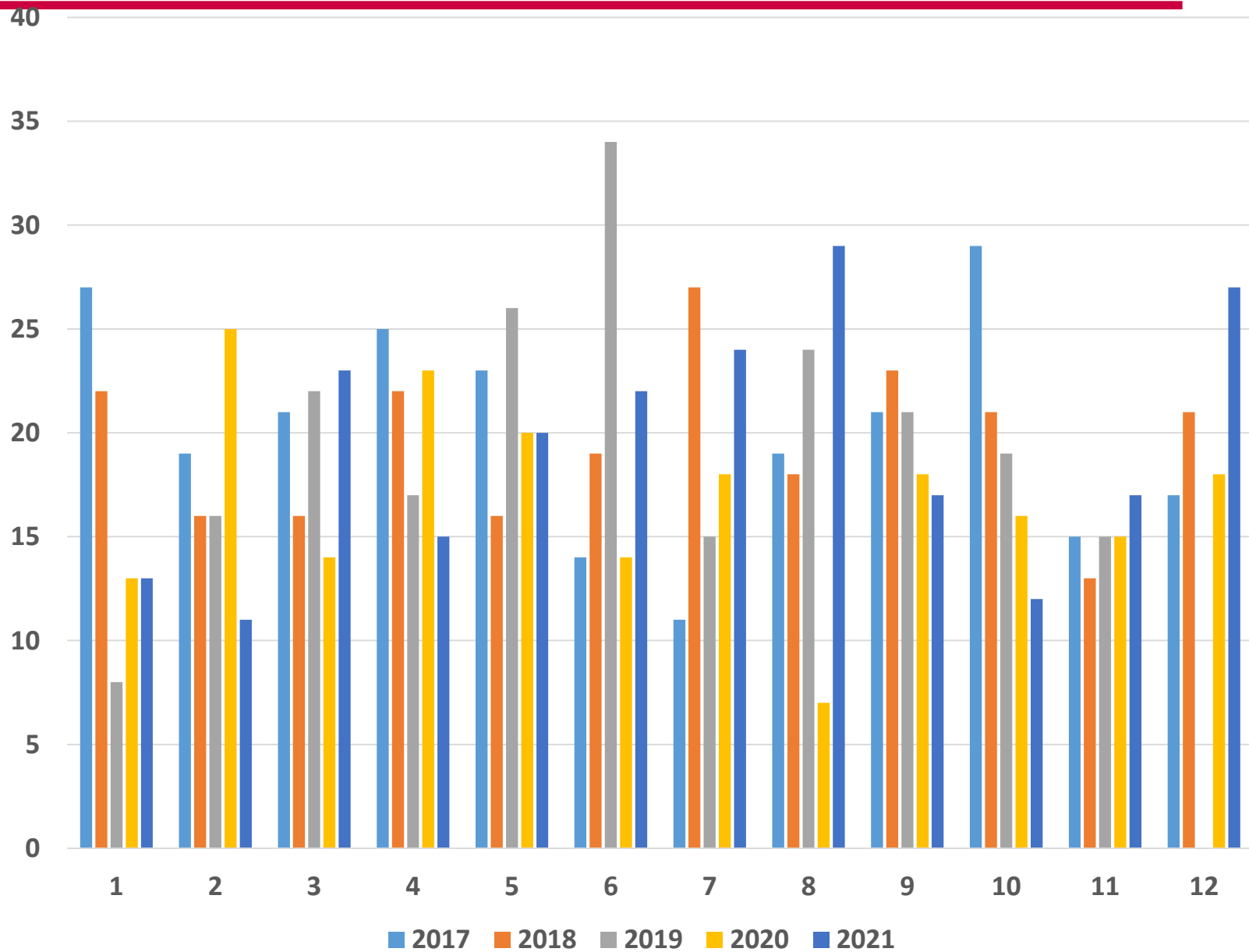
インシデントレポート提出方法

- 所属長、及び安全管理部長へ報告
- レポートに記入し、報告ルートに従い報告
- 緊急を要する場合は患者の救命措置を実施後、迅速に延滞なく報告
- 原則として、インシデントレポートは24時間以内に作成

