

第 1 回

Patient Safety & Quality Award

(医療の質・安全大賞)

平成 26 年 10 月

国立大学附属病院医療安全管理協議会

## はじめに

日頃から、国立大学附属病院における医療安全にご尽力いただき感謝申し上げます。

平成26年は、国立大学の法人化から10年が経過する時期であり、また、第1回国立大学附属病院医療安全管理協議会の開催から12年が経過し、干支が一巡する節目の年であります。各国立大学附属病院では、この12年間に医療の質・安全の向上のために様々な観点から新しい取り組みがなされてきました。

この節目の時期において、各施設のこれまでの医療安全・医療の質向上に関する積極的な取り組みと成果を広く情報共有し、優れた取り組みに対して表彰することにより、各施設における医療安全の一層の推進を図ることを目的として、このたび、「第1回 Patient Safety & Quality Award (医療の質・安全大賞)」を実施いたしました。応募して頂いた39演題の中から、一次審査を通過した11演題については、第24回国立大学附属病院医療安全管理協議会総会での二次審査時に発表して頂きました。応募および発表にご協力頂きました皆様に、厚く御礼申し上げます。

ここに「第1回 Patient Safety & Quality Award」の全抄録を、受賞施設の発表資料とともにまとめましたので、今後の各病院における医療の質・安全の更なる向上のために活用していただければ幸いです。

最後になりますが、「第1回 Patient Safety & Quality Award」実施にあたり、一次審査、二次審査及び最終審査実施のための選考委員として、医療安全管理協議会幹事会メンバーから8名、外部から2名の委員をお願いし、ご協力いただきましたことにお礼を申し上げますとともに、一般社団法人国立大学附属病院長会議事務局からもご支援いただいたことについて、深く感謝申し上げます。

平成26年10月

国立大学附属病院医療安全管理協議会  
会長代行

大阪大学医学部附属病院 副病院長

樂木宏実

## 目 次

1. 第1回 Patient Safety & Quality Award 応募演題一覧	1
2. 第1回 Patient Safety & Quality Award 応募演題 カテゴリー別一覧	4
3. カテゴリー別応募演題抄録	7
4. 第1回 Patient Safety & Quality Award 審査結果及び 一次審査通過施設発表資料	95
5. 選考委員名簿	175
6. 選考の流れ	176
7. 表彰式及び選考委員講評	177



## 第1回 Patient Safety & Quality Award 応募演題一覧

タイトル	施設名	頁
人工呼吸器安全管理体制の構築 ～人工呼吸器点検パトロールの充実～	北海道大学病院	9
外来診療患者誤認防止システム —前線、中盤、最終ラインで守る—	旭川医科大学病院	27
部署リスクマネジャーの主体的な医療安全活動を促す部会活動	弘前大学 医学部附属病院	11
手術オカレンス報告の分析より見えてきたこと ～患者安全確認シートを改訂して～	東北大学病院	65
気管内挿管の確認方法の確立 —二酸化炭素モニターの導入—	秋田大学 医学部附属病院	67
内服薬の飲み間違いを予防する薬袋表示の改善	山形大学 医学部附属病院	79
Event-oriented な事例収集と紛争解決への道筋 —医療安全担当者と医事訴訟担当者の早期連携—	筑波大学附属病院	89
軽度アレルギーを有する患者に対する造影 CT、MRI 検査におけるメチルプレドニゾン前投薬の有効性に関する検討	群馬大学 医学部附属病院	69
多機能型患者相談部門の構築	東京大学 医学部附属病院	91
転倒スクリーニングシートの新規作成および導入	東京大学医科学研究所附属病院	13
血管造影・IVR、内視鏡、採卵術における安全チェックリストの導入	東京医科歯科大学 医学部附属病院	71
全職員を対象とした心肺蘇生研修会に 841 名(受講率 96%)が参加	東京医科歯科大学 歯学部附属病院	35
産科緊急輸血・造影剤ショックシミュレーション研修の導入効果について ～真のチーム医療を目指して～	山梨大学 医学部附属病院	37
重大外傷の発生予測を目的とした転倒転落リスクアセスメント	新潟大学医歯学 総合病院	15
救急カートの再整備と小児用挿管セットの導入	信州大学 医学部附属病院	17
出前 RCA 実施の取り組み	富山大学附属病院	39

緊急入院患者における持参薬管理方法の改善	金沢大学附属病院	81
インシデント・アクシデント事例へのメディエーション対応報告	岐阜大学 医学部附属病院	93
自院で作成したビデオを活用した教育・研修	浜松医科大学 医学部附属病院	41
RRS(Rapid Response System)導入への取組み	名古屋大学 医学部附属病院	59
職員用エレベータホールを活用した病棟スタッフへの医薬品情報提供の取組み	三重大学 医学部附属病院	83
調剤過誤に関する意識の向上と調剤過誤発生率の減少	滋賀医科大学 医学部附属病院	85
B型肝炎ウイルス再活性化予防対策：多職種による取組み	京都大学 医学部附属病院	61
「インシデントレポートニュース」の定期的発刊	大阪大学 歯学部附属病院	19
医療安全教育を支援するeラーニングシステムの開発と活用の実際	大阪大学 医学部附属病院	43
Team-STEPPS への取組み	神戸大学 医学部附属病院	45
効果的な院内患者急変時対応の体制構築 ～急変時シミュレーション教育の継続を中心に～	岡山大学病院	47
検体検査関連インシデント低減への取組み	広島大学病院	21
メディカルスタッフ対象 BLS 研修	山口大学 医学部附属病院	49
2年目看護師安全管理研修に取り組んで	徳島大学病院	51
中心静脈カテーテル挿入に伴うインシデント発生防止を目指した中心静脈カテーテル挿入施行医認定制度の導入	香川大学 医学部附属病院	53
外来皮膚生検のシステム改善：同意書改訂および手順書の運用	高知大学 医学部附属病院	77
M&M カンファレンスの取組みと効果	九州大学病院	23
生命維持管理装置の動作情報及び警報の一元管理システムの開発と臨床応用	佐賀大学 医学部附属病院	29
2年連続安全管理講習会未受講者なしの取組み	長崎大学病院	55

CV カテーテル挿入に伴う合併症発生防止のための取組み	熊本大学 医学部附属病院	57
放射線画像診断結果の見忘れ防止対策	大分大学 医学部附属病院	33
組織横断的な病院連絡会議の設置によるタスクフォースの効果的な運用	宮崎大学 医学部附属病院	63
インシデントレポート報告件数アップへの取組み	鹿児島大学医学部・ 歯学部附属病院	25

本協議会の記載順（北から）による

## 第1回 Patient Safety & Quality Award 応募演題

### カテゴリー別一覧

タイトル	施設名	頁
<b>医療安全管理・対策</b>		
人工呼吸器安全管理体制の構築 ～人工呼吸器点検パトロールの充実～	北海道大学病院	9
部署リスクマネジャーの主体的な医療安全活動を促す部会活動	弘前大学 医学部附属病院	11
転倒スクリーニングシートの新規作成および導入	東京大学医科学研究 所附属病院	13
重大外傷の発生予測を目的とした転倒転落リスクアセスメント	新潟大学医歯学 総合病院	15
救急カートの再整備と小児用挿管セットの導入	信州大学 医学部附属病院	17
「インシデントレポートニュース」の定期的発刊	大阪大学 歯学部附属病院	19
検体検査関連インシデント低減への取り組み	広島大学病院	21
M&Mカンファレンスの取り組みと効果	九州大学病院	23
インシデントレポート報告件数アップへの取り組み	鹿児島大学医学部・ 歯学部附属病院	25
<b>診療記録と医療情報システム</b>		
外来診療患者誤認防止システム —前線、中盤、最終ラインで守る—	旭川医科大学病院	27
生命維持管理装置の動作情報及び警報の一元管理システムの開発 と臨床応用	佐賀大学 医学部附属病院	29
放射線画像診断結果の見忘れ防止対策	大分大学 医学部附属病院	33

医療安全に関する教育・研修		
全職員を対象とした心肺蘇生研修会に 841 名(受講率 96%)が参加	東京医科歯科大学 歯学部附属病院	35
産科緊急輸血・造影剤ショックシミュレーション研修の導入効果について ～真のチーム医療を目指して～	山梨大学 医学部附属病院	37
出前 RCA 実施の取り組み	富山大学附属病院	39
自院で作成したビデオを活用した教育・研修	浜松医科大学 医学部附属病院	41
医療安全教育を支援する e ラーニングシステムの開発と活用の実際	大阪大学 医学部附属病院	43
Team-STEPPS への取り組み	神戸大学 医学部附属病院	45
効果的な院内患者急変時対応の体制構築 ～急変時シミュレーション教育の継続を中心に～	岡山大学病院	47
メディカルスタッフ対象 BLS 研修	山口大学 医学部附属病院	49
2 年目看護師安全管理研修に取り組んで	徳島大学病院	51
中心静脈カテーテル挿入に伴うインシデント発生防止を目指した 中心静脈カテーテル挿入施行医認定制度の導入	香川大学 医学部附属病院	53
2 年連続安全管理講習会未受講者なしの取り組み	長崎大学病院	55
CV カテーテル挿入に伴う合併症発生防止のための取組み	熊本大学 医学部附属病院	57
組織横断的ケア		
RRS (Rapid Response System) 導入への取組み	名古屋大学 医学部附属病院	59
B 型肝炎ウイルス再活性化予防対策：多職種による取組み	京都大学 医学部附属病院	61
組織横断的な病院連絡会議の設置によるタスクフォースの効果的な運用	宮崎大学 医学部附属病院	63
手術		
手術オカレンス報告の分析より見えてきたこと ～患者安全確認シートを改訂して～	東北大学病院	65

処置		
気管内挿管の確認方法の確立 —二酸化炭素モニターの導入—	秋田大学 医学部附属病院	67
軽度アレルギーを有する患者に対する造影 CT、MRI 検査における メチルプレドニゾン前投薬の有効性に関する検討	群馬大学 医学部附属病院	69
血管造影・IVR、内視鏡、採卵術における安全チェックリストの導入	東京医科歯科大学 医学部附属病院	71
外来皮膚生検のシステム改善：同意書改訂および手順書の運用	高知大学 医学部附属病院	77
医薬品		
内服薬の飲み間違いを予防する薬袋表示の改善	山形大学 医学部附属病院	79
緊急入院患者における持参薬管理方法の改善	金沢大学附属病院	81
職員用エレベータホールを活用した病棟スタッフへの医薬品情報 提供の取組み	三重大学 医学部附属病院	83
調剤過誤に関する意識の向上と調剤過誤発生率の減少	滋賀医科大学 医学部附属病院	85
医事紛争対応や患者相談		
Event-oriented な事例収集と紛争解決への道筋 —医療安全担当者と医事訴訟担当者の早期連携—	筑波大学附属病院	89
多機能型患者相談部門の構築	東京大学 医学部附属病院	91
インシデント・アクシデント事例へのメディエーション対応報告	岐阜大学 医学部附属病院	93

※カテゴリー内は本協議会の記載順（北から）による

# カテゴリー別応募演題抄録

※カテゴリー内は本協議会の記載順（北から）による



カテゴリー	医療安全管理・対策
-------	-----------

## 人工呼吸器安全管理体制の構築 ～人工呼吸器点検パトロールの充実～

北海道大学病院 医療安全管理部

### 【概要】

当院では、人工呼吸器点検パトロールを実施し、人工呼吸器安全管理体制の構築に取り組んでいる。

### 【背景】

当院では 16 年度から、臨床工学技士による人工呼吸器点検を実施している。その点検において、人工呼吸器の扱いが未熟な医療者が多い、機器の点検以外に管理体制の不備が多いことが指摘されていた。そのため、平成 17 年度より人工呼吸器安全管理体制の構築に向けた取り組みが開始され、平成 21 年度から人工呼吸器点検パトロール体制が整備された。

### 【具体的な内容】

1. 人工呼吸器安全管理ワーキング（以下、WG）と下部組織である人工呼吸器認定者協議会（以下、協議会）を設置して、実施計画、点検結果の共有などをおこなっている。
2. 『人工呼吸器安全管理認定者』の養成  
平成 17 年度から人工呼吸器安全管理講習会基礎課程を、翌年から認定課程講習会を開始し、両講習会を受講し認定試験（筆記・実技）に合格した者を『人工呼吸器安全管理認定者』（以下、認定者）として認定。
3. 認定者の役割
  - 1) 人工呼吸器点検パトロールの実施
  - 2) 自部署における人工呼吸器安全管理の指導
4. 人工呼吸器点検パトロールの実際
  - 1) 毎週木曜日の午後に、医師、看護師（救急看護認定看護師・集中ケア認定看護師 1 名、認定者 2 名）、臨床工学技士、理学療法士らが共同で実施する。

- 2) 点検内容：人工呼吸器装着患者を巡回し、設定・接続について、チェックリストに基づき点検する。
- 3) 点検結果：結果を診療録へ入力するとともに、主治医や担当看護師からの相談を受け、指導を行う。
- 4) 点検後：パトロールでの指摘事項については、WG と協議会で検討する。

#### 【効果】

1. 認定者が延べ 72 名となり、各病棟での指導的役割を担う看護師が増加した（平成 25 年度）。
2. 人工呼吸器に関連したインシデントが減少し、3b 以上は平成 16 年度以降、3a は平成 20 年度以降発生はない。
3. 多職種がチームに参画することで、患者の病態に合わせたアドバイスが可能となった。
4. 現場に即した人工呼吸器マニュアル・手順書の整備が図られた。

#### 【苦勞した点】

活動時間の確保（パトロール時間、委員会活動等）

#### 【アピールしたい点】

1. 独自の院内認定資格制度として『人工呼吸器安全管理認定者』の養成
2. WG と協議会による人工呼吸器安全管理体制の強化  
結果として、人工呼吸器装着患者に対する医師、看護師、臨床工学技士、理学療法士による有効なチーム医療の実践が可能となった。

#### 【その他】

平成 24 年度から、人工呼吸器認定者の更新制度を導入し、認定者スキルアップを図るとともに、人工呼吸器点検パトロールの質向上を目指している。

カテゴリー	医療安全管理・対策
-------	-----------

## 部署リスクマネジャーの主体的な医療安全活動を促す部会活動

弘前大学医学部附属病院 医療安全推進室・事故防止専門委員会

弘前大学医学部附属病院 医療安全推進室

### 【概要】

部署リスクマネジャーから構成される事故防止専門委員会に7つの部会を設け、各部会が院内の医療安全上の課題の中から1つを年間テーマとして検討し、解決策、新たな体制整備やマニュアル作成などの成果を出している。この活動を通して部署リスクマネジャーの主体的な医療安全活動が促され、その質向上にも寄与している。

### 【背景】

医療安全を推進していく上で部署リスクマネジャーの役割はきわめて重要であり、その質的向上が課題とされている。部署リスクマネジャーが主体的に院内の医療安全活動に関わる機会を設けることにより、現場感覚と問題意識を持った改善活動が期待できる。

### 【具体的な内容】

事故防止専門委員会は65名の部署リスクマネジャーから構成され、月1回委員会が開催される。この事故防止専門委員会に次の7部会を設けている。①情報伝達・接遇等検討部会、②救急体制検討部会、③処方・与薬検討部会、④ドレーン・チューブ検討部会、⑤療養上の場面検討部会、⑥治療・処置検討部会、⑦5S推進部会である。全委員がいずれかの部会に所属するため、各部会は8～10名の多職種の部署リスクマネジャーで構成される。どの部会に入るかはそれぞれの希望を取り入れて振り分けしている。各部会は前年度の医療安全上、問題となったテーマをもとに新年度の活動テーマを決め、関連するデータの分析、資料の収集などを行い、改善策（案）を提言する。年度末の事故防止専門委員会で報告会を開催し、最終的に上位のリスクマネジメント対策委員会に提案、承認を得て正式な改善策として院内に周知する。これまでの成果として、「院内救急カートの標準化」、「全職員対象のBLS講習のための指導者育成と講習会の実施」、「転倒予防の啓発ビデオ作成」「持参薬情報の共有化システムの作成」、「CVカテーテル挿入手技に関する安全指針」、「CVポート運用マニュアル」などがあげられる。

**【効果】**

- 1) 主体的に取り組んだ部会活動の成果が院内で活かされるため、医療安全活動に関して前向きな姿勢がみられるようになった。
- 2) 多職種のグループとして活動することにより、職種間のコミュニケーションがとれやすくなった。

**【苦勞した点】**

平成 19 年度より部会活動を開始したが、当初「やらされ感」が強く、十分な成果が得られなかった。しかし、継続することにより次第に事故防止専門委員会の業務の一つとして認識されるようになり、主体的に取り組まれるようになった。

**【アピールしたい点】**

部会活動により部署リスクマネージャーの医療安全活動に関わる主体性が促進された。

カテゴリー	医療安全管理・対策
-------	-----------

## 転倒スクリーニングシートの新規作成および導入

東京大学医科学研究所附属病院 医療安全管理部

### 【概要】

入院患者の転倒件数が増加していることから、より感度の高いスクリーニング法を考案すると共に、転倒予防のための介入方針を変更した。転倒リスクと同時に転倒によって受傷するリスクも評価し、転倒が重篤な健康被害につながりやすい患者に転倒予防の努力を集中させる。

### 【背景】

新規診療科の開設（脳腫瘍外科、緩和医療科）や悪性腫瘍の治験開始などを契機に、入院患者数が約 30 名増加し、特に全身状態の悪い患者の増加が著しい。それに伴って、転倒リスクの高い患者も増加傾向にあり、平成 25 年度の入院患者転倒件数は平成 24 年度の 1.5 倍となった。転倒リスクが低いと評価された患者が転倒するケースが少なくなることから、現行の評価法では感度が不十分であると考えられた。

転倒スクリーニング表のスコア自体には意味がない、個別の患者の評価が重要である、転倒による受傷リスクに特に注意を払うべきである、といったことが一般的に言われている。そこで、国内外の先行研究を踏まえて、新たな転倒スクリーニング法を検討した。

### 【具体的な内容】

新たな転倒評価法では、『ふらつきやすさ』をより正確に検出するために、患者に実際に体を動かしていただく 2 種のテストを含めた。過去の転倒事象を分析すると、転倒した患者の最大の共通点である下肢の筋力低下、感覚異常、麻痺などが問診で検出しきれず、この課題の解決を目指した。また、2 種のテストには、患者自身に転びやすさを自覚してもらうという役割もある。さらに、転倒リスクと同時に受傷リスクも評価することで、転倒が重篤な健康被害（骨折、脳出血など）につながりやすい患者を検出することも目指した。具体的には、出血傾向の有無、易骨折性の有無、手術後か否かの確認を評価に含めた。転倒予防策を個別に立案する対象は、転倒リスクと受傷リスク

のいずれもが高い患者とし、看護スタッフのマンパワーを効率的に活用することを意識した。

#### 【効果】

運用は平成 26 年度からを予定しているので実際の効果は未知であるが、平成 26 年 2 月に 45 名の入院患者でトライアルを実施したところ、転倒リスクと受傷リスクの両方が高い患者は 20%であった。従来法で転倒リスクが低いと判定された患者の 30%は新規評価法では転倒リスクが高いと判定が変化しており、従来法では見逃されていた転倒高リスク患者の抽出感度が上がった可能性がある。

#### 【苦勞した点】

大幅なリニューアルとなるため、看護スタッフへの周知に時間をかけた。また、評価者間でのばらつきを小さくするために評価の手順や基準を明確にした。

#### 【アピールしたい点】

- ・医師、看護師、理学療法士、薬剤師といった多職種の協働によってシートを作成した。
- ・目標を、『転倒をなくす』ではなく『転倒による受傷をなくす』に変更し、転倒リスクと共に受傷リスクも評価することで、万が一転倒・転落が生じても健康被害を最小限に食いとめることを目指した。