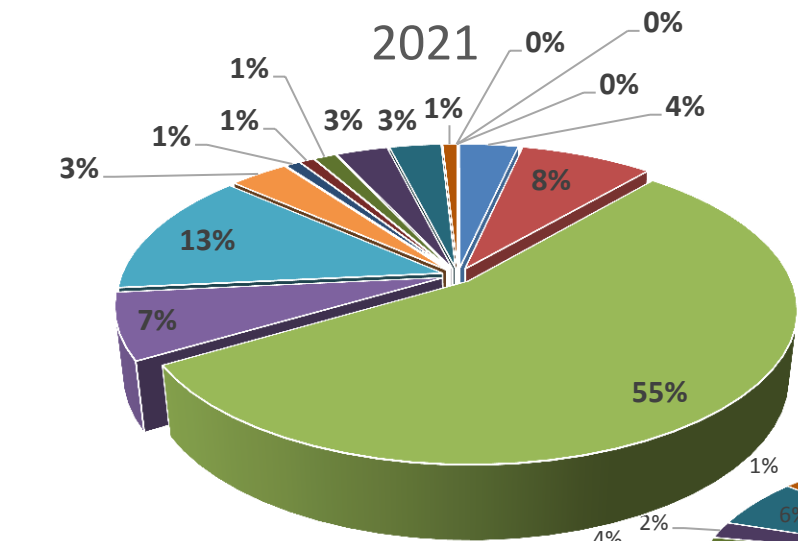
インシデントレポート数



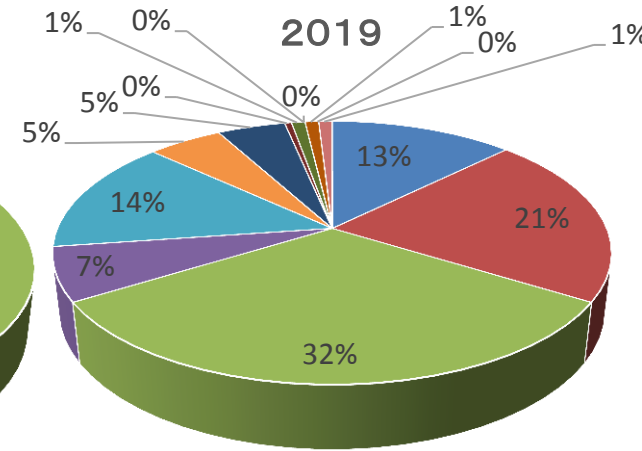
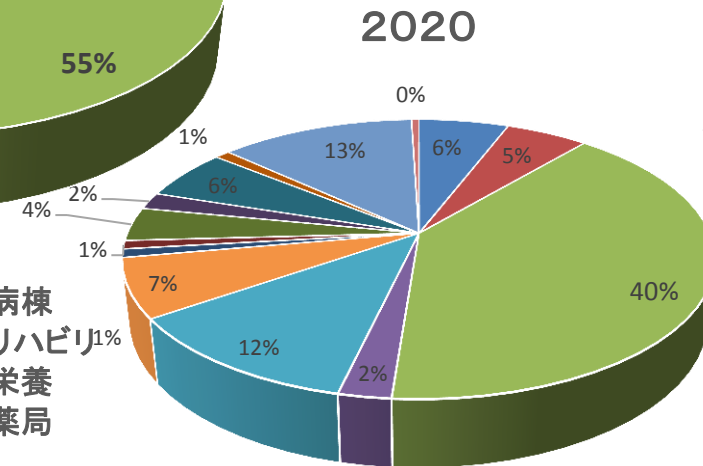
月次インシデントレポート数



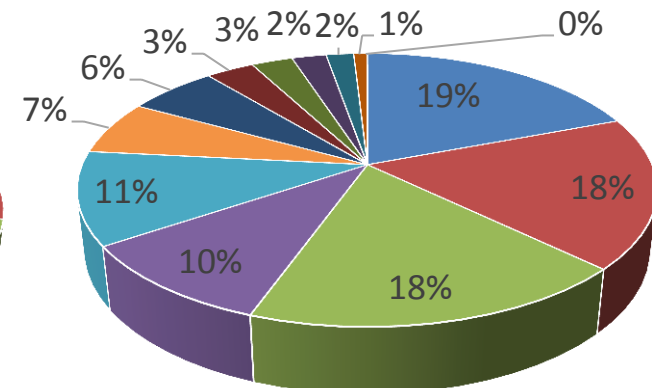
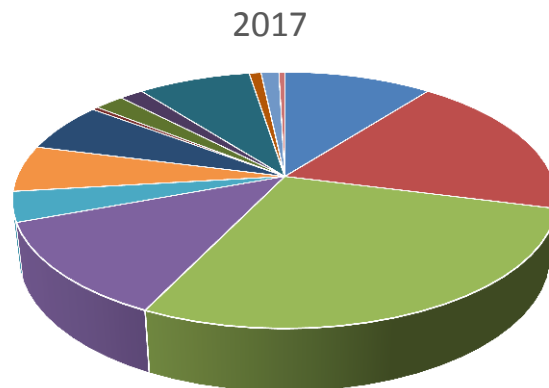
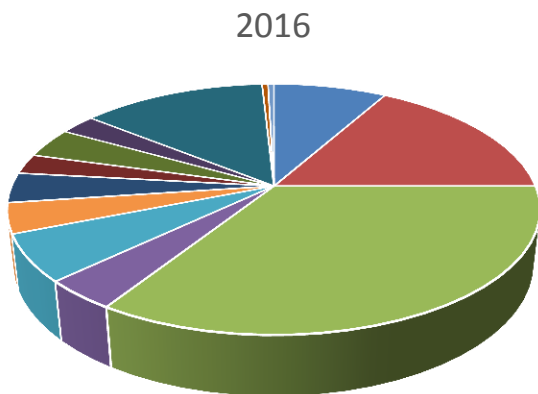
インシデントの発生場所