## 重大外傷の発生予測を目的とした転倒転落リスクアセスメント

新潟大学医歯学総合病院 医療安全管理部

### 【概要】

近年、入院患者の高齢化が進む中で、転倒・転落リスクが高いだけでなく、転倒・転落によって骨折・頭蓋内出血などの重大外傷を起こすリスクが高い入院患者が増えている。転倒・転落および転倒後重大外傷のリスクが高い患者を簡便にスクリーニングできるように、転倒・転落アセスメントシートを改訂した。

### 【背景】

院内の転倒・転落事故は頻度が高い医療事故であり、骨折や頭蓋内出血など重大外傷を伴うことがある。転倒・転落のハイリスク患者だけでなく、転倒・転落によって重大外傷を起こす危険が高い患者を抽出する目的で、リスクアセスメントシートの改訂を行った。また、本院では原則として全入院患者を対象に転倒・転落リスクアセスメントを行っているが、従来のアセスメントシートは項目数が多く評価に手間がかかるために、簡素化を行った。併せて客観的に判断し難い項目を見直すこととした。

### 【具体的な内容】

- ① 従来のアセスメントシートには 21 もの評価項目があり煩雑だったため、この中から、統計学的に転倒・転落に有意に関連する最低限の項目のみを抽出した。また、各項目も客観的に判断できるように修正した。転倒・転落による重大外傷の発生リスクを評価するため、WHO の FRAX を新たに加えて、アセスメントシートを改訂した。
- ② 運用前に、転倒・転落インシデント報告数が多い 3 病棟で 6 カ月間試験運用を行い、運用方法の検討とアセスメントの有効性の確認を行った。
- ③ ②で改訂アセスメントシートの有用性を確認した後、全病棟で実運用を開始した。実運用後に再度、改訂アセスメントシートの有用性と妥当性を検証した。

**【効果】**

アセスメント項目数は 21 から 8 へ減った。試験運用後の評価で、改訂アセスメントシートは転倒・転落ハイリスク患者が正しく抽出されることを確認できた。スタッフからは、より客観的な評価が出来るようになった、との意見が聞かれた。実運用後の評価では、転倒・転落ハイリスク患者だけでなく、重大外傷発生ハイリスク患者も正しく抽出されることが確認できた。

**【苦勞した点】**

新たに FRAX を導入したことで、当初のうちは、時間がかかり業務が煩雑になったとの声もあった。また、設問の解釈や運用方法について、くり返し周知徹底を図った。

**【アピールしたい点】**

院内転倒・転落で、患者及び医療スタッフ共に最も困ることは、重大外傷の発生である。今回のリスクアセスメントシステムは重大外傷の予測を行おうとする点に意義がある。また、アセスメントの精度を保ちながら、大幅に項目数を減らしてスタッフの負担軽減を図った点にも意義があると考ええる。

カテゴリー	医療安全管理・対策
-------	-----------

## 救急カートの再整備と小児用挿管セットの導入

信州大学医学部附属病院 医療安全管理室

### 【概要】

部署毎に整備されていた救急カートおよび小児用挿管セットの標準化及び中央管理化

### 【背景】

院内ラウンドの結果、救急カートおよび小児用挿管セットの備品にばらつきや過不足等があったため、院内統一化を図ると共に中央管理化とする事とした。

### 【具体的な内容】

- ・平成 22 年に医療安全管理室を中心とした、「救急カート標準化ワーキンググループ」を立ち上げ、救急カートの整備を行った。それまでは、救急カート及び小児用挿管セットの補充・点検整備は部署ごとに実施しており、薬剤や衛生材料の期限切れの発生や備品の過不足があった結果を受け、急変時の迅速な対応に必要な装備の整備と使用後の管理を目的として、部署ごとに整備・管理していた運用を変更し、材料部での一括管理とした。また、小児用の挿管セット対応は、他部署からの借用での運用など緊急時に対応できない現状があった。このため、救急カート再整備と AHA の PALS のガイドラインを参考とした小児用挿管セットの整備を図る事とした。
- ・平成 23 年度救急カート・小児用挿管セットに関するワーキングを開催。必要な装備について、検討の上標準化と材料部での中央化について検討を行い、予算措置と導入を行った。

### 【効果】

備品の統一、カート内のレイアウトの統一により、緊急時においても迅速な対応が統一的行えるようになった。また、中央化により備品の期限切れや、過不足が無くなった。

**【苦勞した点】**

部署毎に異なる背景や意見を取り入れた上での、装備の集約と救急カート・小児用挿管セットの中央管理化とそれに伴う予算措置

**【アピールしたい点】**

医療安全管理室の主導で、ワーキンググループを実施する事で、関連部署・多職種での話し合いがスムーズに行われ、救急カート・小児用挿管セットの標準化・簡素化ができた。また、材料部による中央管理化で予算化が図りやすくなった。

**【その他】**

平成 26 年度、医療安全管理委員会活動計画として、急変迅速対応ができるようなシステムの検討を開始予定。急変に対応するシステムの充実をより進める予定である。

## 「インシデントレポートニュース」の定期的発刊

大阪大学歯学部附属病院

## 【概要】

本院では、インシデント情報の整理と対応に関する優先順位づけ、潜在的な危険状況の把握、危険状況の根本的原因の究明と防止方策の計画と実施、医療従事者間における情報共有やフィードバックを目的に、2002年7月からインシデントレポートニュースを月刊で発行し、組織全体の安全文化の醸成に役立てている。

## 【背景】

本院におけるインシデントの収集は、2007年7月から開始し、同時にインシデントレポートニュースの発刊も開始された。インシデント報告件数は、年間200件あまりで、2014年4月には、インシデントレポートニュース140号の発刊に至る。

## 【具体的な内容】

(インシデントレポートニュースの作成と活用の方法)

- ① インシデントレポートモニタ委員(リスクマネジャーの中で当番月が決められている)は、当番月の全インシデントレポートを閲覧し、それらの中から重要性等を考慮して、2～4事例をピックアップし、事例ごとに、インシデント、対処、傷害の程度、問題点、対策を記載して、インシデントレポートニュースの原案を作成する。
- ② GRMは関係部署のリスクマネジャーと共に、事例の調査結果等をふまえ、ニュースの原案内容について検討し、修正する。そして、事例に加え、他施設の医療安全情報などを盛り込んでインシデントレポートニュースを作成する。
- ③ リスクマネジャーが参加する医療安全管理委員会で、インシデントレポートニュースの事例と医療安全情報について意見交換を行い、部署や病院全体の問題点及び対策等について検討する。
- ④ 会議の内容を受けて、インシデントレポートニュースを再修正した後、病院運営委員会において承認を得て、医療安全管理部から月刊で発行する。

- ⑤ 発刊されたインシデントレポートニュースは、全部署において掲示され、医局会などを通して周知される。加えて、職員や学生が、いつでもニュースのバックナンバーを閲覧できるよう、院内専用のホームページにも掲載している。

**【効果】**

全部署のリスクマネジャーが集まり、インシデントレポートニュースを媒体として、特定の事例を様々な角度から検討することで、医療安全に関する認識を同じくして、日常の歯科医療に取り組むことができる。

同時に病院システムの脆弱性を理解し、安全な医療提供のために職種を超えた協力体制を構築しようという意識を醸成する。互いに声をかけ合うなど協力体制づくりの維持に役立っている。

**【苦勞した点】**

インシデントレポートニュースの発刊システムの定着

**【アピールしたい点】**

継続は力なり。インシデントレポートニュース1号1号の内容は微々たるものであっても、地道に努力を積み重ね、継続して定期的に発刊していることで、「安全で安心な歯科医療」の提供、質の確保や向上に貢献していると考えます。

カテゴリー	医療安全管理・対策
-------	-----------

## 検体検査関連インシデント低減への取組み

広島大学病院医療安全管理部・検体ワーキング

### 【概要】

検体関連インシデント発生率を約 30%低減することに成功した。

### 【背景】

検体関連インシデントは全体の 5%を占めていた。なかでも「検体紛失・保存不備」報告が最も多く、患者には再検査に伴う苦痛と治療判断の遅延という不利益を与えていた。

検体置き場の煩雑さや 1 人のメッセンジャーがすべての検体を回収し仕分け作業までしている現状から改善の余地があると判断した。

### 【具体的な内容】

ワーキングを設置し、「検体提出方法」と「搬送方法」の仕組みを整えた。

1. 誤搬送防止のため色違い検体立てを使用し搬送先を指定。
2. 検体回収時刻を部署毎に表示。
3. 検体容器一覧を作成し配布・掲示。
4. メッセンジャーによる仕分け提出作業は中止とし検体立てごと回収。
5. 病理検体は患者誤認防止のため、検体と伝票が同時に提出できる専用透明袋を採用。
6. 正確な検査値の保証のため、検体冷却保存容器を採用。
7. 安全・清潔に搬送するため搬送カート工夫。
8. 尿汚染を防止するため専用ラックを採用。
9. 検体置き場の 5S 活動を実施。

### 【効果】

「検体紛失・保存不備」「不要検査の実施」「ラベル張り間違い」において約 30%インシデントが低減した。

**【苦勞した点】**

特になし。

**【アピールしたい点】**

患者・医療者両者にとって有効なしくみが作れた。

カテゴリー	医療安全管理・対策
-------	-----------

## M&M カンファレンスの取り組みと効果

■■■■■■ (医療安全管理部副部長・GRM)

九州大学病院 医療安全管理部

### 【概要】

院内で発生した事例について、出来るだけ実務的・多面的な検討を行うために、検証会の下に新たに「M&M カンファレンス」を設置して、新たなシステムやマニュアルの整備、病院設備の改善など成果を上げている。

### 【背景】

院内で発生した重要な事例（患者への影響度に関係なく）については、「検証会（議長：病院長）」を開催して、原因の究明、過誤の有無、対策等について検討していたが、診療科長や部門の責任者等で構成されているため、検討内容が病院の責任問題に偏る傾向があり、より実務的なレベルでの検討を深める必要があった。

### 【具体的な内容】

- 業務について：症例に関し、中立的かつ多面的な立場から、その診療内容の妥当性を可及的速やかに検討する。
- 出席者：医療安全管理部長（議長）、GRM、医療安全管理部員、心肺蘇生サポート委員会委員、当該診療科・部門の関係者、事案に応じて必要とされる診療科 等
- 開催事例：平成 24・25 年度の 2 年間で 7 事例を検討
  - ・予期せぬ心肺停止 3 件 ・胸腔穿刺後の血胸、出血性ショック 1 件
  - ・自殺 2 件 ・CV カテーテル挿入直後の心肺停止 1 件

### 【効果】

代表的な対策

- ①緊急消化管内視鏡フローチャート作成
- ②Rapid Response System の立ち上げ
- ③避難バルコニーの鍵が手動開錠されると警報が鳴るシステムの導入（計画中）

**【アピールしたい点】**

まだまだ事例が少なく、検討内容も十分とは言えないが、安全への対策として成果を出せるようになり、知名度が広がり医師の参加が増えている。

カテゴリー	医療安全管理・対策
-------	-----------

## インシデントレポート報告件数アップへの取り組み

鹿児島大学医学部・歯学部附属病院医療環境安全部

### 【概要】

病院全体の安全文化の醸成と意識向上を図り、インシデント報告件数をアップするための取り組みとして、インシデントレポート入力システムの改訂・整備、教育活動、強化月間設定による活動の強化、表彰制度の導入等を行った。

結果、平成22年度1100件にまで減少したインシデント報告件数は徐々にアップが図れた。当院の病院規模に対する十分な報告件数にはまだ至らない状況であるが、平成25年度のインシデント報告件数は約1600件に増加が図れた。

### 【背景】

適正なインシデント報告件数は、病床数あたりおおよそ5倍と言われているが、当院は、インシデント報告件数が病床数あたり2倍に満たない現状がある。インシデント報告件数の増加は積年の課題でありながら、平成19年度から平成22年度までのインシデント報告件数の推移は、平成20年度の1401件をピークに減少傾向となり、平成22年度は1100件まで落ち込んだ。また、報告総数が減少する中で、重要事例報告件数には変化がなく、重要事例の占める比率が18.4%から22.4%に上昇し、安全文化が醸成されたことによるインシデント減少とは言い難い現状があった。

### 【具体的な内容】

#### 1) インシデントレポート入力システムの改訂・整備

- ・平成24年に、インシデントレポート入力システムを、報告者が簡易に入力できるように改訂した。影響度の低い事象については、情報入力欄を簡易化した。また、報告者は事故の概要・経過を記載し、従来報告者が記載していた「要因」「原因」についてはリスクマネージャーが記載するシステムに変更した。

#### 2) 安全文化の醸成、意識向上のための取り組み

##### ① 軽微事例報告強化月間による取り組み

平成24年度より、11月に「0～1レベル報告推進月間」を設定し、軽微事例報告の

重要性等を説明、ポスター掲示等の情宣活動を実施した。

②事象に関連した複数部門・職種による報告推進

一事象に対し、関連する複数部署・部門からのインシデント報告を推進し、関連部署間の情報共有や意見交換により、有効な再発防止策立案に結びつける働きかけを実施した。

③表彰制度（インセンティブ）の導入によるインシデント報告推進

年間のインシデント報告件数の集計・分析を行い、影響度の低い 0～1 レベルの軽微事例を積極的に報告した部署に対し、病院長表彰をおこなった。

④教育・周知活動

医療安全研修にて、病院長講演や医療安全部門長講演を企画し、インシデント報告件数のアップや、軽微事象報告の重要性についての教育・周知活動を実施した。

【効果】

- ・平成 25 年度のインシデント報告件数は約 1600 件に増加が図れた。
- ・従来報告の上がらなかった事務部門等からのインシデント報告も上がるようになり、報告総数の増加や多職種・多部門からの報告につながった。

【苦勞した点】

- ・当事者や報告者の記載する項目を減らし、リスクマネージャーが「事故の要因」「発生原因」等を記載する仕組みに変更したため、リスクマネージャーの負担が増え、これらの理解を得るための集約的および個別的な説明の機会を要した。

【アピールしたい点】

- ・病院長表彰制度の導入により、積極的なインシデント報告が病院の医療安全への感度の高さや、医療の透明性を示すものであるということへの意識変革につながりつつある。また現場の持つインシデント報告に対する罰則的なイメージが払拭されつつある。

## 外来診療患者誤認防止システム -前線、中盤、最終ラインで守る-

旭川医科大学病院

### 【概要】

医師が外来で患者の診察を開始し終了に至るまでの 3 つの場面で患者誤認を防止することができるシステムを構築した。本格運用から 3 ヶ月を経過したにすぎないが、患者誤認を防止できたと考えられた事例を少なくとも 16 件確認している。

### 【背景】

2011 年、外来診療の場面で発生する患者誤認インシデントの増加が確認され、その対策が当院における安全管理上の重要なテーマとなった。診療券が患者と一体となって動くことが最も重要と考え、2012 年 3 月から患者が診療券を携行するためのホルダーを導入した。2013 年 3 月からはオーダーリングシステム上で患者照合を実現し、2014 年 1 月、電子カルテの導入に併せて、これまでのノウハウを注ぎ込んだ外来患者誤認防止システム (SIMPO: Secured Identification Method for Patient Safety in Outpatient Practice) の本格運用を開始した。

### 【具体的な内容】

SIMPO は以下の 3 つの関門で誤認を防止する。

- ①前線：診療券をバーコードリーダーにかざすことにより、電子カルテシステムが起動する。同時に患者確認画面が立ち上がり、患者自身も自分のカルテが起動したことを確認することができる。
- ②中盤：受診患者リストをダブルクリックあるいは患者番号を直接手入力することにより、電子カルテを起動することもできる。この時、画面の上部に表示された患者照合ボタンは未照合であることを示す赤色である。このボタンをクリックすると照合が可能となり、照合後にボタンの色は青色に変化する。

③最終ライン：各種オーダーが実際に送信・発行される外来診療終了時は誤認防止上最も重要な局面である。電子カルテ上の診察終了ボタンをクリックすると患者確認画面が立ち上がりバーコード照合を促す。照合により電子カルテは速やかに終了する。一方、診療現場の実情にも配慮し、照合を行わずに電子カルテを終了するためのボタンも用意した。ただし、このボタンの名称を「強制終了」とした。「強制終了」の文言が心理的抵抗感を惹起し、患者確認を促す効果を企図したものである。

#### 【効果】

本システムを導入後、外来診療時における患者誤認のインシデントは報告されていない。また、システムログの解析の結果、運用3ヵ月の時点で、患者誤認を防止できたと考えられた事例を少なくとも16件確認している。

#### 【苦労した点】

SIMPOに至るまでのそれぞれの段階で、患者や関係職員の理解と協力を得ることに苦労や困難を感じた。

#### 【アピールしたい点】

ユーザーである医師の多忙な業務をできるだけ妨げないように工夫した点、色で照合の有無を確認可能なボタンは患者参加型の誤認防止への発展が期待される点の二点を強調したい。

#### 【その他】

SIMPOにはこのシステムが幾多の困難を乗り越えて「進歩」してきたという自負と、今後、安全な医療の「進歩」に貢献してほしいという期待が込められている。

カテゴリー	診療記録と医療情報システム
-------	---------------

## 生命維持管理装置の動作情報及び警報の 一元管理システムの開発と臨床応用

佐賀大学医学部附属病院 ME センター

### 【概要】

生命維持管理装置の動作情報及び警報を、病院内であれば、いつでも、どこでも複数のスタッフがモニタリングすることができるシステムである。

### 【背景】

近年、医療分野でも ICT を利用した情報の一元化、共有化が進んでいる。生命維持管理装置である人工呼吸器や PCPS、IABP が院内で多数使用されており、当院 ME センターでは、機器の動作情報や警報を常時観察できるシステム開発を行ってきた。2008 年から、院内の人工呼吸器、血液浄化装置、PCPS、IABP 等の生命維持管理装置について、個々に動作状況の遠隔監視の動作確認を行ってきた。2014 年 1 月より電子カルテシステムの更新に際して、院内で稼働するすべての生命維持管理装置の動作情報、アラーム情報の一元管理システムを開発し、臨床に導入した (図 1)。

### 【具体的な内容】

機器のシリアルインターフェイス、または LAN ポートから出力される情報 (設定値、実測値、操作、アラーム等) を、シリアルイーサネット変換機または、小型 PC を使って無線 LAN (IEEE 802.11n) 経由で専用のデータベースに保存する。保存されたデータは、タブレット端末及び PC 上の専用ビューワで閲覧することが可能である。ビューワでは更新間隔による遅延はあるが、リアルタイムデータに近い値が閲覧でき、蓄積されたデータからトレンドグラフ、アラーム及び操作履歴を表示する事も可能である。また、電子カルテ端末で機器 ID と患者 ID を認証させる事で、患者情報と機器情報を関連付け、電子カルテ内の患者の熱型表に自動記録も可能である (図 2)。

### 【問題点】

機種によって通信仕様が異なるため、機種毎の通信インターフェイスの開発や調整及びビューワ画面のカスタマイズが必要である。したがって、新たに機器を設置する場合や更新に際しては費用が生じることとなる。

### 【効果と今後の展開】

機器の動作状況、アラーム情報を一元管理、共有化し、更に患者情報と関連付ける事で、重篤な警報に対しても、臨床工学技士が迅速に対応することが可能となり、生命維持管理装置の安全管理体制が飛躍的に強化された。

現在は、9名の臨床工学技士と呼吸サポート班2名がそれぞれタブレットを携帯してモニタリングを行うと共に、MEセンターに設置した42インチモニターでの監視を行っている。近い将来には、装置に関する主治医、看護師全てがモニタリングすることも十分に可能である。

図1, 本システムの概要

- ・ バーコード認証による患者と機器の紐付けは、現在稼働中のME 機器管理システムのバーコードを利用する。
- ・ ME センターから貸出す人工呼吸器・血液浄化装置・体外循環関連装置は院内全体での運用を可能とする。