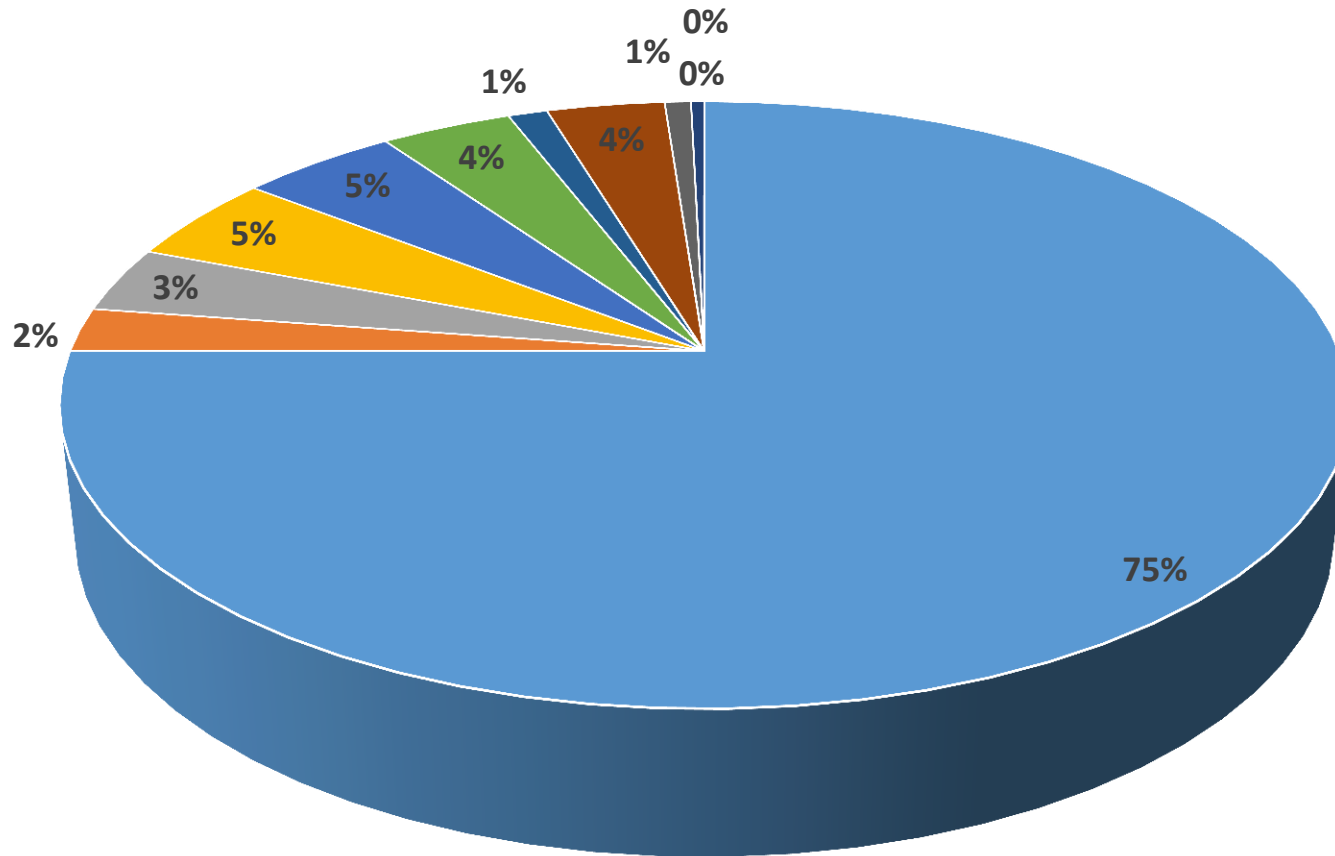
- 検査
- 放射線
- 内視鏡
- 連携室
- 外来
- 手術
- 化学療法室
- 医事課
- 病棟
- リハビリ
- 栄養
- 薬局



2018

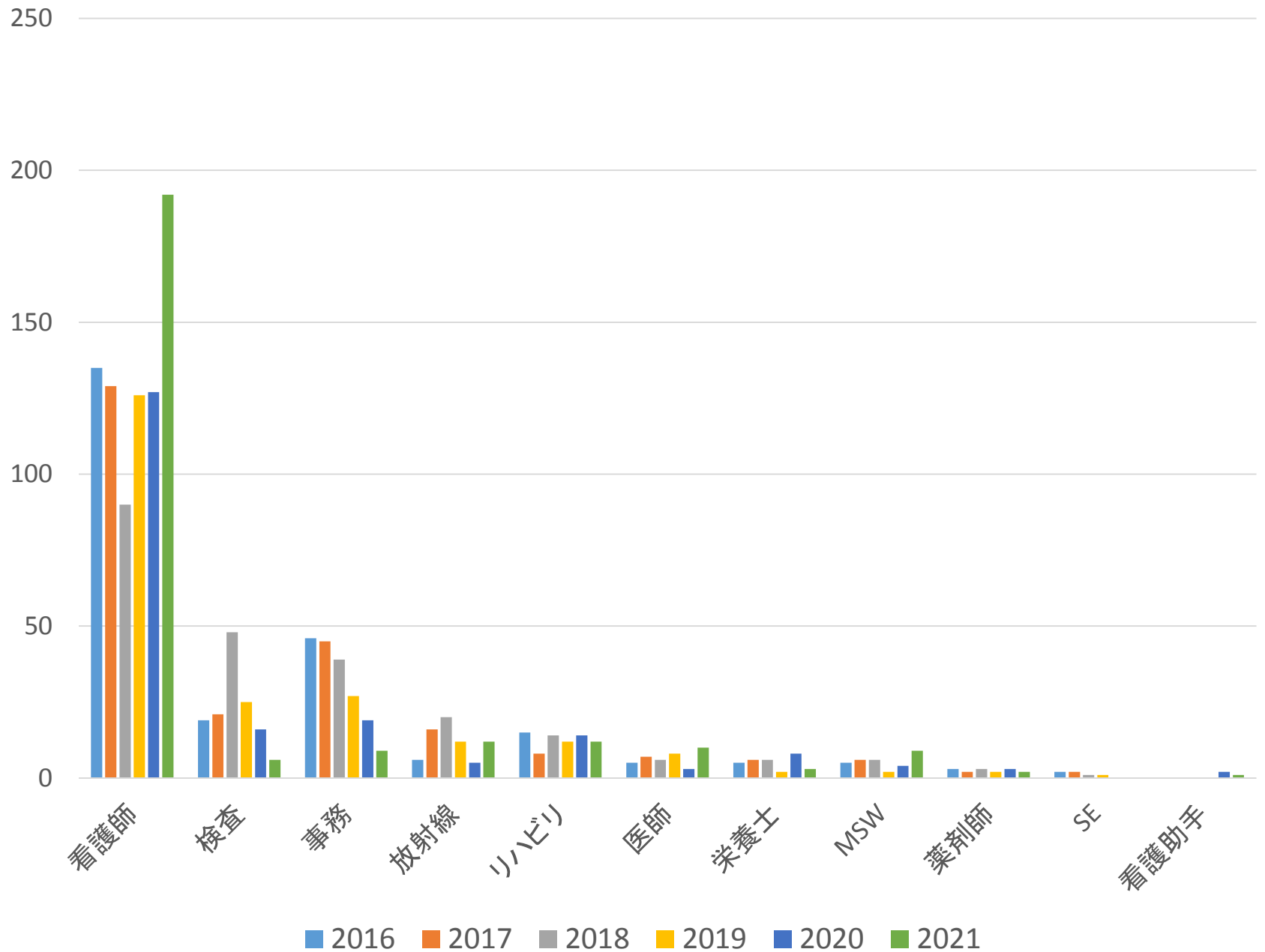


職種別インシデント報告数



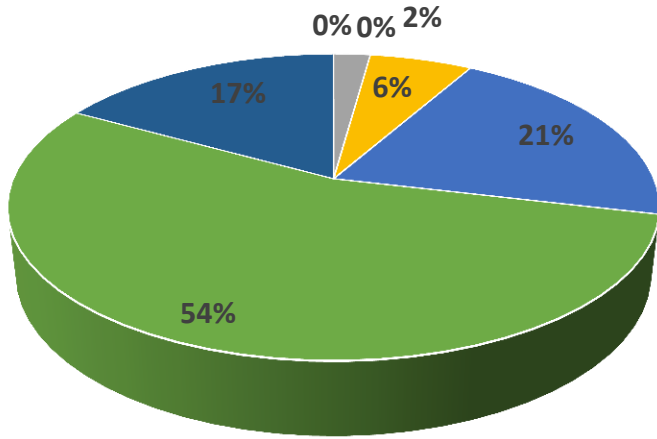
- 看護師
- 検査
- 事務
- 放射線
- リハビリ
- 医師
- 栄養士
- MSW
- 薬剤師
- SE
- 看護助手