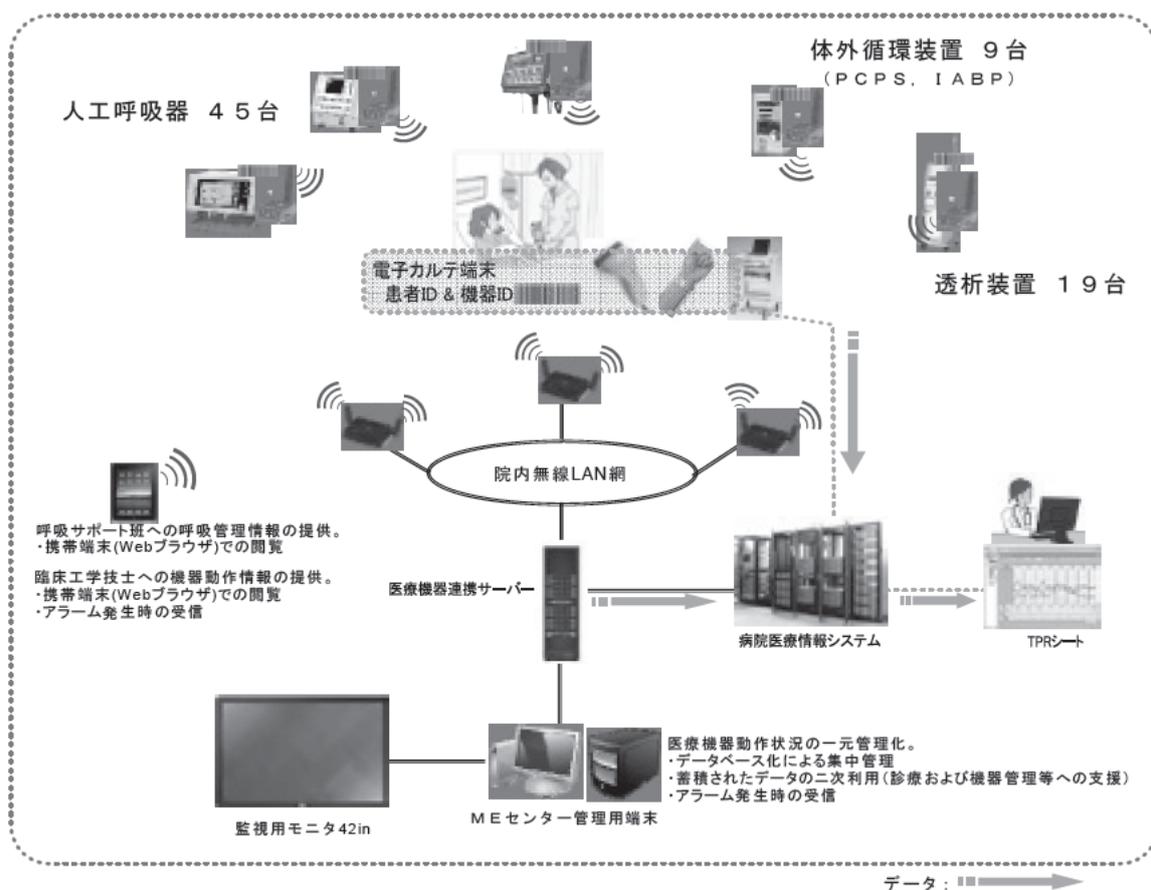
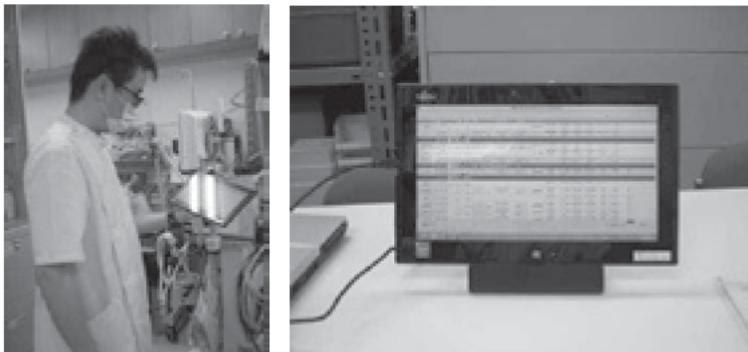


図2. 携帯用タブレットと生命維持装置からの時系列データの表示



## 放射線画像診断結果の見忘れ防止対策

大分大学医学部附属病院 1) 医療安全管理部、2) 医療情報部

### 【概要】

当該診療科領域の CT 画像は各診療科の担当医が読影しているものの、その他の領域の読影は十分ではないことが予想される。こうした点をカバーするためにも放射線科専門医が読影を行い、結果報告しているが、その結果を担当医が見ていない事例が認められた。再発防止策として、医療情報システム（電子カルテ）を活用し、「放射線画像レポート報告時の通知機能」の導入を行った。本システムの導入により担当医は結果報告がなされたことに確実に気付き、その所見を読むことができるようになっている。

### 【背景】

画像検査の読影結果は、撮影後遅くとも 24 時間以内に放射線科専門医により読影、報告される。しかし、検査当日の当該診療科外来診察の終了までには間に合わない場合があり、外来担当医が読影結果を見忘れたり、結果を患者に伝える機会を逸する場合がある。当院での事例では、CT 検査の至急読影が依頼され、CT の読影結果は 1 時間以内に記載、報告されていたが、担当医は見えていなかった。放射線科では、画像上、緊急的処置を要すると思われる症例を見出した場合は担当医へ直接電話連絡を行っている。1 日に 100 例前後の CT 画像診断を行っているため、緊急的処置を要さない異常所見の場合は画像レポートに記載し報告することで対応し、有所見の全例について電話連絡を行うことは困難であった。

### 【具体的な内容】

放射線画像レポート報告書が放射線科医から電子カルテ上に記載、登録された時点で、担当医へ警告機能付き医師 ToDo 画面（医師 ToDo 画面：電子カルテ最前面上にある各医師へのお知らせ機能）に表示し、医師が報告書を参照できるシステムを導入した。

### 【効果】

本システム導入後は、画像レポートの見忘れなどの事案は発生していない。さらに現在のところ本システム導入により、ほとんどの症例で担当医が結果報告を参照していることが、確認されている。しかしながら、平成 26 年 1 月末にシステムは稼働したばかりであり、見忘れ防止対策として十分に機能しているかは、今後さらに検証する必要がある。

### 【苦勞した点】

大学病院では、医師の異動や交替が多い。そのため、通知される医師の対象者は複数名が望ましいと考えられ、CT 検査をオーダした医師だけでなく、当該患者の主治医や担当医に対しても通知される機能とした。ただし、外来患者では担当医がオーダした医師であり、その医師が転勤などで交代した場合は、交代した医師に対しては通知ができないという問題が残っている。

### 【アピールしたい点】

日本医療機能評価機構の医療安全情報においても「画像診断報告書の確認不足」の事案が取上げられており、確実に画像診断報告書が確認できる仕組みを医療機関内で構築することが重要である。個人に対する注意の周知や教育だけではなく、電子カルテを活用した画像診断レポート見忘れ防止策のシステム構築を行った。

カテゴリー	医療安全に関する教育・研修
-------	---------------

## 全職員を対象とした心肺蘇生研修会に 841 名（受講率 96%）が参加

■■■■、東京医科歯科大学歯学部附属病院 医療安全管理室関係者

東京医科歯科大学歯学部附属病院

### 【概要】

東京医科歯科大学歯学部附属病院（以下、本院）において、平成 25 年度安全対策研修会（後期）として、歯科医師、薬剤師、看護師、歯科衛生士、歯科技工士、臨床検査技師、診療放射線技師、言語聴覚士、事務職員など全ての医療従事職員を対象とした心肺蘇生研修会を開催した。総数 841 名（受講率 96%）の参加があり、基本的心肺蘇生法（以下、BLS）に関する知識及び技能の習得がなされた。

### 【背景】

本院は、病床数（60 床）としては小規模な病院であるが、一日の外来来院患者数は平均 1900 名（平成 24 年度）を超えており、高齢者や重度な疾患を有する患者の歯科診療が日常的に行われている。平成 14 年度よりリスクマネージャー会議ワーキンググループ（平成 22 年度より医療安全管理室に改組）が設立され、医療安全に関する職員研修を年 2 回程度開催し、平成 23 年度からは講義を聴講する研修に加えて、演習・実習を含めた受講者参加型の研修会を続けている。近年、外来患者が心肺停止に至る事例報告があり、全ての職員の BLS の知識及び技能の向上は急務と考え、院内の安全対策研修会として BLS に関する実技研修を企画することとなった。

### 【具体的な内容】

受講者のひとりひとりが、蘇生人形等を用いた実習を受けられ、かつ、企画運営側の負担が過度にならないように工夫をした。まず、本研修の第 1 段階として、受講者は JRC 蘇生ガイドライン 2010 に準拠した 10 の設問に回答し、全問正解者とそれ以外の者に分かれて、各設問に関するフィードバックを受けた。その後、各コースに分かれて蘇生人形等を用いた技能を含む研修を行うこととした。歯科医師、薬剤師、看護師、歯科衛生士、歯科技工士、臨床検査技師、診療放射線技師、言語聴覚士、事務職員など全ての医療従事職員（873 名）を対象として、平成 26 年 2 月 13 日から 3 月 13 日まで計 9 日（補講含む）行い、総計 841 名（運営関係者の事前講習を含む）が参加した。

**【効果】**

本研修会の受講率は 96%であった。受講者の関心も高く、途中退席者や居眠りする者などは皆無で、全てが熱心に参加している姿が見受けられた。

**【苦勞した点】**

研修開催日で最も多い日には171名が受講した。受講者全員にBLS実習を行うために、研修会場ならびに人員配置に工夫を要した。

**【アピールしたい点】**

より良い安全対策研修会を行うため、本院医療安全管理室内で真剣な議論を重ねてきた。専任者が配置されておらず限られた設備・予算・人員等の制約がある中で、全ての職員・職種を対象とした実技を含めたBLS研修を企画するにあたり、本院独自の方策を練った。

カテゴリー	医療安全に関する教育・研修
-------	---------------

## 産科緊急輸血・造影剤ショックシミュレーション研修の 導入効果について ～真のチーム医療を目指して～



山梨大学医学部附属病院 1) 安全管理室、2) 輸血細胞治療部、3) 産婦人科学講座、  
4) 放射線医学講座、5) 救急集中治療医学講座、6) 検査部、7) 放射線部、  
8) 3階東病棟、9) 外来、10) 集中治療部、11) 病院長

### 【概要】

当院は、産科、輸血部門で、産科大量出血に対する緊急輸血シミュレーション、救急部、放射線部門では、造影剤ショックに対するシミュレーション研修など、部門主催によるシミュレーション研修を実施している。複数の関係部署が参加する研修は、各部門のマニュアルの更新に役立てられ、重大な医療事故防止に役立つと実感している。

### 【背景】

夜間や休日は、少ない人員や経験の浅いスタッフも業務を行わざるを得ない状況が生じる。その際の緊急時対応は、日常ではスムーズに行える業務でも、手順を間違えたり、多重業務による重責などから、作業が滞り、救命遅延や重大事故に繋がる可能性が高い。各部門は、緊急時対応の各部署連携の確認と問題点の抽出、対策立案を目的とし、シミュレーション研修を施行するに至った。

### 【具体的な内容】

輸血部門の産科緊急輸血シミュレーションでは、平日の時間外に他院で出産後に大量出血をきたした患者が当院へ救急搬送され、分娩室で処置が開始されるという場面を想定し、普段は輸血業務を担当していない検査技師1名を当直とし、仮想患者を設定、O型赤血球製剤の緊急輸血の取り決めに従い、伝票を使用して輸血製剤を払い出すというシナリオで研修を実施した。

放射線部門においても、時間外のCT撮影時において、造影剤ショックとなった患者がCT室内から処置が開始されるという場面で、造影剤ショックの経験の少ないスタッ

フが対応する場面で、応援を要請し救命するというシナリオで研修を実施した。

それぞれのシミュレーションにおいて、シナリオは実施者へは伝えず、患者、技師、医師、看護師等の役割のみを割り当てた。

見学者は、役割分担し、観察者となり、シミュレーション終了後にそれぞれを評価し、意見交換を行った。

#### 【効果（または、見込まれる効果）】

模擬患者を設定することにより、臨場感に溢れ、机上の討論では想定されなかったような種々の問題点が抽出され、マニュアルの検証や各部署の連携強化につながったと考えられる。

シミュレーション研修の結果は、平成 26 年度版医療スタッフマニュアルの改訂に反映した。

#### 【苦勞した点】

各診療科の医師（安全管理室員・リスクマネジャー）がリーダーシップを発揮し、研修会の企画、運営を行っていたが、シナリオ作成から、場の設定等、準備に時間を要した。

#### 【アピールしたい点】

当院の医療安全のスローガンは、「病院全体がひとつのチーム」である。

各部門の医師・技師が中心となり、シミュレーション研修を積極的に、繰り返し実施することで、緊急時対応のイメージ化と院内の部門を超えた連携の強化につながっている。こうした部門の取り組みは、当院の医療安全を支え、重大事故予防の一助となっている。

#### 【その他】

平成 26 年 4 月に第 1 回目の振り返りを活かした、第 2 回目の輸血シミュレーションの開催を予定している。

カテゴリー	医療安全に関する教育・研修
-------	---------------

## 出前 RCA 実施の取り組み

富山大学附属病院医療安全管理室

### 【概要】

病院のシステム改善が必要と思われる事例や、潜在するリスクの大きな事例、チーム連携に関わる事例などを取り上げ、部署のセーフティマネージャーに呼びかけ、部署に出かけて出前 RCA を実施してきた。事例分析を通して、気がつかなかった要因や複合的な要因を認識し、具体的な対策を立案するという経験を通して、RCA を実施しようという部署が徐々に増えてきた。事例分析の重要さの理解に若干貢献できたと考える。

### 【背景】

事例発生時、その事例の調査や分析を速やかに行うため、他職種で構成され機動性を持った RCA チームのような活動体制が院内で組織できればと考えていた。突発的な事例に対して、集合可能なメンバーが集まり、事実確認、事例分析を行い、実施可能な対策を立案し、院内で共有できれば、医療安全の意識向上にも寄与できると考えた。しかし、現実には容易ではない。そこで、医療安全管理室主導で、現場のスタッフに参加を呼びかけ、出前 RCA を実施し、事例分析を行うと同時に RCA を経験してもらおうという目的で開始した。

### 【具体的な内容】

報告事例の中から、医療安全管理室ミーティングや GRM の判断で事例を選択し、部署のセーフティマネージャーに RCA の実施を呼びかけた。まず、部署のスタッフに RCA に関する概要を説明し、事例の事実確認を行い、時系列の出来事流れ図までは GRM サイドで準備した。物品の準備も医療安全管理室が行い、できるだけ部署の負担軽減を図った。部署に出向いて「なぜなぜ分析」を展開し、分析後は、「原因と結果の要約」を GRM がまとめ、最後に実施可能な対策を部署のスタッフが提案し、行動計画、その後の実施状況の確認までを決めて終了とした。H23 年度は 8 部署、H24 年度は 3 部署、H25 年度は 7 部署で実施した。

#### 【効果】

部署から「RCA を実施したい」と声がかかるようになり、関心を持ってもらえた点では効果があった。しかし、安全意識との関連については予め評価指標を決めておく必要があった。

#### 【苦勞した点】

RCA は時間外に行うことが多く、現場 SM とスタッフの理解と協力が必要であった。また、関連する多職種、特に医師の参加が難しく、業務との絡みで日程・時間調整が困難であった。

#### 【アピールしたい点】

現場スタッフの意識向上を主眼としたが、H25 年度から医療安全セミナーの一環として「RCA 演習」を開催し、多職種の参加を呼びかけたところ、医師や放射線技師などの参加もあった。また、医学科 4 回生の医療安全の講義の中でも RCA を実施し、分析の重要性を伝えることができた。

#### 【その他】

RCA チームの発足には程遠いが、これまでを基盤整備の期間と位置付けて、次のステップに進められればよいと考えている。

カテゴリー	医療安全に関する教育・研修
-------	---------------

## 自院で作成したビデオを活用した教育・研修

浜松医科大学医学部附属病院 1) 医療安全管理室、2) 救急災害医学講座、  
3) 画像情報室

### 【概要】

医療安全に関する職員研修を実施する場合や診療システム改善の取り組みを行う際に、画像情報室と連携しオリジナルビデオを作成し研修や取り組みに対する関心を向上させた。

### 【背景】

一年に2回以上開催する必要がある病院全職員に対する研修は、対象が多数となるため一方的な講義のような形式になりがちである。また、病院全体での新たな取り組みでは、統一した手順を浸透させるのは困難であることが多い。

### 【具体的な内容】

自院の救急部医師が緊急事態への対応に必要なリーダーシップの失敗例並びに成功例のシナリオを作成、救急部医師、看護師が出演、大学画像情報室技術職員がビデオ撮影し、講義形式の医療安全に関する研修の中で紹介した。また、手術部にWHO手術安全チェックリストを導入するにあたり、医療安全管理室がシナリオを作成、手術部看護師、外科系医師が出演、技術職員がビデオを撮影し、関連する診療科、部門に実施方法の説明に用いた。

### 【効果】

自院の職員が出演していること、手作り感があることなどから、講演や説明で聴衆の興味を引くことが出来た。職員が撮影および編集を担当することで、複数の種類のビデオを作成することができたり、適宜手直しができたりといったメリットもあった。

### 【苦勞した点】

スタッフは素人であるため撮影に多くの時間が必要であった。

**【アピールしたい点】**

今回撮影したビデオは、編集することにより当初の目的以外にも様々な活用可能となっている。

**【その他】**

特になし。

カテゴリー	医療安全に関する教育・研修
-------	---------------

## 医療安全教育を支援する e ラーニングシステムの開発と活用の実際



大阪大学医学部附属病院 1) 中央クオリティマネジメント部  
2) 医事課医療安全係

### 【概要】

医療従事者に対する医療安全教育を目的とした e ラーニングシステムを独自に開発、導入し、院内講習会の受講率増加や、専門家による教材作成、迅速なアンケート調査による実態把握等が可能となった。

### 【背景】

医療安全教育において、多忙な医療従事者に対する集合教育の受講率を向上することや、さまざまな専門性をふまえた教材の準備をすることは困難である。このような課題を解決することを目的として、2006 年に市販の e ラーニングシステムを導入した。しかし、年間 800 人以上にも及ぶ異動者の職員情報の更新が手作業であること、収録動画のストリーミング配信ができないこと、教材作成に HTML の知識が必要なことなどが障害となった。

### 【具体的な内容】

そこで、医療従事者の学習環境の特性をふまえた新 e ラーニングシステムの開発に着手し、2010 年から導入した。本システムでは、病院情報システムとの連携により、職員情報の更新を完全自動化し、職員は入職後すみやかに e ラーニングによる学習を可能とした。教育管理システムには、「院内講習会機能」と「e ラーニング機能」の 2 系統を設けた。前者では講義映像のストリーミング配信、受講情報（講習会出席、e ラーニング受講、未受講）の一元管理等を行う。後者は、各診療科や部署の専門的な教育やマニュアルの周知等に用いる。医療従事者が通常使用するソフト（パワーポイント等）で作成した教材は、容易にアップロードでき、HTML に関する知識や外注は不要である。

### 【効果】

院内講習会の受講者数は、これまで同一内容の複数回講演やビデオ講習等の工夫をして1回あたり1,800人程度であったものが、本システムの導入により2013年の総受講者数は2,600人にまで増加した。院内講習会はライブ受講を基本としているが、eラーニングによる受講率は年々増加し（2011年度8.0%、2012年度9.5%）、2013年度には15.9%となった。特に、医師ではeラーニングシステムでの受講者率（29%）が他の職種に比べて高い。

「eラーニング機能」による教育の一つである「胃管挿入の手順と注意点」では、単に改訂されたマニュアルの内容を紹介するだけでなく、海外機関の許諾を得て誤挿入事例のレントゲン画像も盛り込み、総受講者数は1,327人（医師530人、看護師779人他）となった。「小児の鎮静の注意点」は、小児領域の医療従事者を中心に779人（医師271人、看護師478人他）が受講し、「空き時間に勉強できてよい」「基本手技を見直すよい機会となった」などのフィードバックが得られた。さらに、各部門の担当者により「眼内レンズ誤認防止（眼科）」、「看護必要度（看護部）」、「除細動器の点検（臨床工学部）」等が作成され、特定の専門家グループへの教育と教材の繰り返し利用も可能となった。

また、本システムのアンケート機能を用いた注射実施入力に関する調査では、2週間で1,038人の職員から回答が得られ、速やかな実態把握とその後のシステム改善や教育に反映させることができた。

### 【苦勞した点】

eラーニングシステムの周知や受講方法の紹介、未受講者を特定し受講を促すこと、診療科長・中央診療部門長やリスクマネージャーに対する受講率や学習履歴のフィードバック等、手間のかかるきめ細かい運用が必要である。

### 【アピールしたい点】

本システムは、医療従事者の専門性、多忙さ、異動の多さなどを勘案した教育支援機能を装備し、さらに運用上の工夫をしたものであり、他の医療機関での医療安全教育の課題解決にも資すると考えられる。本システムは、大阪大学知財本部と開発担当企業との契約により、他の医療機関でも利用可能である。

カテゴリー	医療安全に関する教育・研修
-------	---------------

## Team-STEPPS への取り組み

神戸大学医学部附属病院 医療の質・安全管理部

### 【概要】

平成 25 年度医療の質・安全管理部主催の医療安全指導者養成講座で行った「ノンテクニカルスキル」の講義と「team-STEPPS」トレーニングを受け、看護部門で主体的に team-STEPPS 導入の取り組みが開始された。

### 【背景】

当院では、質・安全マネジャー育成のために医療安全指導者養成講座を定期的に行っている。従来は「医療安全の基礎」「当院で起こった重大事象」などの講義が中心に行われていた。平成 25 年度医療の質・安全管理部では、現場で活用できる研修を行い、チーム医療推進を図ることを目的に「ノンテクニカルスキル」「team-STEPPS」の講座を全職員対象に行った。

### 【具体的な内容】

平成 25 年度、「ノンテクニカルスキル」「team-STEPPS」の講座直後、看護部門では「ブリーフィング」や「2 チャレンジ」が自主的に開始された。医療の質・安全管理部から「チームとしてよりよいパフォーマンスと患者安全のために team-STEPPS の導入開始」を発信した。その後の取り組みを確認したところ、部署内では伝達講習が行われており、勤務前の「ブリーフィング」、勤務途中の「ハドル」、勤務終了後の「デブリーフィング」が意図的に行われるようになっていた。また、各部署で行われている「急変時シミュレーション」に team-STEPPS を取り入れる部署が複数あり、「ノンテクニカルスキル」「team-STEPPS」が浸透しつつあることが確認された。

### 【効果】

平成 25 年度の指導者養成講座は「ノンテクニカルスキル」「team-STEPPS」に関して当院で初めて紹介する概念であるため対象を全職員とした。現場が模索していたチーム医療の具体的な取り組み方法を紹介する機会となったため自主的な取り組みが開始さ

れたと考える。また、現場が経験的に行っていたことを理論的に説明できる機会となったため、継続した取り組みや改善が行われている。現在は中央部門を除いて看護部門主体の取り組みであるが、今後は病院全体の取り組みに発展させることが課題である。

カテゴリー	医療安全に関する教育・研修
-------	---------------

## 効果的な院内患者急変時対応の体制構築 ～急変時シミュレーション教育の継続を中心に～

岡山大学病院 医療安全管理部

### 【概要】

岡山大学病院では、医療安全管理部を中心に効果的な院内患者急変時対応を目指して、救急科、麻酔科、看護部と協同して行ってきた。2004年からは、ほぼ全病棟に病棟出前型の患者急変時シミュレーションを継続して効果的に行えるよう、職員全体研修や医療安全セミナーの開催時期の調整、器具の貸し出し環境整備、シミュレーション優秀病棟の表彰や院内緊急連絡システムの整備を行い患者急変時の対応を行ってきた。

### 【背景】

国立大学付属病院の特色としての、重症患者に対する高度医療の提供、また一方で患者の在院日数は14日強まで短縮され、日々50～60名の患者が入退院している現状である。その現状の中で、当院ではコードブルーが年間50～60回発生している。初期対応は重要であり、院内のACLSチームに引き継ぐまでの現場病棟スタッフのスキルアップのため、シミュレーショントレーニングが重要となってきた。

### 【具体的な内容】

職員全体への働きかけとして、年度末に行っていた職員全体研修「心肺蘇生法」を2年間かけて年度の初めに変更した。また、医療安全セミナーにおいては、RRS (Rapid Response System) の考え方を看護師・臨床工学技士・理学療法士などのコメディカルに繰り返し教育を行った。

そして、年度の上半期に各病棟の医師・看護師・他医療者が参加して器具を借用し患者急変時シミュレーションを行い、下半期は救急医と医療安全管理部 GRM 立ち会いにてシミュレーションを行っている。シミュレーションで優秀な対応のできた病棟には、病院長から表彰を行ってインセンティブを与えている。

第一発見者になる可能性の高い看護職員は、採用時にBLS+AED研修を受ける。研修のインストラクターは先輩看護師で、日本救急医学会のICLSコースを受講した者が当た

る。また、受講する ICLS コースの医師・看護師は、院内の日本救急医学会認定インストラクターで構成される。

#### 【効果】

年度下半期のシミュレーション終了時のアンケート調査から、急変患者発見時の初期対応が理解できたと回答した割合が 2009 年度 23.5%から 2012 年度 39.8%と上昇している。また、他 3 項目も上昇していることより、患者急変時の初期対応の理解が深まり、シミュレーションの効果が現れていると考える。また、下半期のシミュレーションに認定の有無を問わずインストラクターでの協力希望者が現れ始めており、ボランティア参加を認めはじめている。

また、当院でのコードブルーに相当する緊急同報メールの起動記録から、入院患者 1000 人あたりの起動数は 2005 年度 3.5 から 2011 年度 3.4 と大きな変化はなかったが、起動時の患者が心停止の起動数は 2005 年度 0.59 から 2011 年度 0.49 と低下を認めている。そのことより、心停止前の早期にて起動されるか集中治療医に紹介されていると考える。

#### 【苦勞した点】

新採用者への研修にインストラクターとして参加する先輩看護師への支援であった。インストラクター自身が、自信を持って指導できるよう、事前の資料配付やインストラクターのための練習日を 3～5 日程度準備し、事前に流れや復習ができるように対応している。

#### 【アピールしたい点】

医療安全管理部設置後間もない時期から、救急科や看護部の協力にて 10 年間、全病棟を対象に出前型の患者急変時シミュレーションを行ってきた、当院の持続した医療安全マインドをアピールする。

カテゴリー	医療安全に関する教育・研修
-------	---------------

## メディカルスタッフ対象 BLS 研修

山口大学医学部附属病院 院内救急体制専門部会 医療安全推進室

### 【概要】

医師・看護師を除く病院職員対象の一次救命処置研修を計画、実施した。

### 【背景】

当院では、救命処置研修を看護部は毎年計画的に行ってきたが、病院全体として研修を計画していなかった。院内認定看護師（救急看護）の活動として、メディカルスタッフ対象の一次救命処置（BLS）研修を年に1回、希望者に実施していた。20名前後の職員が受講していた。

毎月実施している ICLS 研修は、看護部の研修としてスタートした。回を重ねるうちに、ICU 研修中の医師枠を設け、臨床工学技士も受講するようになり受講者の範囲が広がってきた。そのため、平成 25 年度から医療人育成センターのメディカル育成支援部門が主催する研修という位置づけとなった。それに合わせ、平成 25 年度から、メディカルスタッフの BLS 研修も、全員対象で毎年実施する事とした。

### 【具体的な内容】

- 1、目的は、①一次救命処置のアルゴリズムが理解できる。②有効で絶え間のない胸骨圧迫が実施できる。とし、1時間の研修とした。
- 2、院内救急体制専門部会において以下のことを検討し実施した。
  - 1) 以下の①②③を確認し、1回の受講者数（24名）、研修日数（9日間）を決めた。職種ごとの申し込み枠を作り、人数の調整を行った。
    - ①医師、看護師（看護助手、病棟クラーク含む）以外のメディカルスタッフの職員数
    - ②各職種、部門毎に、研修参加が可能な時間の確認
    - ③研修指導者数の把握
  - 2) BLS 講習会の周知をリスクマネジャー連絡会議で行い、職員用エレベーターにポスターを掲示した。

3) 研修指導者は、認定看護師・専門看護師・院内認定看護師（救急看護）と ICU 医師 1 名とした（計 19 名）。当大学医学部学生で救急蘇生を指導するサークルがあり、指導技能に問題が無いことが確認できたため、学生サークルにも研修指導者を依頼した。

3、研修指導者（サークルの学生を含む）には、医療人育成センターから、講師依頼書を発行してもらった。また、学生は、当院の職員ではないため、病院規定の日当の支払いを行った。

#### 【効果】

- ・多職種に参加を呼びかけ実際に参加してもらえるか心配したが、189 名参加があり、申し込み者数の 98.4%の職員が参加した。
- ・どの職員も指導者に質問したりして熱心に取り組んだ。

#### 【苦勞した点】

- ・日程表の作成  
職種により参加しやすい曜日や、時間外の研修希望が多かった。パート職員も参加できる 16:00 からの枠も設けた。
- ・研修指導者は、各部署対象の看護師対象のシミュレーション研修も担当しており BLS 研修は、スケジュールのあいている 1 月 2 月の実施となった。

#### 【アピールしたい点】

- ・病院の企画として、BLS 研修を実施でき、多くの参加が得られたこと。
- ・学生サークルの協力が得られたこと。

#### 【その他】

- ・指導は、資料に沿って行われ技術指導においては、差はなかった。説明内容は個人差があったので事前に何を説明するか打ち合わせをしておく必要があると感じた。
- ・学生サークルのメンバーは、多くのイベントで指導している実績があり、とてもわかりやすく説明してくれた。
- ・今年度は、胸骨圧迫等の技術が習得できることを目標にしたが、次年度以降は、それぞれの職場で急変患者を発見したことを想定した研修にしていきたい。
- ・次年度以降は、外来窓口業務を担当している外注業者にも BLS 研修を行うか検討を行う。

カテゴリー	医療安全に関する教育・研修
-------	---------------

## 2年目看護師安全管理研修に取り組んで

徳島大学病院安全管理部

### 【概要】

当院の平成20年度から平成25年度の2年目看護師割合は、15～34%を占め、他の年代よりも多い。インシデント報告から、基本的な安全行動が定着していないことが伺える状況があるため、安全管理に対する継続教育を実施する必要性がある。

### 【背景】

新規入職看護師は基礎教育プログラムにより、体系的な教育が行われている。しかし、2年目看護師に対する教育は部署でのOJTに任されている状況であった。インシデント報告から、基本的な安全行動が定着していないことが伺える状況があるため、安全管理に対する継続教育を実施する必要があると考え、平成20年度から取り組みを開始した。当院での採用2年目看護師に対する安全管理研修の過去5年間の取り組みについて報告する。

### 【具体的な内容】

対象者は採用2年目看護師であり、リスクマネジメント部門と感染対策部門が年度毎に各々1つずつ決定したテーマを提示し、これらに基づいて2年目看護師が主体となり部署で取り組みを実施した。必要時には、安全管理対策室メンバーが部署のカンファレンスに参加し、助言を行った。

- 平成20年度から22年度：各テーマに基づいて安全管理対策室が作成したチェックリストを用いて、2年目看護師が中心となり年度前半と後半に病棟間相互チェックを実施した。取り組み後は、部署を代表していくつかの部署が発表し、それ以外は、テキストにまとめ配布した。
- 平成23年度から25年度：各テーマに対する部署での問題点を抽出し、取り組み内容を部署で検討し、2年目看護師とグループでディスカッションし情報交換をした。他の部署の問題点やこれからの2年目同士で意見交換したものを、再度部署に持ち帰り取り組む安全行動について再度部署で方向性を検討し計画立案した。安全管理

対策室のメンバーは、各部署の計画立案をサポートした。取り組み後は、全部署が取り組みを成果発する場を設けて実施した。

#### 【効果】

- ・2年目看護師が主体的に部署での安全管理行動に取り組むことが困難な状況もあったため、平成24年度からは2年目をサポートする役割として、副看護師長や部署教育担当者等を明確にしたことで、より部署全体が安全行動について考える機会、そして安全行動を実施する意識づけができたと考える。
- ・継続して実施することで、2年目看護師研修が部署に定着し、安全管理行動への取り組むことを通して、安全管理対策室と部署間のコミュニケーションが活性化している。
- ・2年目看護師研修を実施することで、部署だけでなく安全管理対策室にとっても新人からの成長が見える。

#### 【苦勞した点】

##### ○平成20年度から22年度

- ・病棟間相互チェックのための日程組みに苦慮した。
- ・2年目看護師が他部署に出向いて、先輩スタッフに聞き取りしたり、現場を目視確認したりしてチェックすることは精神的な負担があった。
- ・病棟間相互チェック時のサポートとして、病棟師長と安全管理対策室のメンバーではマンパワー不足があり効果的なサポートができなかった。

##### ○平成23年度から25年度

- ・2年目看護師だけでは主体的に部署で安全管理行動に取り組むことは困難な状況があった。
- ・全部署が成果発表する時間の確保に苦慮した。

#### 【アピールしたい点】

- ・平成24年度からは、看護部の2年目看護師研修に組み込んでいただき、平成25年度の成果発表は、院内看護研究発表と合同で実施し、口頭発表とポスター発表形式にした。それにより、2年目がポスター作成の知識、技術を学ぶ機会となった。

カテゴリー	医療安全に関する教育・研修
-------	---------------

## 中心静脈カテーテル挿入に伴うインシデント発生防止を目指した 中心静脈カテーテル挿入施行医認定制度の導入

- 1) 香川大学医学部附属病院医療安全管理部、2) 香川大学医学部消化器外科学、  
3) 香川大学医学部附属病院病院長

### 【概要】

当院では中心静脈カテーテル（CVC）挿入に関する影響度レベル 3b（気胸、動脈穿刺、血腫など）のインシデント防止対策として、2012 年 10 月から CVC 挿入施行医認定制度を導入した。本制度導入後 1 年間のインシデント発生率は導入前に比較して統計的に有意に減少し、CVC 挿入に関する医療安全性が向上した。

### 【背景】

当院では CVC 挿入に関わる気胸、動脈穿刺、血腫などの 3b インシデント数が、2011 年度は 1 年間で 5 件だったが、2012 年度前半には 6 か月で 5 件と増加した。これに対して、当院では CVC 挿入に関する重篤な合併症を含めたインシデントを減少させ、安全な CVC 挿入を目指して、超音波ガイド下穿刺を推奨する CVC 挿入施行医認定制度を 2012 年 10 月 1 日付けで導入した。

### 【具体的な内容】

本制度は CVC 挿入を行う院内の全医師を対象として導入され、CVC 挿入に伴う合併症などのインシデント減少を目的とした。本制度では、CVC 挿入術者になるために医師免許取得後 6 年未満の医師である初期・後期研修医は、①医療安全管理部が随時主催する CVC 挿入実技研修の受講、②CVC 挿入介助経験 3 回（指導医に経験済み証明のサインをいただく）、③診療科長または卒後臨床研修センター長の推薦書提出の 3 要件を満たさねばならない。ただし、初期研修医は認定後も必ず指導医のもとで CVC 挿入を行うことを義務付けた。一方、医師免許取得後 6 年以上が経過した医師は診療科長の推薦書提出のみで CVC 挿入を許可されると定めた。同時に本院の CVC 挿入マニュアルを作成、配布し、その中でも安全な CVC 挿入にエビデンスがある超音波ガイド下穿刺を推奨した。CVC

穿刺用超音波装置を購入し、院内の共同施設である ME 機器センターに設置し、CVC 挿入には借り出して使用するよう推奨した。2012 年 10 月から随時行った医療安全管理部主催の CVC 挿入実技研修では最初に約 20 分間の超音波ガイド下穿刺に関する講義の後、約 1 時間 30 分の実際用いる穿刺用超音波装置とシミュレータを用いた超音波ガイド下穿刺実技練習を行った。

#### 【効果】

導入前 6 か月間の CVC 挿入件数は 224 件、導入後 1 年間の CVC 挿入件数は 391 件であり、各々の期間のインシデント発生率（インシデント件数/CVC 挿入件数）は、導入後には導入前に比較して、総インシデント（導入前 4.9% vs. 導入後 1.3%、 $p=0.026$ ）、3b インシデント（導入前 2.2% vs. 導入後 0.3%、 $p=0.015$ ）ともに低下した。超音波ガイド下 CVC 挿入施行率は、制度導入前 7%から、導入後には 64%に増加した（ $p<0.001$ ）。

#### 【苦勞した点】

本制度が研修医の研修に及ぼす影響を危惧する卒後臨床研修センターや、新規購入した CVC 穿刺用超音波装置を管理する ME 機器センターなど、院内全体での本制度導入に対する理解、協力を得ること。

#### 【アピールしたい点】

本院で増加していた CVC 挿入に関するインシデント分析に基づいて CVC 挿入施行医認定制度導入という対策を立案・実行し、制度導入後 1 年間のインシデントを評価した結果、インシデント減少という成果が得られたこと。

カテゴリー	医療安全に関する教育・研修
-------	---------------

## 2年連続安全管理講習会未受講者なしの取り組み

長崎大学病院 安全管理部

### 【概要】

臨床研修指定病院および特定機能病院である当院において、特徴的な e-learning システムなどを用いて、2013 年度・2014 年度の 2 年続けて、安全管理講習会未受講者なしを達成した。

### 【背景】

医療法第六条の十の規定に基づいた、医療法施行規則第 1 条の 11 第 1 項第 3 号に規定される医療に係る安全管理のための職員研修の実施は、医政発第 0330010 号において年 2 回程度の開催と周知徹底等が通知されているが、全職員の講習への参加は困難である。

### 【具体的な内容】

当院の e-learning システムは、全職員が閲覧可能で、院内の電子カルテ端末を含めたあらゆる端末から閲覧・受講が可能であり、途中で停止し、再開することが可能であるが、停止後一定時間放置すると再開できないシステムであり、放置された時間の設定はジェネラルリスクマネージャー（GRM）が任意に設定できる。安全管理に限らず、院内感染対策および医薬品・医療機器の講習受講ができ、個人の受講歴が管理され、リスクマネージャーは部署に所属する職員の受講歴を閲覧でき、GRM は全職員の受講歴をリアルタイムで把握することが可能である。GRM による管理画面では、未受講者の一覧や年度内に受講を達成していない職員の一覧が回数ごとにソートできる。加えて、職員の採用・転職・離職等の情報は安全管理部に報告され、名簿管理を実施している。

安全管理講習会は、実際の講習会参加時には、職員カードによる電子認証を実施し、認識された情報は、e-learning システムへまとめて取り込み、講習会そのものに参加できなかった場合は、e-learning で受講するが、この場合はテストを受けなければ、受講とならない。これらのいずれの段階にあるかが、すべて把握可能な状況にある。閲覧後のテストの採点結果が表示され、RM には所属部署の職員の採点結果一覧が表示さ

れる。上記のシステムを用いて、未受講者を把握した後、部署の RM へ受講を促し、会議等で受講率などを報告し、最終的な未受講者には個別に通知することで、未受講者なしを達成した。