職種別インシデント報告数

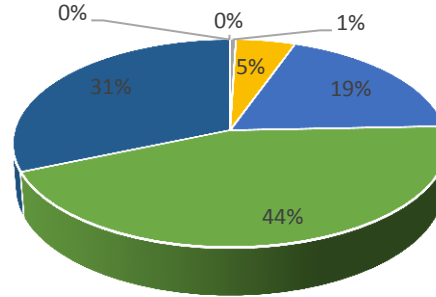


Level 別インシデント数

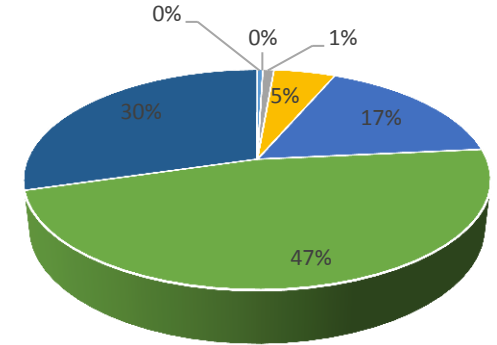
2021



2020

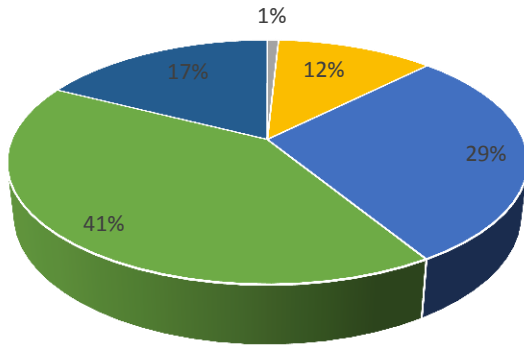


2019

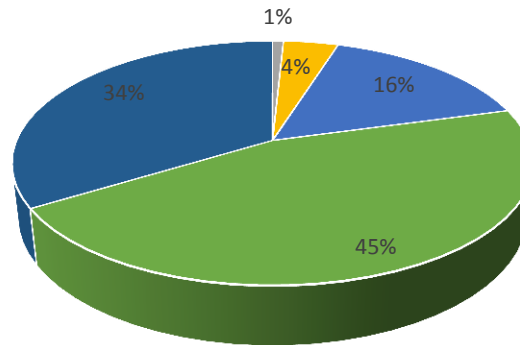


- Level5 ■ Level4 ■ Level 3 B ■ Level 3 A
- Level2 ■ Level1 ■ Level0

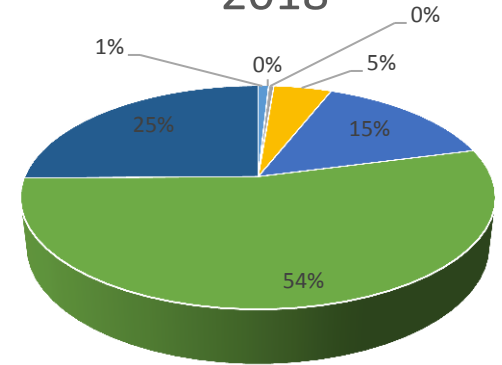
2016



2017



2018



外来	N	注射	器材	3B	ポート採血できず生食を1ml入れたら鎖骨部が膨隆X線で断裂	新東京病院で抜去	
放射線	N	造影	技術	3B	ポートからの注入でポートが断裂し患者は頸に圧迫感を示した	断裂のため他院での抜去	
病棟	D	スキンテア	観察	3A	出血傾向のあるパーキンソン患者が腕を柵にぶつける自傷行為で大血種を作る	患者は翌日死亡 出血多量も死因に関係する	
放射線	I	D	検査 造影	観察	3A	造影中にポートが断裂し造影剤が頸部に流出	4年経過したポート 逆血不良であったのに実施した
外来	N	処置	確認	3A	廃棄メス刃で後片付け時に針刺し		
検査 CL	N	針刺し	観察	3A	手袋用のごみを片付けていて拇指に針が刺さった		
手術室	N	医療機器	医療機器	3a	メディコン業者に原品を渡したがインシデントレポートを出していなかった	シリコン製品であることが劣化の原因36-48カ月で	
手術室	N	手技	その他	3A	センチネルリンパ節生検のTE感染		
手術室	N	手技	観察	3A	サクシオンチューブが皮膚にあたり内出血を起こしていた	インプラント挿入後に使ったサクシオンチューブ	
病棟	N	転倒		3A	転倒歴あり トイレに行こうとして センサーを付けていたが鳴らずIII 眼瞼裂傷		
病棟	N	輸液	確認	3A	ポート点滴速度間違い	エルネオパ2号1000mlを2000mlだと思っていた	
病棟	N	転倒		3A	ベッドから降り立とうとして転倒 擦過傷 III		
病棟	N	転落		3A	ベッドから立ち上がったりにしてその後転落II	スコアはIIでなくIIIでは？	
病棟	N	栄養	観察	3A	胃瘻からの注入でメイグッドの接続が外れ病衣に漏れていた	胃瘻先端部の異常が原因と考えて抜去交換したが異常がなく原因不明	
病棟	N	D	転落	3A	ベッド柵の隙間から落ちた III	従来より末梢神経系薬剤が強化され譫妄をきたした	
放射線	N	R	造影	観察	3A	造影剤でアナフィラキシーショック 術前のバイタルがなかった 血圧計がない	
リハビリ	OT	スキンテア		3A	サークル歩行で前腕で脆弱な部分より出血		
病棟	PT	リハビリ	判断	3A	リハビリ移乗時褥瘡部をぶつけて出血		