**【効果】**

安全管理講習会内容の周知ができる。特に、当院に特有のインシデントやアクシデントへの対応が可能であり、医療安全への意識の向上が期待できる。

**【苦勞した点】**

診療科長等病院幹部への受講に関しては、病院長などから会議等で催促するなど対策をとった。

**【アピールしたい点】**

未受講者なしが、単年度ではなく、2年連続実施できており、今後も継続を期している点である。

**【その他】**

年2回以上の受講を全職員達成するまでには、今後更なる取り組みが必要と考えられる。

カテゴリー	医療安全に関する教育・研修
-------	---------------

## CV カテーテル挿入に伴う合併症発生防止のための取組み

熊本大学医学部附属病院 医療安全管理部

### 【概要】

1. 各診療科に対して、CV カテーテル実施頻度、使用しているカテーテルの種類および主な穿刺部位等に関するアンケート調査の実施
2. CV カテーテル挿入・管理マニュアルおよび CV カテーテル挿入に関するガイドラインの作成
3. 医師及びメディカルスタッフを対象とした教育講演会の実施
4. インストラクターによる「エコーガイド下中心静脈穿刺実地講習会」の定期実施

### 【背景】

従前より CV カテーテル挿入による動脈誤穿刺などのインシデントの報告がみられており、平成 23 年度も 4 件の報告があった。同様な事案の防止を図るためには病院全体として体系的な対応が必要であるとの医療安全管理委員会の判断のもとに、病院長の命により WG を設置し、具体的な対応策について検討を行い、実施しているものである。

### 【具体的な内容】

1. 医療安全管理部より平成 24 年 4 月に各診療科に上記のアンケート調査を行い、CV カテーテル挿入実施頻度が高い診療科の代表者をメンバーとして WG（委員長：医療安全管理部長）を組織した。
2. WG において「CV カテーテル挿入・管理マニュアル」および「CV カテーテル挿入に関するガイドライン」を作成し、平成 24 年 9 月の医療安全管理委員会に答申後、院内に周知を行った。
3. 各診療科に対するアンケート調査結果、および「CV カテーテル挿入・管理マニュアル」、「CV カテーテル挿入に関するガイドライン」に基づいて、院内の医療従事者を対象に「中心静脈カテーテルの安全性を高めるために」と題した講演会を年 1 回開催することとし、平成 24 年 7 月と平成 25 年 4 月にそれぞれ実施した。
4. ①平成 25 年 1 月、各診療科から推薦された中心静脈穿刺の経験豊富な医師 9 名

を対象に「CV カテーテル挿入・管理マニュアル」、「中心静脈カテーテル挿入に関するガイドライン」に基づいた知識・技術を共有するための教育講習会を実施し、この9名を以後開催する「エコーガイド下中心静脈穿刺実地講習会」におけるインストラクターに任命した。

- ②平成25年2月より、CVカテーテル挿入実施を希望する医師を対象に、「エコーガイド下中心静脈穿刺実地講習会」を開始した。実地講習会では、インストラクターによる講義「CVカテーテルを安全に挿入するために」を15分間、「CVカテーテル超音波ガイドの説明と実演」を10分間行った後、3ブースに分かれ、エコーを使用しながら参加者の実技指導を30分間行った、最後に「受講者チェックリスト」で自己評価を行った後、インストラクターのサインをもらい実地講習会修了者とした。平成25年11月までに定期的に7回の実地講習会を実施し、総計77名が実地講習会修了者と認定された。

#### 【効果】

第1回～第7回までの受講者68名（インストラクター9名を除く）に対してアンケート調査を行った（回答者は51名で回収率75%）。アンケートの結果では、98%の受講者が「満足」「ほぼ満足」と回答し、100%の受講者が「理解できた」「ほぼ理解できた」と回答した。技術の習得は100%が「できた」「ほぼできた」と回答した。臨床現場で役立っているかについては、92%が「たいへん役立つ」「役立つ」と回答し、「超音波の特性、問題点を理解して実施出来るようになった」、「エコーガイド下の安全性を再認識した」、「穿刺点のズレや偏りがイメージできるようになった」などの意見があった。以上により、安全性を高めるための適切なカテーテルの選択や穿刺方法について最新の知識の共有を図り、安全なCVカテーテル挿入法の技術習得を行うという実地講習会の目的はほぼ達成できているものと考えられる。現在は、実地講習会修了者として認定するにとどまっているが、今後はCVカテーテル挿入に関連した合併症発生防止の実効性をより高めるために、CVカテーテル挿入に関する院内のライセンス制度の導入を検討しているところである。

#### 【苦勞した点】

実地講習会の回を重ねるごとに講習会への自主的な参加希望者の数が減少し、各診療科のリスクマネージャーを通して講習会への参加を促してもらった。ライセンス制度を導入することで、より多くの医師が講習会に参加するものと思われる。

#### 【アピールしたい点】

CVカテーテル挿入の安全性を高めるための病院全体としての体系的な対応策が確立できたものと考えている。実地講習会では、エコー専用キットを使用することで正確な中心静脈穿刺の実演ができ、参加者の満足度も高かった。

カテゴリー	組織横断的ケア
-------	---------

## RRS (Rapid Response System) 導入への取組み

医療の質・安全管理部 院内救命質向上ワーキング・グループ

名古屋大学医学部附属病院

### 【概要】

急変前の異常徴候を早期にキャッチし、集学的治療を可能とするための組織体制 (RRS; Rapid Response System) を構築した。

### 【背景】

2011 年度、当院において、入院患者のバイタルサインや検査データが異常を示しているにもかかわらず、チーム内で重症感が適切に共有されず治療対応が遅れた事例を複数経験した。外部委員を主とする事故調査委員会等での提言を受け、RRS の構築に着手することとなった。

### 【具体的な内容】

- ・医療安全委員会の下に、多部門・多職種からなる院内救命質向上ワーキング・グループを立ち上げた（リーダーとして集中治療部准教授を任命）。
- ・集中治療部の医師、看護師を中心に、Rapid Response Team (RRT) を組織した。
- ・全職員対象の医療安全研修会で RRS・RRT とその運用ルールについて周知した。
- ・ワーキングにて RRT 起動基準、運用マニュアル、主治医との連携ルール等を作成した。
- ・診療部長会議（教授会）にて、協力を要請した。
- ・全職員に名札サイズの「RRT 起動フローチャート」を配布し、名札ケース内に携帯させた。
- ・モデル病棟を選定、4 か月間試行し、検証を行った。
- ・全病棟で RRS を稼働した。
- ・月例ワーキングにて、コードブルー事例とともに、RRS 起動事例について検証、改善を行っている。

**【効果】**

- ・ 1年間で、7件のRRT起動が要請され、うち4件がICU入室、5件が回復した。
- ・ 起動基準が設定されたことにより、専門科への診療要請がしやすくなった。
- ・ 容体悪化の初期徴候について教育され、職員の意識が高まった。
- ・ 初期徴候に意識が向くことで、RRSに相談する前に、主治医と看護師が情報共有できるケースが増えた。
- ・ RRSに限らず、コードブルー事例やアナフィラキシーショック事例など、院内救命のあり方について継続的に検証し、改善できるシステムを獲得した。

**【苦勞した点】**

- ・ 医師がすでに出している急変時指示との調整
- ・ 医師の理解と協力

**【アピールしたい点】**

- ・ 医療安全委員会の下に、ワーキングを結成し、多部門・多職種でイニシアチブをとることにより、長年懸念となっていた院内救命の質向上への着手が可能となった点
- ・ 実際にストレスなく稼働しており、教育効果も期待できる点

**【その他・課題】**

- ・ 小児事例への対応が未着手である。
- ・ RRSが実際の救命率に与える影響を検討したい。

カテゴリー	組織横断的ケア
-------	---------

## B型肝炎ウイルス再活性化予防対策：多職種による取組み

京都大学医学部附属病院 1) 医療安全管理室、2) 消化器内科、  
3) 薬剤部、4) 感染制御部、5) 医療情報企画部

### 【概要】

B型肝炎ウイルス再活性化注意薬(添付文書上注意喚起のある薬剤)を処方する際に、B型肝炎治療ガイドラインに沿った検査と治療を行えるシステムを構築する。

### 【背景】

京大病院では、日本肝臓学会のガイドラインに従った検査実施率が低いことが電子カルテの処方歴・検査歴等から明らかになった。

### 【具体的な内容】

2012年に医療安全情報を作成し、京大病院における対応手順を明示したものの、2013年の調査にて実施状況は改善していなかった。そこで、医師による検査実施率を改善させるために、京大病院における戦略を立てた。PDCAサイクルを回すことになり、P(再活性化予防対策を理解する教育)、D(検査オーダーする)、C(検査の実施状況を確認)、A(検査の実施を促す)をそれぞれの部署が分担することになった。この戦略に先立ち院内講習会を実施し、121名の出席を得た。オーダーリングシステムも改修し、B型肝炎ウイルス再活性化予防対策指針を発行した。

### 【効果】

薬剤部が入院にて化学療法を施行した患者を対象に戦略開始前、開始後1か月、開始後2か月のそれぞれ7日間をサンプリングして調査したところ、検査項目充足率がそれぞれ、40%、60%、70%に改善した。また不備があれば医師に検査依頼を行った。診療科別の不備の割合を表にし、重点的に介入すべき診療科も明らかになった。

**【苦勞した点】**

再活性化注意薬をどの範囲まで含めるのか、添付文書上記載のあるすべての薬剤を対象にしてよいのか、メリハリをつけるのか議論になった（ステロイドであれば用量・投与期間を考慮するのか）。薬剤師がすべての処方と検査歴を確認することは現実的でないので電子カルテ情報を用いてどのようなシステム構築をするのか、検討した。

**【アピールしたい点】**

部署横断的に取り組みを示すことができ、講習会アンケートで「チーム医療を連想させる。多部門が連携された形での取り組みが印象的でした。」と職員の評判もよかった。

カテゴリー	組織横断的ケア
-------	---------

## 組織横断的な病院連絡会議の設置による タスクフォースの効果的な運用

宮崎大学医学部附属病院 医療安全管理部

### 【概要】

医療の質・医療安全の向上に向けては、トップダウンでもボトムアップでも、診療科や部門/施設の垣根を越えて、現場がスムーズに動くために、現場の実務者が、コンセンサスを得ながら、自ら改善・行動するための組織横断的な仕組み作りが重要である。

### 【背景】

大学病院の医療の質・安全を向上させるための積極的な取り組みとして、2012年4月院内最大規模の「病院連絡会議」が設置された。本会議は病院内全部署の実務者レベル（病院長、副病院長、病棟医長、外来医長、看護師長、各中央診療施設副部長、各事務課長等）で構成され、トップダウンではなく組織横断的に、診療現場の課題や意見を検討・集約してボトムアップできる場として、かつ、院内の情報を周知徹底（情報の共有化）する場として機能し始め、リスクマネージャー会議に引き続き1～2時間の枠で毎月開催され2年経過した。診療業務実施上の課題を改善すべするために、実務者をリーダーとして、医師・看護師・事務主導のタスクフォースを立ち上げ、具体的アクションにつなげている。2013年2月TQM（トータルクオリティマネジメント）会議が病院長諮問機関として設置され、1)診療の質・チーム医療の向上、2)患者満足度の向上、3)職員満足度の向上、4)病院職員の教育・研修機能の向上、5)各部門の目標管理（質改善・能力開発）、6)体系的な病院機能の評価に基づく改善活動、7)部門横断的な課題、その他の委員会等の所掌に属さない課題及びその他病院機能の向上に関して、病院連絡会議、病院運営審議会と連携しながら、組織横断的に、安全・安心で質の高い医療の実現に向けて、継続的業務改善を推進し、PDCA マネージメントサイクルを回している。

### 【具体的な内容】

病院運営審議会で決定された事項の周知徹底の場、病棟・外来業務における問題点解決の場、リスクマネージャー会議の医療安全の枠を越えた医療現場の質の改善のために、

タスクフォースを立ち上げて問題を解決する、フォローアップする仕組みを作る。

**【効果】**

タスクフォースは「手術安全チェックリスト導入」「術前の内服処方と服薬状況のチェック」「侵襲を伴う処置に関連した院内統一の説明書・同意書(中心静脈カテーテル挿入/留置)、挿管/人工呼吸管理、気管切開、胸腔ドレーン挿入」「病院病理システム」「外来待ち時間短縮」は検討が終了し、検討中は「超過勤務者のストレス緩和」「電子カルテ改善」「外来待ち時間の短縮」「術後の鎮静に対する PCA 装置の導入」「小児の検査時鎮静」「周術期における抗血栓薬の使用基準」「注射・内服の指示出し・指示受け」「電子指示簿の改善」「手術指示録および申し送り票の見直し」「手術後の術後指示出し」「中心静脈リザーバーポート管理」「中心静脈カテーテルのマネージメント」「入院予定患者情報入力システム」「気管カニューレの管理」「外来診療システム」と多種多様である。

**【苦勞した点】**

自由に意見を言える雰囲気作り、タスクフォースリーダーの選定、関連する各部署の連携や根回し、サポート体制の構築。

**【アピールしたい点】**

現場の意見を集約してボトムアップする場があり、自発的なタスクフォースの立ち上げによる問題解決、組織横断的 PDCA プロセスとコンセンサス形成の見える化、体験化。

**【その他】**

院内現場情報の共有の場。

カテゴリー	手術
-------	----

## 手術オカレンス報告の分析より見えてきたこと ～患者安全確認シートを改訂して～



東北大学病院 1) 手術部スタッフミーティングチーム、2) 手術部リスク係

### 【概要】

2012年にWHOの手術安全チェックリストに準じた「患者安全確認シート」の運用を開始し、いくつかの手術オカレンス報告数の減少が認められた。

### 【背景】

当院では、2004年から手術に関する不具合を紙面による手術オカレンス報告として義務化した。また、2009年1月から患者誤認・手術部位間違いの予防、体内遺残防止のため「タイムアウト」を開始した。2012年12月からWHOの手術安全チェックリストに準じて、タイムアウトを大幅に見直し、「患者安全確認シート」として運用を開始した。

### 【具体的な内容】

手術オカレンス報告項目数は漸次増やし2014年2月現在は42項目である。報告は、手術部副部長・看護師長・副看護師長・CEで構成する手術部スタッフミーティングチームで毎週改善策を検討し、手術部連絡会議を通じて診療科に周知している。今回2011年、12年、13年の3年間のオカレンス報告を比較検討した結果、「患者安全確認シート」の運用後に以下の変化が認められた。なお、3年間で手術100件当たりの手術オカレンス報告割合に大きな変化はなかった。

### 【効果】

- 1, 「手術の術式・体位・部位の手術部への連絡不備」の減少。

従来手術室への連絡不備のため。患者入室後に、診療科医師が術式や体位・使用物品を変更し、改めて準備を行うなど、時間・物品の損失が生じていた。2012

年に「病棟での確認」項目を導入し、主治医が記載した術式・体位・部位を執刀医師が事前に確認することとした。これにより、連絡不備は導入前に比して約40%減少した。

2, 「手術時間の延長（申し込み時間の1.5倍以上）」の減少。

2012年にシステムからの手術予約時間枠の単位を細かく設定できるように改善し、診療科へ正確な時間の入力を繰り返し呼びかけたところ、手術時間が延長となった手術件数が減少した。

3, 「皮膚障害」の減少。

皮膚障害が起こるたびに、その原因・対策を追求した。必要時にはWOCに相談し、医師の協力を仰ぎながら改善を試みたところ、減少傾向が認められた。

4, 「同意書の取り忘れ・持参忘れ」防止

2012年より手術室入室時に同意書確認チェックを導入したところ、同意書取得の不備が大きく減少した。

5, 「ME機器・ディスポ材料」関連オカレンスの減少。

ME機器・ディスポ材料に関するオカレンスでは、特に眼科材料に関する事象が多かったが、医療安全推進室と協力して眼科機器メーカーと話し合いをもち、繰り返し対策を講じるように訴えた。

**【苦勞した点】**

患者安全確認シートの導入時には、「めんどくさい」「時間をもったいない」という意見があり、定着までに2月半程度を要した。

**【アピールしたい点】**

「患者安全確認シート」を作成後も、定期的に検討し、チェック項目の見直し・改善を行っている。2013年から「絶飲食に関する事象」、「入退室に関する事象」、などの項目を追加した。「患者安全確認シート」の運用により、手術に関する不具合を減少させる効果が得られる可能性が示唆された。

カテゴリー	処置
-------	----

## 気管内挿管の確認方法の確立 — 二酸化炭素モニターの導入 —

秋田大学医学部附属病院

### 【概要】

食道挿管の事例をきっかけに気管内挿管後の二次確認の方法として、二酸化炭素モニターによる呼気二酸化炭素濃度の数値を確認することを院内の医療安全対策マニュアルに追加した。病院全体の取り組みとして周知され、平成 23 年 5 月導入後より確実に実施されており気管内挿管時の誤った判断による事例は発生していない。

### 【背景】

平成 22 年 11 月右室型単心室のため手術目的で入院した 1 歳 10 ヶ月の女兒。術後 ICU に入室し同日気管チューブを抜去した。4 日後 SpO<sub>2</sub> の低下があり心臓血管外科医師により再挿管となった。心臓血管外科医師、麻酔科医により聴診、レントゲンによる確認が行われ、気管支鏡により痰の吸引の際にも小児外科医師によりチューブは気管内にあると判断された。気管チューブの位置を変えても SpO<sub>2</sub> の改善はみられず、挿管から約 3 時間 30 分後に SpO<sub>2</sub> はさらに低下し、徐脈、血圧低下も生じた。その後食道挿管の可能性を指摘され、あらためてレントゲンを確認したところ食道挿管であることが判明した。直ちに抜管し再挿管したところ SpO<sub>2</sub>、心拍数、血圧の改善がみられた。マニュアルに沿って複数の医師により確認は実施されていたが、チューブは気管内に入っているという「思い込み」により誤挿管を見抜けなかった。

### 【具体的な内容】

- ・医療安全管理部、麻酔科、救急部による WG を立ち上げ検討した。今回の事例はマニュアル通りに複数の医師による確認作業はされていたが、「思い込み」によって誤挿管が見逃されていた。モニターにより数値で確認することで誤った判断を減らすことができると考え検討を開始した。
- ・小児を含む全症例に対して同じように実施できるものを考慮した。

- ・病院全体で遂行するため、医療安全対策マニュアル：気管内挿管の確認手順に『二酸化炭素モニターによる確認』を追加し、研修会で周知した。
- ・平成 23 年 5 月より導入開始となった。

#### 【効果】

- ・気管内挿管時の誤った判断による事例は発生していない。

#### 【苦勞した点】

- ・確認作業が増えるため強い反対意見を述べる医師もいた。医療安全管理部で診療科個々にも訪問し直接説明を行った。
- ・気管内挿管の確認手順として周知後の実施状況を確認するため、二酸化炭素モニターの管理を医療安全管理部で行った。

#### 【アピールしたい点】

- ・医療安全管理委員会において二酸化炭素モニター導入について承認され、提示した予算はスムーズに確保できた。
- ・二酸化炭素モニターの使用頻度等を考慮し配置部署を選択した。導入当初は 8 部署の配置であったが、再評価し現在は救急部、手術部・ICU、中央放射線部をはじめ 13 病棟のうち 7 病棟に配置され、病院全体では 10 部署となっている。

#### 【その他】

- ・二酸化炭素モニターを確実に使用できるように、交換用の電池と一緒に保管・管理することをルール化している。
- ・平成 24 年 6 月より二酸化炭素モニターは中央材料部での管理に移行した。

カテゴリー	処置
-------	----

## 軽度アレルギーを有する患者に対する造影 CT、MRI 検査における メチルプレドニゾン前投薬の有効性に関する検討

群馬大学医学部附属病院

### 【概要】

当院では 2008 年に造影剤使用指針を作成、使用の禁忌基準や注意点、対応を示してきた。2011 年には軽度の造影剤アレルギー患者に対する前投薬の対応を含めた使用基準を作成、その効果と問題点を検証した。前投薬後の副作用の発現は 3.6%であり、重度のアレルギーが 3 例含まれていた。

### 【背景】

当初の指針作成後も、軽度のアレルギー既往や気管支喘息患者への対応は主治医の判断に任せられていた。そこで、2011 年、軽度の造影剤アレルギー既往と喘息患者に対するメチルプレドニゾン前投薬の指針を作成したが、前投薬後にもアレルギーは生じているため、その効果の検証が必要と考えた。

### 【具体的な内容】

前投薬の方法は Manual on contrast media Version7、(2010) を参考に検討、メチルプレドニゾン 32mg を造影剤使用の 12 時間、2 時間前の 2 回内服に加え、必要に応じ、ジフェンヒドラミン 50mg を 1 時間前に追加内服とした。2011 年 7 月から 2013 年 8 月に前投薬後に検査を行った患者 271 人(475 回)において、副作用発現は 17 件(3.6%)であり、重度のアレルギーが 3 例含まれていた。あわせて院内の副作用発生率も検討したところ 0.38%であった。

### 【効果】

院内の関心が高まり、副作用全例報告の徹底により現場の意識向上と発生時の速やかな対応に繋がっている。前投薬後の造影件数が 475 件におよぶことは、現場の必要性、より安全な検査を求める声に応えるものであったと考える。全体の副作用発生率が低い

のは、事前チェックの徹底も関与していると思われた。

**【苦勞した点】**

軽度の副作用や喘息の既往を有する患者に対して、造影剤を安全に使用するためのエビデンスは少ない。データの収集と解析に時間を要した。

**【アピールしたい点】**

ハイリスクな患者に対して、安易に前投薬が行われることがないよう、ステロイド投与の問題も含めた注意喚起、慎重な判断を求める必要があることを再認識した。また、喘息患者では前投薬後に副作用は発生しておらず、対象となる症例についても検討が必要と思われた。2014年には、急性副作用のほか、造影剤腎症やガドリニウム副作用についての対応を明確にする改訂版造影剤使用指針を作成している。関連部署と協力して情報を発信し、より安全な造影剤使用を目指して活動を継続したい。

カテゴリー	処置
-------	----

## 血管造影・IVR、内視鏡、採卵術における 安全チェックリストの導入

東京医科歯科大学医学部附属病院 安全管理対策室

### 【概要】

手術安全チェックリストと同様に、中央診療部門でも安全チェックリストを作成し、平成 25 年 4 月より導入した。現状ではほぼ全例に施行されており、中央診療部門においても、複数医療者間でのリスク情報の共有を確立した。

### 【背景】

中央診療部門での血管造影・IVR、内視鏡検査・治療、採卵術においても、静脈麻酔下で侵襲度の高いカテーテル治療や穿刺手技が実施されており、高齢者・合併症症例の増加とともに、重大事故発生のリスクも増えている。また、それぞれの処置は各診療科医師主導のマニュアルのもとで検査・治療が進められ、多種の医療者が入れ替り実施している状況にあるため、医療者間での確認事項が標準化されておらず、チームとしての共通認識や緊急時対応に関する情報共有が十分ではないと推察された。手術室における経験に基づき、中央診療部門における検査・処置についても安全チェックリストを導入し、より安全な治療環境の確立を目指すことを目的とした。

### 【具体的な内容】

平成 24 年 7 月、関係部署・診療科のリスクマネージャーでワーキングを結成し、上記処置それぞれの「安全チェックリスト」を作成した。作成にあたっては、処置に関わる複数の医療者間で、患者確認、治療内容と治療前後の注意事項、リスクの確認、急変時の対応準備について、相互に確認しあうために、チェックリストを考案し試用した(別紙参照)。平成 24 年 9 月～平成 25 年 1 月までの計 940 件の処置に対し試用し、リストの修正および運用方法の検討を重ねて改編した。また医療情報部と連携し、電子カルテ内に本チェックリストが出力できるようにシステム化を図り、平成 25 年 4 月より本使用を開始した。

### 【効果】【苦勞した点】

チェックリスト導入より半年後、実施状況および現場スタッフにアンケート調査を行った。①血管造影・IVR：63件、②内視鏡：370件、③採卵術：6件を対象に解析した結果、適正にチェックが実施されていた割合は①：82.4%（試行時：75%）、②：100%（同：91%）、③：100%（同：100%）、と試行時よりも実施率は上昇していた。導入当初は「当たり前すぎて時間の無駄」「必要性を感じない」との意見もあったが、少なからず現場スタッフにリスクを感じた経験があったこと、現場の意見を反映し9ヶ月かけて試用と修正を重ねたことなどから、チェックリストの定着化が進んだ。アンケートでは、チェックリストの改善に向けた自発的提案も多くみられている。しかしながら、一方でチェックリストの目的、方法の周知不足を伺わせる意見も認められ、スタッフの交代が多く不特定多数の医療者が使用することを考慮し、目的と具体的な確認方法を明文化したチェックリストを処置室内に掲示することとした。チェックリスト導入による事故削減効果はまだ明らかではないが、チームとしてリスクなどの情報共有の促進には繋がっていると推察される。今後は、事故回避事例を収集し、チェックリストの有効性を評価することと、チェックリストが形骸化しないように定期的に調査し、内容を洗練していくことを予定している。

### 【アピールしたい点】

全国の他大学に先駆けて中央診療部門での安全チェックリストの導入、定着を行ったこと。

# 内視鏡の安全チェックリスト Ver.1

氏名 \_\_\_\_\_  
 ID \_\_\_\_\_  
 生年月日 \_\_\_\_\_  
 性別 \_\_\_\_\_  
 日付 \_\_\_\_\_

## 入室時確認からタイムアウトまで

- 1、検査入室時には患者本人に名乗ってもらおう。  
 ・ 外来患者は受付にて専用のカードホルダーにIDカードを入れ、携帯してもらいIDカードにて本人確認を行なう。  
 ・ 入院患者はネームバンドによる本人確認を行なう。
- 2、問診票内容を確認しながらモニターを装着する。
- 3、外来カルテもしくは入院カルテを同意書と合わせて確認を行なう。

※ 確認が済んだら 、該当しない場合は  と記入してください。

タイムアウト(検査開始前)	
* 医師は「タイムアウトを開始します」と言う 医師と看護師は患者の側に集合し、以下の項目を確認し合う	
<医師 ⇒ 看護師>	
① 医師はIDカードもしくはネームバンドと照らし合わせながら患者氏名、検査・処置名(部位を含む)を宣言し、看護師は患者氏名がファイリングシステム上のログイン画面と合っていれば「確認しました」と発声する。 以上ができましたか？	<input type="checkbox"/> はい
② モニターは作動していますか？	<input type="checkbox"/> はい
③ 同意書はありますか？	<input type="checkbox"/> はい
④ 問診票の注意点はありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ⇒ <input checked="" type="checkbox"/> ある の場合
問診票の注意点を確認しましたか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
* 看護師は「タイムアウトを終了しました」と言う	
【確認時刻】 _____ :	_____ 【サイン】

サインアウト (退室前)	
* 看護師は「サインアウトを開始します」と言う 医師と看護師は患者の側に集合し、以下の項目を確認し合う	
<看護師 ⇒ 医師>	
① <input type="checkbox"/> 標本の数 _____ 個です。	
② <input type="checkbox"/> 安静時間	
③ <input type="checkbox"/> 飲食の開始時間	
④ <input type="checkbox"/> 抗凝固剤の再開開始	
* 看護師は「サインアウトを終了しました」と言う	
【確認時刻】 _____ :	_____ 【サイン】

# 血管造影・IVRの安全チェックリスト Ver.1

年 月 日 ID 氏名 診療科 検査Room

※ 確認が済んだら 、該当しない場合は  と記入してください。  
 ※ 麻酔科が関与しない施術の際はフェーズの項目を「 サインイン(麻酔導入前)」と記入してください。

<p><input type="checkbox"/> 放射線部入室時</p>	<p>&lt;病棟看護師 ⇒ 放射線科看護師、放射線科医師 又は診療科医師&gt;</p> <p>① 患者確認 (患者に名乗ってもらい、ネームバンド、同意書類の確認を行う)</p> <p><input type="checkbox"/> check</p> <p>② 最終バイタルと薬品薬剤・体位制限・透折シャントなどの患者特有の問題点の有無の確認</p> <p><input type="checkbox"/> check</p>	<p><input type="checkbox"/> サインイン(麻酔導入前)</p>	<p>* 麻酔科医師は「サインインを開始します」と言う</p> <p>放射線科医師又は診療科医師、放射線科看護師、放射線技師が患者のもとに集台</p> <p>&lt;麻酔科医師 ⇒ 放射線科医師又は診療科医師、放射線科看護師、放射線技師&gt;</p> <p>① 患者確認 (患者に名乗ってもらい、ネームバンド、同意書類、GAP画面の確認)</p> <p><input type="checkbox"/> check</p> <p>② 麻酔器の安全点検と麻酔薬剤の確認を行う (ABCDEの確認が済んでいる事！)</p> <p><input type="checkbox"/> check</p> <p>③ アレルギーや薬品薬剤、体位制限・透折シャントの有無の確認 (可能であれば患者に確認する)</p> <p><input type="checkbox"/> check</p> <p>④ 救急カートやアンビュバッグの準備の確認 (挿管困難時の準備、気道確保にすぐ対応できるかどうかの確認をする！)</p> <p><input type="checkbox"/> check</p> <p>* 放射線科看護師は「サインインを完了しました」と言う</p> <p>【確認時刻】 : 【サイン】</p>	<p><input type="checkbox"/> タイムアウト(穿刺前、検査開始前)</p>	<p>* 放射線科医師、診療科医師は「タイムアウトを開始します」と言う</p> <p>放射線科医師又は診療科医師、放射線科看護師、放射線技師が患者のもとに集台</p> <p>&lt;放射線科医師又は診療科医師 ⇒ 放射線科看護師、病棟看護師、放射線技師&gt;</p> <p>① アレルギーや薬品薬剤、体位制限・透折シャントの有無の確認 (可能であれば患者に確認する)</p> <p><input type="checkbox"/> check</p> <p>② 救急カートやアンビュバッグの準備の確認 (挿管困難時の準備、気道確保にすぐ対応できるかどうかの確認をする！)</p> <p><input type="checkbox"/> check</p> <p>※ タイムアウト①～② は麻酔科管理の職は不要です</p> <p>③ 患者氏名・年齢・性別・検査名又は処置名、穿刺部位を言う。</p> <p><input type="checkbox"/> check</p> <p>* 放射線科看護師は「タイムアウトを完了しました」と言う</p> <p>【確認時刻】 : 【サイン】</p>	<p><input type="checkbox"/> サインアウト (検査終了～退室前)</p>	<p>* 放射線科看護師は「サインアウトを開始します」と言う</p> <p>放射線科医師又は診療科医師、放射線科看護師、病棟看護師、放射線技師が患者のもとに集台</p> <p>&lt;放射線科医師又は診療科医師 ⇒ 放射線科看護師、病棟看護師、放射線技師&gt;</p> <p>① 検査治療内容を言う</p> <p><input type="checkbox"/> check</p> <p>② 穿刺部位および圧迫・安静時間を言う</p> <p><input type="checkbox"/> check</p> <p>③ 造影剤使用量を伝える</p> <p><input type="checkbox"/> check</p> <p>&lt;放射線技師 ⇒ 放射線科看護師、病棟看護師&gt;</p> <p>④ 透視時間あるいは線量を言う</p> <p><input type="checkbox"/> check</p> <p>* 放射線科看護師は「サインアウトを完了しました」と言う</p> <p>【確認時刻】 : 【サイン】</p>
---	--	--	---	---	---	---	---

# 採卵術の安全チェックリスト Ver.1

年 月 日 ID 氏名 \_\_\_\_\_

※確認が済んだら 、該当しない場合は  と記入してください。

サインイン (入室～手術台に臥床したら)	タイムアウト (執刀前)	サインアウト (退室前)
<p>* 看護師は「サインインを開始します」と言う</p> <p>&lt;看護師 ⇒ 診療科医師、検査技師&gt;</p> <p>① 患者の確認 (氏名、ネームバンド、同意書類)をしましたか  <input type="checkbox"/> はい</p> <p>② 手術台とその他の器械の安全チェックは済みましたか  <input type="checkbox"/> はい</p> <p>③ 使用薬剤のチェックは済みましたか  <input type="checkbox"/> はい</p> <p>④ アレルギーマッチはありますか ※患者に確認する事！  <input type="checkbox"/> ない  <input type="checkbox"/> ある</p> <p>⑤ 救急カートの準備は済んでいますか  <input type="checkbox"/> はい</p> <p>⑥ 輸血の準備はありますか  <input type="checkbox"/> はい  <input type="checkbox"/> 必要ない症例です</p> <p>* 看護師は「サインインを完了しました」と言う</p> <p>【確認時刻】 _____ : _____ 【サイン】</p>	<p>* 執刀医師は「タイムアウトを開始します」と言う</p> <p>&lt;執刀医師 ⇒ 採卵術参加者全員&gt;</p> <p>① 執刀医師が「タイムアウト」と発したら採卵術の参加者全員が名乗りましたか  <input type="checkbox"/> はい</p> <p>② 執刀医師は患者氏名・年齢・性別・処置名を言う。他の参加者全員はその内容を資料に基づいて確認した後「確認しました」と発声する。                      以上の事が行われましたか  <input type="checkbox"/> はい</p> <p>③ 予想される危険性について確認しましたか  <input type="checkbox"/> はい</p> <p>④ 診療科医師                      ・ 合併症や予想される突発的事態                      ・ 予定所要時間</p> <p>⑤ 検査技師(胚培養士)                      ・ 準備器械等の確認                      ・ 検体採取の準備</p> <p>* 執刀医師は「タイムアウトを完了しました」と言う</p> <p>【確認時刻】 _____ : _____ 【サイン】</p>	<p>* 看護師は「サインアウトを開始します」と言う</p> <p>&lt;看護師 ⇒ 診療科医師&gt;</p> <p>① 以下の項目に対してチームで確認しましたか  <input type="checkbox"/> 施術名  <input type="checkbox"/> ネームバンドの装着</p> <p>② 患者の施術終了後からの問題点について診療科医師、看護師で確認しましたか  <input type="checkbox"/> はい</p> <p>* 看護師は「サインアウトを完了しました」と言う</p> <p>【確認時刻】 _____ : _____ 【サイン】</p>



カテゴリー	処置
-------	----

## 外来皮膚生検のシステム改善：同意書改訂および手順書の運用

高知大学医学部附属病院 1) 医療安全管理部、2) 皮膚科

### 【概要】

皮膚科外来で実施した皮膚生検（以下生検と略）の後に発症した感染症を発端として、医師による患者及び家族への検査の必要性や合併症についての説明不足、ならびに同意書の取得がされないまま生検を実施した事例が明らかになった。これに関し医療問題調査委員会を開催して原因・要因の分析と改善策について検討を行い、検討結果を意見書として取り纏め皮膚科に呈示した。その後、皮膚科と医療安全管理部とで改善策のブラッシュアップを重ね、最終的に同意書の改訂と共に手順書及びチェックリストの整備によるシステムの見直しを行い、適正に生検が実施されるようになった。

### 【背景】

皮膚科外来では、従来診察医が生検の必要性等を患者及び家族に説明して同意書を取得のうえ、処置医が生検を実施していた。しかし、本事例においては、診察医が多忙のため説明が不十分となったことに加え、同意書の取得を失念し、処置医も同意書の確認を怠った。これらから同意書の様式不備や、医師間で役割や手順が統一されていないことも判明した。

### 【具体的な内容】

- ①皮膚科外来での生検について、診察から処置、会計までの一連の流れを手順書にまとめた。
- ②手順書に沿ったチェックリストを新たに作成し、診察医、処置医、看護師間の情報共有と確認作業が漏れなく行われることによる適正な運用を目指した。
- ③説明書、同意書、処置後の日常生活における注意書などを改訂した。
- ④皮膚科の取り組みについて、リスクマネジメント担当者会議において報告することにより、他の診療科・部署への啓発を行った。

### 【効果】

生検の手順が可視化されたことにより、統一した手順で実施されるようになった。チェックリストにより、医師・看護師間での情報共有や実施状況、実施漏れの確認ができるようになった。本事例の対策に取り組んだことで、皮膚科での良い副反応として他の業務の改善にも繋がった。リスクマネジメント担当者会議での報告をきっかけに、同意書の改訂を行った診療科も現れた。

### 【苦労した点】

医師毎の考え方の相違を調整して手順を統一すること。病状や生検の具体的方法や合併症等について、患者が理解しやすい表現を用いた説明文書を作成すること。患者が意思を容易に表明することができる同意書の様式に改訂すること。

### 【アピールしたい点】

- ①チェックリストを作成したことで、医師や看護師間での情報共有が容易となり、生検に関する必要な実施項目が抜かりなく行えるようになった。
- ②患者を主体とする同意書等の様式に改訂できた。
- ③診療体制を見直して改善案（診療時間の変更や、診察医の外来患者担当者数の割り振り変更等）を示したことが評価され、病院から診療補助者の配置の支援も受けることができ、診療体制の改善ができた。

カテゴリー	医薬品
-------	-----

## 内服薬の飲み間違いを予防する薬袋表示の改善

医療安全管理部長

山形大学医学部附属病院 医療安全管理部

### 【概要】＜薬袋表示の改善事例＞

当院では内服薬の管理について、看護師が与薬カートにより配薬する方式と患者が自ら管理し内服する方式を併用している。ところが、自己管理している患者の内服薬の飲み間違い事例が時に発生していた。この対策として、2つの病棟で、使用する色は異なるものの、病棟看護師と担当薬剤師が手作業で薬袋にカラー表示（一部署はシールを作成して貼り、一部署は薬袋に印刷）を行っていた。この取り組みを附属病院職員を対象とする PDCA サイクル発表会で発表したところ、他病棟でも導入したいとの声が数多く寄せられた。これを受けて、医療安全管理部では、病院全体として取り組むべき必要があることを薬剤部へ提言し、予約カートの色と同一色に統一した形で、新たな薬袋を全病棟に導入した。

### 【背景】

患者が自己管理している内服薬の飲み間違い事例（朝の分を夜に内服したなど）が多く、各病棟が独自に薬袋に印をつけるなどして対応していた。

### 【具体的な内容】

薬袋表示に朝・昼・夕・寝る前をカラーで大きく表示することが出来た。



朝・昼・夕・寝る前を配薬  
カートのボックスと同じ色。  
左図のように明示できた。

### 【効果】

- ①いつ内服するのかが分かり易くなった。
- ②患者からも内服が分かり易くなったとの意見が聞かれた。
- ③結果として患者の内服間違い事例が減少した。

**【苦勞した点】**

薬袋表示の変更は、薬袋出力システムの変更や薬剤部の業務増加につながり、部内でも薬袋表示の切り替えについて賛否両論があり、意見集約に苦勞した。

**【アピールしたい点】**

インシデントに対する1つの病棟の取り組みが、PDCA サイクルにより有効性の確認と改善がなされ、それが病院全体に普及するという、病院の医療安全対策として理想的な経過を辿ったこと。

**【その他】**

なし。

カテゴリー	医薬品
-------	-----

## 緊急入院患者における持参薬管理方法の改善

金沢大学附属病院 看護部（消化器内科病棟スタッフ） 医療安全管理部

### 【概要】

消化器内科病棟で断続的に発生している内服薬関連のインシデントについて、医療安全管理部と当該病棟と原因を検討し、対策を実施した。以降、関連のインシデントの発生はなくなった。

### 【背景】

医療安全管理部では、インシデントの原因は「情報伝達の方法」や「内服薬の取り扱い手順」に問題があると推測した。そこで、ヒューマンエラーを起こす箇所を減らすことを目的に現状把握を行うこととなった。

### 【具体的な内容】

消化器内科病棟と合同でインシデント分析会議を開催した。

事例の原因と内服薬の取り扱い手順を検討した所、インシデントの多くは、緊急入院患者の持参薬管理に関連していることが判明した。消化器内科における緊急入院の状況を確認すると、外来を受診した際に病状の悪化を認め入院が必要な状態と診断された患者が、当日緊急入院するケースが多いことがわかった。

原疾患の悪化であり外来の処方薬が継続されるケースが多いが、緊急入院であるため持参薬は持ってきていない。そのため、家族が夜間になり持参薬を持って来るのを待ち、看護師がセット・配薬するのが常態化していた。持参薬入手時間が遅く、当然、薬剤師の介入も不可能であった。これらのことがインシデントを引き起こしていた。