特に問題となるインシデントと対策 2021



ポート断裂 5件以上あり → ポートの抜去、製品変更、入れ直し

不適切な酸素吸入接続 帰室後の酸素吸入がなされていない
→ 離室時に酸素吸入を出したままにしていた

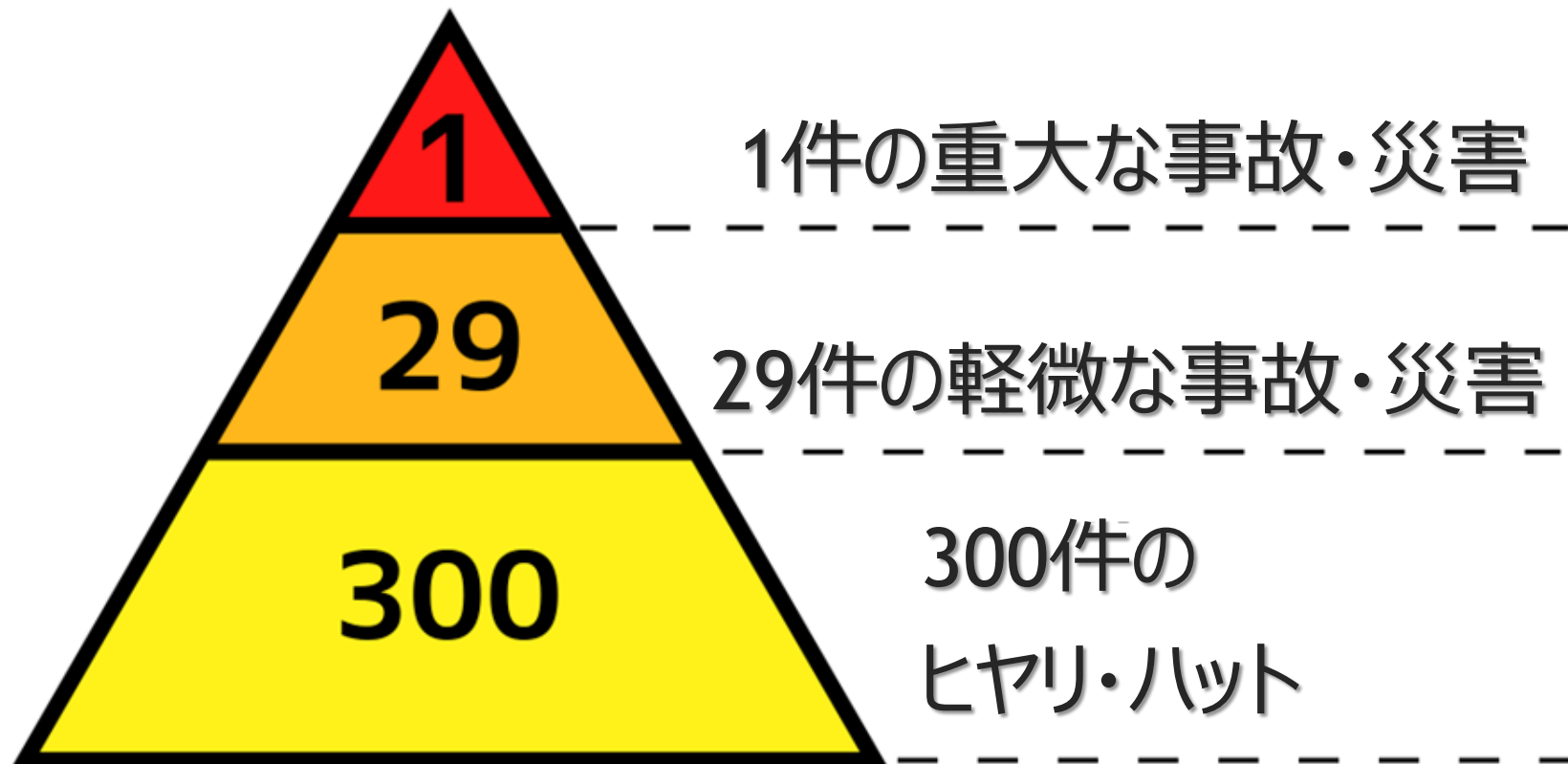
点滴誤作成 → 一患者一トレイを崩していた
→ 点滴作成テーブルが小さすぎる

内服薬の落薬、誤投薬、投与忘れ
日付またぎの点滴
混合点滴の問題(ライン接続)

麻酔深度問題 麻酔中に何例か覚醒例

転倒転落 神経系薬剤の使用

ハインリッヒの法則 Heinrich's law



緊急時の対応：コードブルー

AED
Automated External Defibrillator



自動体外式除細動器

緊急医療的処置が大人
数によって必要な場合

！緊急事態発生！

発見者・関係者は
必要と判断した場合

同時に
AED/除細動器を手配

- ① 医事課へ連絡：内線3101・3102・3103
- ② 院内全館放送によるコードブルー起動

患者の安全を確保し
職員で医療上最善の処置を行う

コードホワイト対応手順(平日)

* 夜間は別対応
の手順に従う

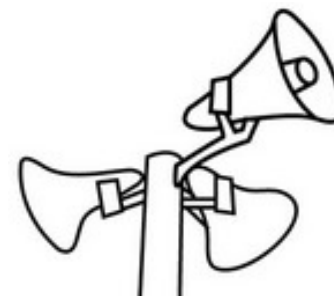
緊急事態発生

対応関係者・発見者は
必要と判断した場合

患者暴力(コードホワイト)依頼は
医事課内線：3101・3102・3103に連絡

院内全館放送コードホワイト発信
医事課はコードホワイトの依頼を受
けた時間、放送時間の記録を残す