以下の対策を取り決め、関係者に周知した。

1. 持参薬がない場合、主治医は1～2日分（薬剤師が確認できるまでの日数）を処方する。
2. 夜間に持参薬が届いた場合、看護師は1～2日分のみセット・配薬する。
3. 持参薬は必ず病棟薬剤師が確認する。
4. これらの項目を入院時チェックリストに取り込み確認を行う。

**【効果】**

改善後は同様のインシデントは発生していない。

**【苦勞した点】**

内服薬の管理は日常業務として行っており、問題が潜んでいることに気付いていないスタッフから細かな手順を聞き出し、そこから問題点を抽出することに苦勞した。

**【アピールしたい点】**

診療科の特徴にあった対策をとることができ、劇的な効果がえられた。

**【その他】**

対策を継続して行うためチェックリストに取り込んだことは、医療の質の継続に有効であった。

カテゴリー	医薬品
-------	-----

## 職員用エレベータホールを活用した 病棟スタッフへの医薬品情報提供の取組み

薬剤部、医療安全・感染管理部

三重大学医学部附属病院

### 【概要】

平成 25 年度より、薬剤部医薬品情報室からの医薬品情報（DI : Drug Information）の提供方法を抜本的に見直したことで、病棟における医師、看護師への DI の認知率が改善した。

### 【背景】

医薬品による副作用情報は日々変化する。これまでも DI 紙を用いた情報提供を行っていたが、医師が医薬品の副作用情報を把握していないことによるインシデントが発生した。その要因の一つとして副作用情報を提供している DI 紙の存在を知らない医師が多数存在すること、情報提供に関して病棟薬剤師の関わりが十分でないことが考えられた。そこで、薬剤部と協同し DI 提供方法を見直すこととなった。

### 【具体的な内容】

- (1) 薬剤部発行の DI 紙について、全体のレイアウトを見やすく変更し、どのような情報をどのような目的で発信するかを整理し大きく 3 種類に分類した。
  - ①くすりの適正使用情報（医薬品医療機器総合機構からのブルーレター、適正使用情報、各製薬会社から重要な案内など）、②薬剤部からのお知らせ（院内での採用薬品情報や薬剤切り替えなどの案内）、③DI-Weekly（採用医薬品に関する添付文書改訂情報）
- (2) 各フロアの職員用エレベータホールに薬剤部専用の掲示板を設置し、待ち時間を利用して DI の把握ができるよう 3 種類の DI 紙の掲示を行った。また、本年度より配置したフロア専任薬剤師がその診療科毎に使用頻度の高い医薬品について、より詳細な情報を追加記載することで、病棟スタッフとの連携強化に繋がる有効な DI 提供が可能となった。

**【効果】**

DI 提供についてアンケート調査を実施したところ、回答者の DI 紙の閲覧率は医師、看護師共に 95%以上であったため、病棟スタッフへの医薬品情報周知の一助となっていると考えられた。

**【苦勞した点】**

膨大な医薬品情報をいかに分類し、必要な情報を必要な病棟スタッフに提供するか。

**【アピールしたい点】**

薬剤部専用の掲示板が設置されたことでフロア専任薬剤師が情報提供しやすい環境作りが出来た。

**【その他】**

今後も継続的な評価が必要である。

カテゴリー	医薬品
-------	-----

## 調剤過誤に関する意識の向上と調剤過誤発生率の減少

滋賀医科大学医学部附属病院 1) 薬剤部、2) 医療安全管理部

### 【概要】

個人毎に調剤ミスの件数や内容を集計し、個人・組織としての調剤過誤に関する意識を高め、調剤過誤の発生件数の減少をめざす取り組みを行った。

### 【背景】

当院薬剤部では、毎月「調剤過誤防止委員会」を開催し、1ヶ月間の調剤過誤（患者に投与・与薬された事例）のデータ収集、分析、日常業務へのフィードバックを通して、現場目線に基づいたPDCAサイクルを実践している。一方、薬剤部内での調剤過誤は調剤件数に比較し非常に少ない上に、鑑査で調剤ミスが修正された場合には、調剤過誤として報告されることはないため、個人の調剤ミスの傾向を正確に把握することは困難であった。そこで、全薬剤師による調剤ミスの実態把握を通して、調剤過誤の減少と安全意識の醸成を試みた。

### 【具体的な内容】

調剤に携わる全ての薬剤師を対象とし、調剤過誤および調剤ミス（調剤中に発覚し未然に防ぐことが出来た過誤）の件数と内容について、調査・集計を行った。期間は平成22年度内で1回あたり1ヶ月間、計3回実施した。期間毎にデータを分析し、個人にフィードバックした。

### 【効果】

図1～3及び表に、個人毎及び全体のミス件数の結果を示した。3回の調査を通して、同じ薬剤師を共通のアルファベットで表示した。調査回数が増えるに従い、全体のミス発生件数と発生率は共に減少した。特に、初回の調査時は新規採用した薬剤師（4名）による調剤ミスが多く認められたが、業務経験を積むとともに減少していった。減少効果は業務経験が短いほど顕著であり、調剤ミスの自己分析（傾向と対策）、指導者からの定期的かつ適切な指導によるものと推察された。業務経験が長いものでも減少効果が

認められており、部全体での意識向上によるものと推察された。

**【苦勞した点】**

1 ヶ月間の調査を年に 3 回実施したため、各個人への負担が大きかったと思われる。現在も継続して調査を実施しているが、平成 24 年度以降は年 2 回に回数を減らしている。

**【アピールしたい点】**

現在の医療安全対策は、システムや運用の変更に主眼がおかれているが、調剤過誤のような専門性が高く、膨大な仕事量に混じる少ないミス減らすためには、個人の行動変容に依存することも必要と考えられる。しかし、匿名性の高いインシデント報告だけで、そこまでの対策は実施が困難である。今回の取り組みのように、個人の日常的なミスを書き留め、それを全体として集計・分析し、定期的に個人へフィードバックする手法は、高い専門性と高いモチベーションを持つ職種においては、一定の効果が期待できると考えられる。

**【その他】**

特になし。

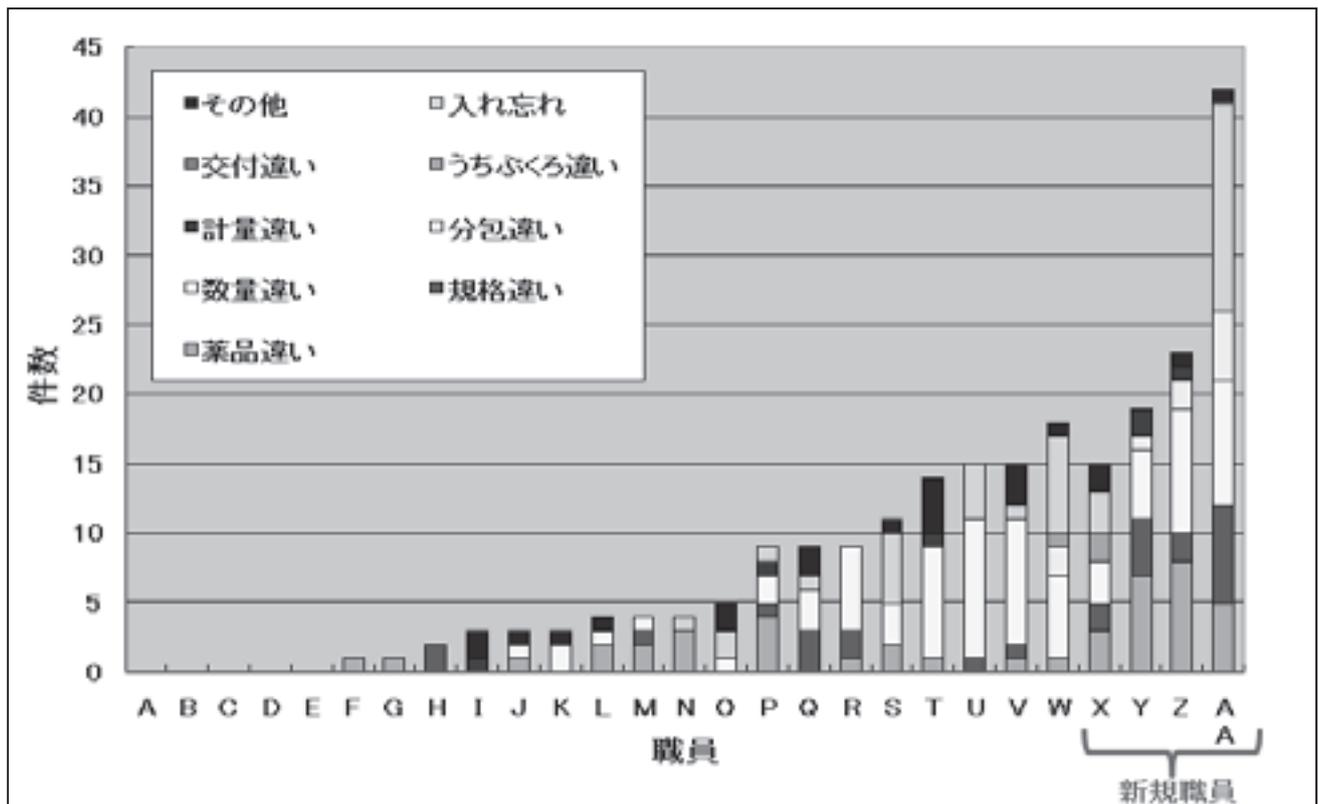


図1 第1回調剤ミス集計結果(平成22年5月)

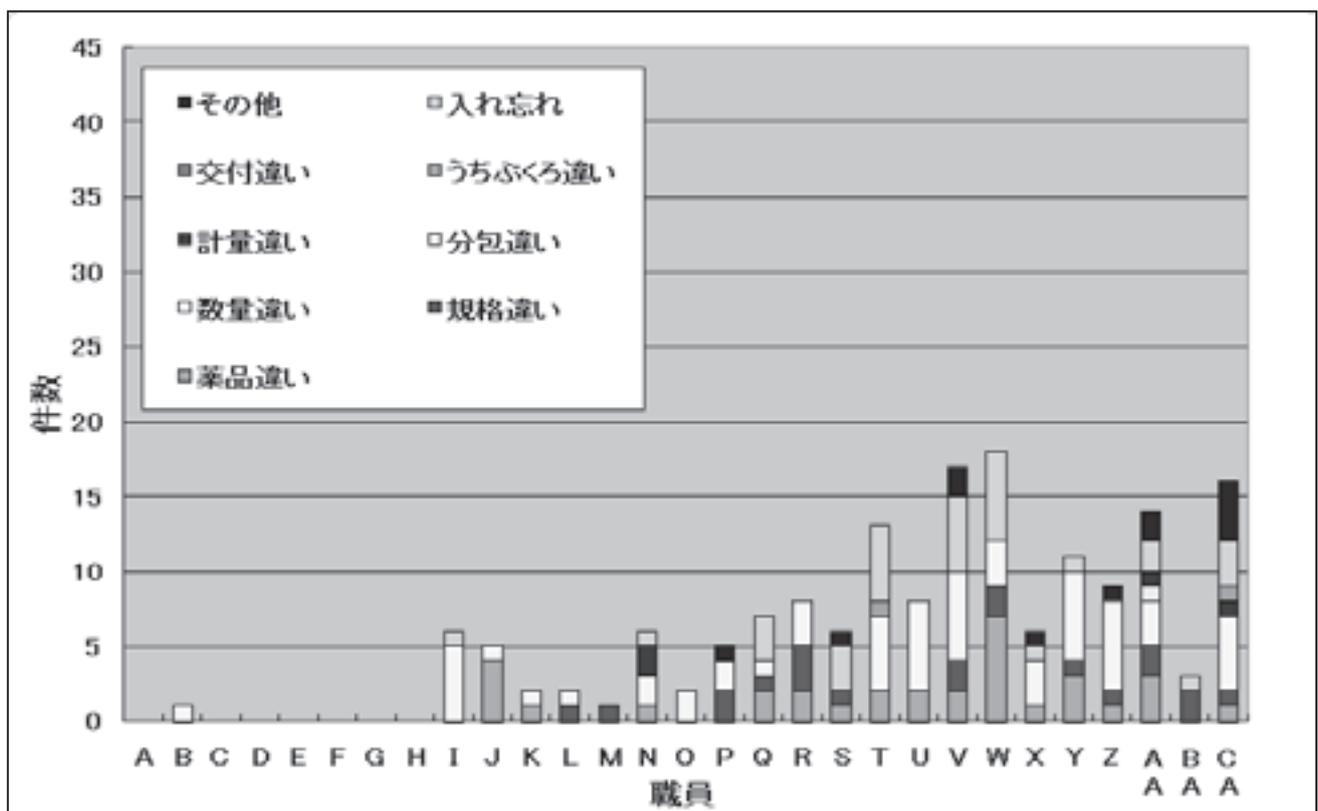


図2 第2回調剤ミス集計結果(平成22年9月)

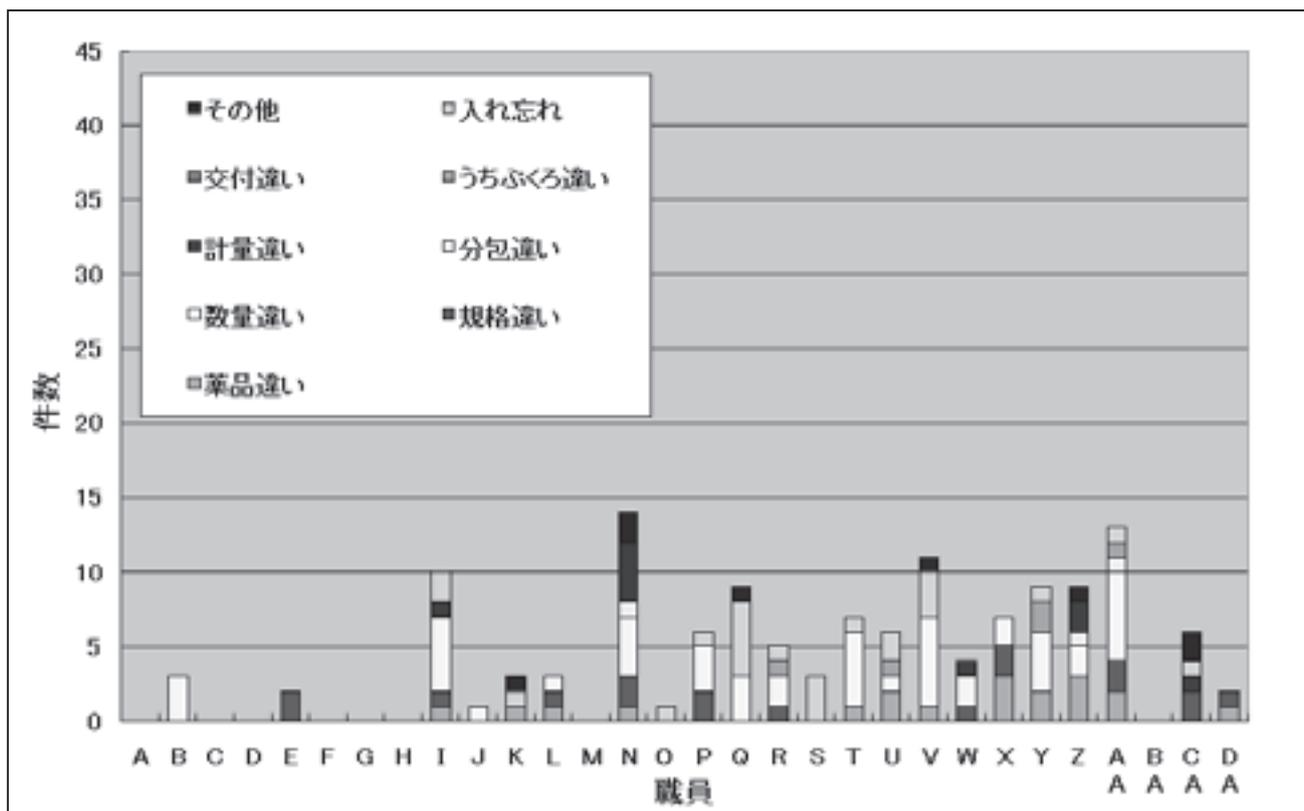


図3 第3回調剤ミス集計結果(平成23年1月)

	1回目		2回目		3回目	
	件数	全処方せん枚数に対するミス発生率(%)	件数	全処方せん枚数に対するミス発生率(%)	件数	全処方せん枚数に対するミス発生率(%)
調剤時のミス	229	0.435	166	0.313 ↓	134	0.261 ↓
1次鑑査時のミス	21	0.04	12	0.023 ↓	13	0.025
最終鑑査時のミス(過誤)	7	0.013	5	0.009	8	0.016

表 調剤ミス発生率の変化

カテゴリー	医事紛争対応や患者相談
-------	-------------

## Event-oriented な事例収集と紛争解決への道筋 — 医療安全担当者と医事訴訟担当者の早期連携 —



筑波大学附属病院 1) 臨床医療管理部、2) 医事課、  
3) 安全管理・医療の質担当副病院長、4) 病院長

### 【概要】

Event-oriented に事例を収集し、医療安全担当者と医事訴訟担当者が早期から連携して解決に向かえば、患者側の信頼感を損なわずに示談は進み、賠償金額も適切にまとまりやすい。

### 【背景】

多くの病院で、ヒヤリハット（インシデント）報告対象は、各自の裁量に委ねるか、“Complaint-oriented（苦情があったら報告する）”にしていることが多い。“Event-oriented（特定の有害事象があったら報告する）”に定めると、患者が苦情を言っていないのに騒ぎを誘発し「寝た子を起こす」結果になることを恐れているのかもしれない。

本院では、2001年から、オカレンスとして報告すべき対象を、“Event-oriented”と定めている。この方針がどのような結果をもたらしたか、2004年の独法化後10年間の歩みを病院組織のリスクマネジメントと損害賠償額の観点から検証した。

### 【具体的な内容】

報告義務のあるEvent（有害事象）を、外来医療について16項目、入院医療について35項目定め、報告を全職員に義務づけたところ、10年間に約4793件の報告があった。そのうち、医療安全担当者が、患者に3b以上の症度と判定した事例（計845件）については、全例をリスクマネジメント委員会に症例提示し（平均7件/月）、ピアレビュー委員会等（計36回開催）の審議等を経て過失の有無を判定した。

「3b以上の医療過誤」と判定された事例10件について、医療安全管理者と医事訴訟担当者は、素因減額に留意しながら、顧問弁護士と相談し適切な賠償額を定め、患者ま

たは遺族との示談締結に向けて努力した。結果として10年間に、12件の示談を締結し、計5179万円の損害賠償金（または解決金）を支払った。

#### 【効果】

本院は、10年間に12件の示談を締結した。10年間に支払った損害賠償金5179万円は、同じ期間に保険料として支払った2億7400万円に対し損害率19%であった。国立大学附属病院全体の損害率はこれまで96±18% (mean±SD) に推移していることから、これは低額である。

#### 【苦勞した点】

報告義務のあるイベントは、市民の視点から適切に定めることが大切である。当初は異論もあり、職員に丁寧の説明する必要があった。根付いてしまった後、違和感は少ない。

医事訴訟担当者は、医療の暗部に触れるストレスの多い職種である。専任の職員を配置し、励ましながら適切な知識と技能と態度を育成する必要がある。

#### 【アピールしたい点】

人の手を介するために事故が避け難いものである以上、病院はEvent（有害事象）を早期に発見して、早期に対応するシステムを整備する責務がある。患者は医療を信頼して受診しており、一つの失敗によって全ての信頼まで失う必要はない。医事訴訟担当者は、医療安全担当者とよく連携して、早期解決をめざすべきである。Complaint（苦情）を待っているようでは遅い。医療側が、院内に発生したEventに前向きに取り組み適切に解決する態度が変われば、ムダなComplaint（苦情）や訴訟は減少し、経営にも利点がある可能性をこの報告は示唆している。