必要時、防犯ベルON
または警察へ通報。通報
した時間・依頼の内容な
ど記録を残す



当院での個人情報取り扱いについて



個人情報保護法で 医療者は**二重支配**を受けることになった

貴方の秘密は医師で
ある私が守りますから
安心して下さい

私の情報ですから使う時
は必ず私の承諾を得て
から使ってください



医師の守秘義務



患者のコントロール権

もし漏洩、紛失が起こったら

直ちに届けること

その後の対応が重要

隠そうとしないこと

二次被害を防ぐことが重要

持ち出さないこと！！

被害者が加害者になりうる！

何がはいつているのか記録をつけておくこと

紹介状など文書の手渡し

☆ 必ずダブルチェックをする

あなたと患者

あなたと同僚

あなたとクラーク

あなたとコンピュータ



- 別の患者さんの紹介状を渡してしまった
- 一度に複数の作業をする結果
- 封をしないで確認してから渡す

何故に病院では 事故やミスが多いのか？

同じミスを犯す確率であれば、100人いれば100倍起こる！

平均一人が10年に1回重大なミスを犯すとする、
100人の医療者がいる病院では

1か月に1回！！

**ルールの遵守は必須事項
0への挑戦！**



共通のゴールに向けて多職種が協同で働く
中、多職種横断的に安全文化に貢献する努
力をします。ご協力をよろしくお願いいたします。

WE CAN DO EFFORT TO GUARANTEE MEDICAL SECURITY
PATIENT SAFETY FOR A COMMON GOAL.