#### 【その他】

最近、電力会社や自動車損保会社のように公共性が高い事業において、リスクマネージメントに要した費用を受益者が負担する考え方が目立つようになってきた。国立大学附属病院が支払う保険料が、他の一般病院に比べやや高額な点に将来の憂いがある。

カテゴリー	医事紛争対応や患者相談
-------	-------------

## 多機能型患者相談部門の構築

■■■■■、患者相談・臨床倫理センタースタッフ

東京大学医学部附属病院 患者相談・臨床倫理センター

### 【概要】

東京大学医学部附属病院患者相談・臨床倫理センターで扱う年間のべ 2000～3000 件の相談・苦情内容をデータベース化し解析を行った。結果、「意思決定支援」「構造再構築」「暴言・暴力対応」「臨床倫理コンサルテーション」という 4つの機能を見出し、従来の患者相談業務に加えることによって新しい形の患者相談体制を確立した。

### 【背景】

患者相談体制は、医療事故によって生じた社会的医療不信への対策の一つとして2002年の「医療安全総合推進対策～医療事故を未然に防止するために～」において言及されて以降、医療機関に普及した。しかしながら、患者相談体制において必要とされる機能や相談員のスキルなどについては他の医療安全対策と比較して殆ど検討がされていない。医療の質を向上させていくためには、苦情や相談の内容を分析し、新しい患者相談体制を構築していくことが必要と思われる。

### 【具体的な内容】

患者からの相談・苦情のみではなく、職員からの相談も受け付けることにし、年間のべ 2000～3000 件の相談・苦情を収集し個別の対応を行った。集められた患者と職員の双方向的内容をデータベース化することによって、苦情や相談内容の類型化と対応内容の解析を行い、以下のような新しい患者相談体制の機能を確立した。

#### 「意思決定支援」

診療場面に相談員が第三者的に同席することにより、医療内容の理解度の確認や患者の希望や価値観の明確化などをおこない、意思決定に関するサポートを行う。

#### 「構造再構築」

対応困難事例においては、両者の間に立って話し合いの場を主導し、さらに必要に応じて患者側と医療者側に相互に守るべき事項を文書化することによって適切な関係性を明確にする。

「暴言・暴力対応」

医療の現場から当該困難当事者を率先して引き受け、不当・過剰な要求に対して警察官 OB と連携して対応する。

「臨床倫理コンサルテーション」

医療者から寄せられる相談から倫理的問題を抽出し、倫理的観点からの検討と推奨を行う。

【効果】

上記の機能によってもたらされた効果は以下の通りである。

「意思決定支援」

意思決定に迷う場面において、患者側・医療者側双方にとって安心して医療に関する意思決定を行えることが増えた。

「構造再構築」

医療者側に業務に専念できる環境を与えると共に患者が適切な医療を受ける機会を喪失する可能性を減らすこととなった。

「暴言・暴力対応」

不要な事故を未然に防ぎ、他の患者との公平性を保つことに貢献した。

「臨床倫理コンサルテーション」

倫理的事案が係争化することを未然に防止するとともに、患者にとって倫理的にも適切な医療が提供できるようになった。

【苦勞した点】

対応範囲が広いため、対応者の知識・スキルともに高度なレベルが要求され、個人の資質によるところも大きい。今後は対応者の人材について一定の水準を保つため、教育プログラムの確立が要求される。

【アピールしたい点】

従来の患者相談業務を拡張することにより、これまで院内各部署の狭間に位置していたような患者の声も拾い上げることに成功し、患者にとってフリーアクセスの患者相談体制を実現した。

カテゴリー	医事紛争対応や患者相談
-------	-------------

## インシデント・アクシデント事例へのメディエーション対応報告

岐阜大学医学部附属病院 1) 医療安全管理室、2) 医療支援課

### 【概要】

平成24年4月に患者苦情・相談窓口（以下「窓口」）体制を見直し、多職種連携協働を強化するとともに、医療メディエーターを配置した。医療メディエーターは第三者仲介者として患者と医療者間で話し合いを持つ事例のみならず窓口寄せられた事例のほとんどに対応している。平成26年2月までの1年11か月の間に対応した苦情・相談事例は208例である。このうち29例についてメディエーターが第三者仲介の話し合いを持ち、患者安全にかかわる事例は13例であった。対応のきっかけは患者や家族からの相談や苦情であり、事実確認の中で患者安全にかかわると判断したものについては医療安全管理室と協働して取り組んだ。その結果、話し合いで了解を得られたのは9例、話し合いが決裂して来院が途切れたものが1例、経過中に患者の来院が途切れたもの2例、継続中が1事例である。了解を得られたもののうち、お見舞金を支払ったものは2例あった。訴訟に至った事例はなかった。

### 【背景】

平成24年4月の患者サポート充実加算が追い風となり患者支援体制を見直し医療メディエーターを採用した。全国国立大学病院でのメディエーター配置実績は約4割程度である。

### 【具体的な内容】

1. 相談窓口メンバーの充実で多職種連携協働の体制ができた。
  - 医師（医療連携センター副センター長，医療安全管理室 GRM）
  - 看護師（医療連携センター退院調整・看護相談担当者，医療安全対策室 GRM）
  - 医療メディエーター（看護師）
  - MSW
  - 事務職員（医療支援課および医事課）
  - 保安職員（警察 OB）
2. 定期カンファレンスで情報交換や事例検討ができた。

3. 医療安全管理室との協働についてはカンファレンス出席や、苦情相談窓口と患者安全対策の所轄事務担当が同一であることから円滑にできた。
4. 事例の事実確認は GRM の権限も使い詳細にわたり実施できた。
5. 当該診療科医師への対応も GRM がかわることによってなんとかできた。
6. 患者窓口は一貫してメディエーターが行い患者・家族への連絡や中間報告を怠らないよう配慮した。
7. 事例は医療安全管理室長（副病院長）から逐次病院長や事務部長になされ病院の方針を確認できた。
8. 患者が納得できる解決を目指すよう配慮したものの、一部中断事例は残った。
9. すべての対応者がメディエーションマインド（中立な立場で傾聴と共感の姿勢を持って対応）に心掛けるよう事前に打ち合わせた。

#### 【効果】

患者安全にかかわる 13 事例のうち 9 事例は話し合いで納得された。

あくまで過去との比較であるがメディエーター配置後に訴訟に至った事例はない。

#### 【苦勞した点】

医療過誤がなくとも障害を残したことへの賠償を要求され、患者の感情が理解でき、医療者にもお見舞いの気持ちがあるものの、金銭的な対応の原資が工夫できないことが理由で交渉が長引いた事例

思い込みに基づく誤解を払しょくできないまま、患者側が疲労しそれ以上の交渉を希望されなかった事例

患者が精神的に不安定であったり精神科受診歴のある事例への対応

#### 【アピールしたい点】

医師に直接不満や苦情を言えなくても、メディエーターに話すことで、患者の感情はある程度落ち着き、また、その内容を伝達することによって、医療者は患者が真に求めていることが理解できた。患者の苦情・相談のきっかけは、診療現場で初診時からの十分な説明が不足しているための不信感に基づく場合が大半であった。できる限りの時間をかけた丁寧な説明が、患者のみならず医療者自身を救うことを対応事例をもとに診療現場と繰り返し共有したい。

#### 【その他】

このようなメディエーション対応職員は複数の配備が望まれる。一部の医療者および患者双方から、メディエーターは病院職員でありながら中立の立場というのに違和感を感じるという指摘があった。

審査結果

及び

一次審査通過施設発表資料



国立大学附属病院医療安全管理協議会  
 第1回 Patient Safety & Quality Award (医療の質・安全大賞)  
 審査結果

賞名	施設名
最優秀賞	大阪大学医学部附属病院
優秀賞(北から)	東京医科歯科大学医学部附属病院
	名古屋大学医学部附属病院
	佐賀大学医学部附属病院
奨励賞 (北から)	北海道大学病院
	旭川医科大学病院
	東北大学病院
	山形大学医学部附属病院
	筑波大学附属病院
	岐阜大学医学部附属病院
	香川大学医学部附属病院
選考委員特別賞 (北から)	弘前大学医学部附属病院
	東京大学医学部附属病院
	九州大学病院
	大分大学医学部附属病院
	宮崎大学医学部附属病院

上記受賞校は、一般社団法人国立大学附属病院長会議事務局より賞状と副賞を授与された。







## 病院における職員教育の難しさ(2)

平成22年度	計
新規採用者数	366人
中途採用者数	166人
所属部署の異動者数	326人
合計	858人/年

職員の異動が頻繁



## 病院における職員教育の難しさ(3)

教育機会・媒体	対象者
リスクマネジメント講習会(年3回)	全職員
医薬品安全管理講習会	全職員・関係者
医療機器安全管理講習会	全職員・関係者
感染対策講習会	全職員
新採用者オリエンテーション	新採用者・全職種
医療安全セミナー (講義・ハンズオン・シミュレーション)	職種・診療科・部署別
モチツモタレツ講習会	職種・診療科・部署別
学術講演会	職種・診療科・部署別
リスクマネジャー会議	リスクマネジャー
リスクマネジメントニュース(新聞・ML)	リスクマネジャー

職種・診療科・部署・経験別で異なる教育ニーズ



## 病院における職員教育の難しさ(4)

講演タイトル	講師	対象
安全な鎮静のために ～鎮静薬と鎮痛薬	<b>モチツモタレツ</b>	鎮静に携る医師・看護師・薬剤師
安全な鎮静のために ～小児の鎮静の注意点	集中治療部	小児診療に携る医師・看護師・薬剤師
転倒転落時の頭部打撲の 評価と注意点(小児)	脳神経外科 (小児)	小児外科医師、小児科医師 東西6階病棟看護師
転倒転落時の頭部打撲の 評価と注意点(成人)	脳神経外科 (成人)	心臓血管外科、 <b>循環器内科</b> 東西9階病棟看護師
胸痛	<b>循環器内科</b>	整形外科医師・看護師
急変対応	集中治療部	<b>精神科医師</b>
人格障害	<b>精神科</b>	周産期センター医師・看護師

講師依頼の遠慮



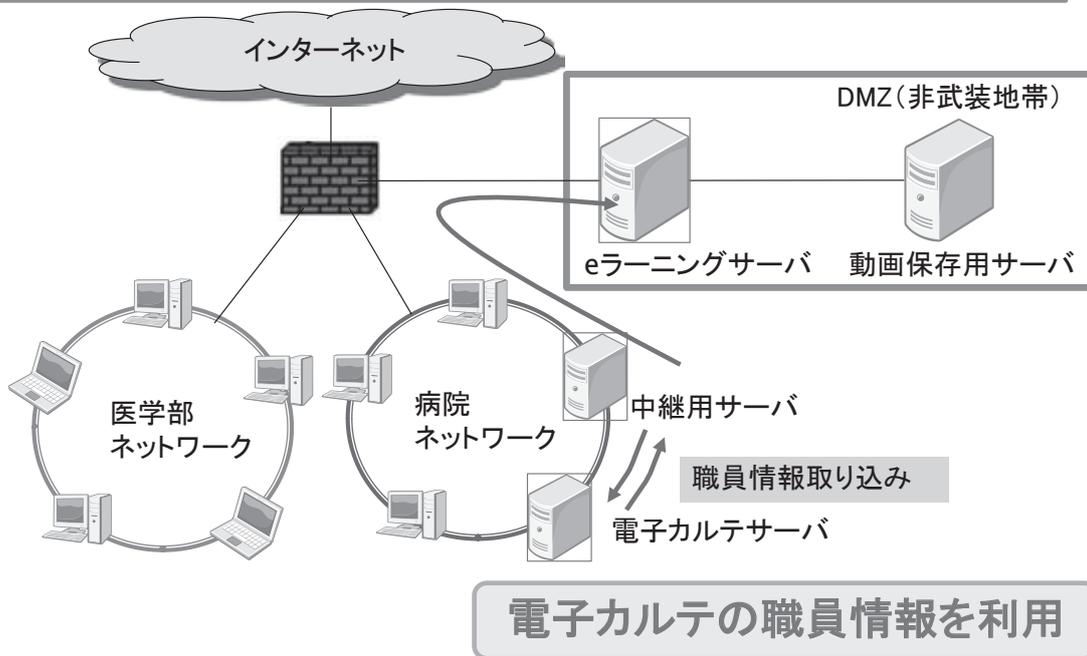
## 市販eラーニングシステム導入からの教訓

- ▶ 2006年12月～ 市販eラーニングシステム導入
- ▶ ユーザー管理が大変！（人力・半年に1回）
- ▶ 操作方法がわかりにくい
- ▶ 講習会ビデオをストリーミングできない
- ▶ 教材作成がむずかしい

医療現場向けのシステム開発に着手(2009～)



## 1. ユーザ管理の自動化



## 2. シングル・サインオン





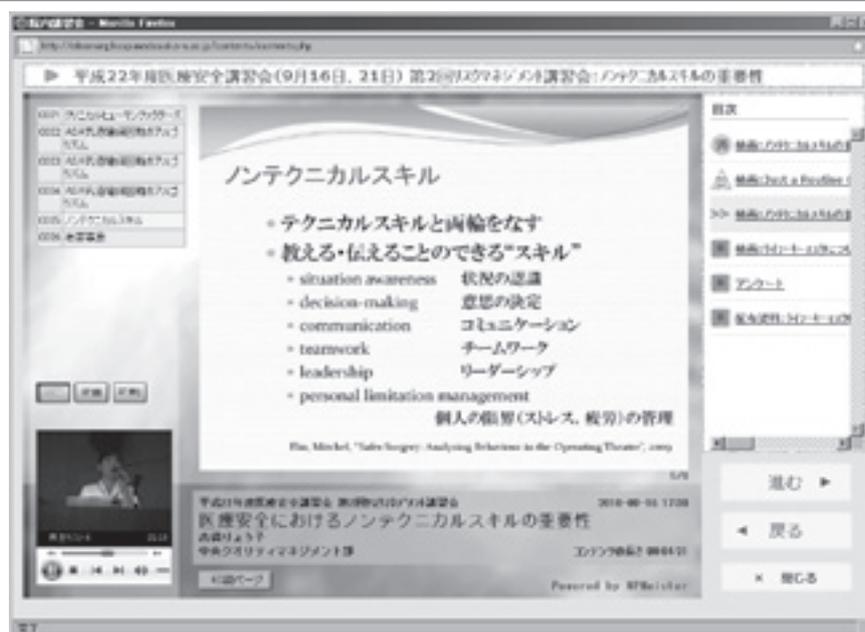
### 3. シンプルなユーザ画面



容易な操作



### 4. 院内講習会ストリーミング配信





## 5. 容易なコンテンツ作成とアップロード



病棟医長

診療科長の指示で作りました。作成したパワーポイントに音声挿入！けっこう簡単でした。

対象: 眼科医師, 眼科外来看護師, 手術室看護師 眼内レンズの準備および確認の方法

外来手術室での  
眼内レンズの準備および確認の方法

目次

- 1 眼内レンズの準備および確認の方法
- 2 眼内レンズの確認
- >> 患者さんごとの確認
- 3 眼内レンズの洗浄
- 4 アンダーのクリーニング

進む ▶

◀ 戻る

✕ 閉じる

パワーポイントスライドをそのまま教材に



## 5. 容易なコンテンツ作成とアップロード

【レビュー】LVADテスト

テスト

問題: 補助人工心臓について正しいもの2つを選んでください

問:

- (1) LVADは心臓から原血をポンプで取り出し、大動脈に送り出し、心臓を補助する機械の事である
- (2) 補助人工心臓のポンプは特設式ポンプと定常式ポンプがある
- (3) 現在保険適用されているLVADは特設式特設式ポンプのHFPD-VAD01種類である
- (4) 心臓補助の補助目的では使用できない

実用型 LVAD

図

やりかた保存

採点する

◀ 戻る

✕ 閉じる

診療科や職種別の教育が容易に



## 5. 容易なコンテンツ作成とアップロード

胃管挿入処置に関する注意点について  
~胃管挿入処置マニュアル~

制作: リスクマネジメント委員会  
eラーニングコンテンツ作成: 幸夫ウオリティマネジメント部

マニュアルの周知



## 6. 医療安全講習会受講状況の一元管理

講習会出席

平成23年度 第1回感染対策講習会、  
第1回リスクマネジメント講習会、  
第1回医療機器安全管理講習会 受講票  
(平成23年4月6日 読売 読売 読売)  
読売読売読売読売読売読売読売読売  
【所 属】 宇野クリニック/アドナ  
【職 名】 研修医/医師  
【氏 名】 森田 幸

医療安全講習会受講状況の一元管理

平成23年度 第1回感染対策講習会(4/24, 2/1) 平成23年度 70755名受講済

受講者名	受講状況	受講日	受講時間	受講料
1	受講済	4/24	10:00-12:00	1000円
2	受講済	4/24	13:00-15:00	1000円
3	受講済	4/24	16:00-18:00	1000円
4	受講済	4/24	19:00-21:00	1000円
5	受講済	4/24	22:00-24:00	1000円
6	受講済	4/24	01:00-03:00	1000円
7	受講済	4/24	04:00-06:00	1000円
8	受講済	4/24	07:00-09:00	1000円
9	受講済	4/24	10:00-12:00	1000円



## 7. 受講証明書の申請・発行

院内講習会一覧

追加の表示条件: すべて表示

2件中 2~2件表示

NO	タイトル	作成者	公開日
1	平成23年度医療安全講習会 第1回研修科実務講習会「幸せなら手洗及おう」	感染制御部	2011/WEB
2	平成23年度医療安全講習会 第1回研修科実務講習会「カドニカニカ4の重 要性」	カドニカ	2011/10/15

医療安全講習会受講証明書

中央クオリティマネジメント部  
中島和江 殿

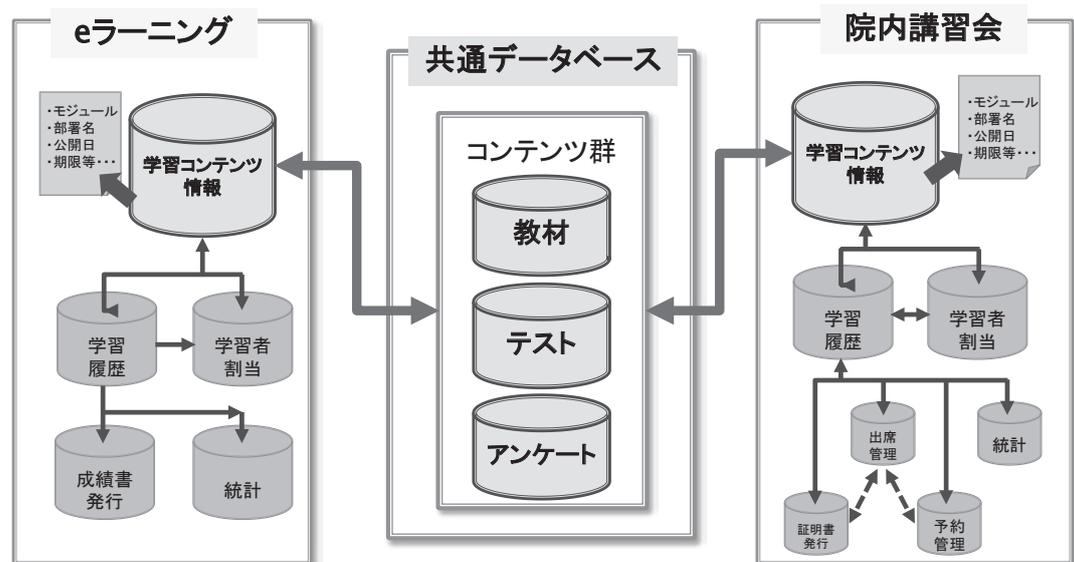
上記の職員は、大阪大学医学部附属病院が  
主催する下記の医療安全講習会を受講したこ  
とを証明する。

平成23年6月6日  
第1回研修科実務講習会：カドニカニカ4の重要性

平成24年11月19日  
大阪大学医学部附属病院  
病院長 吉川 秀樹



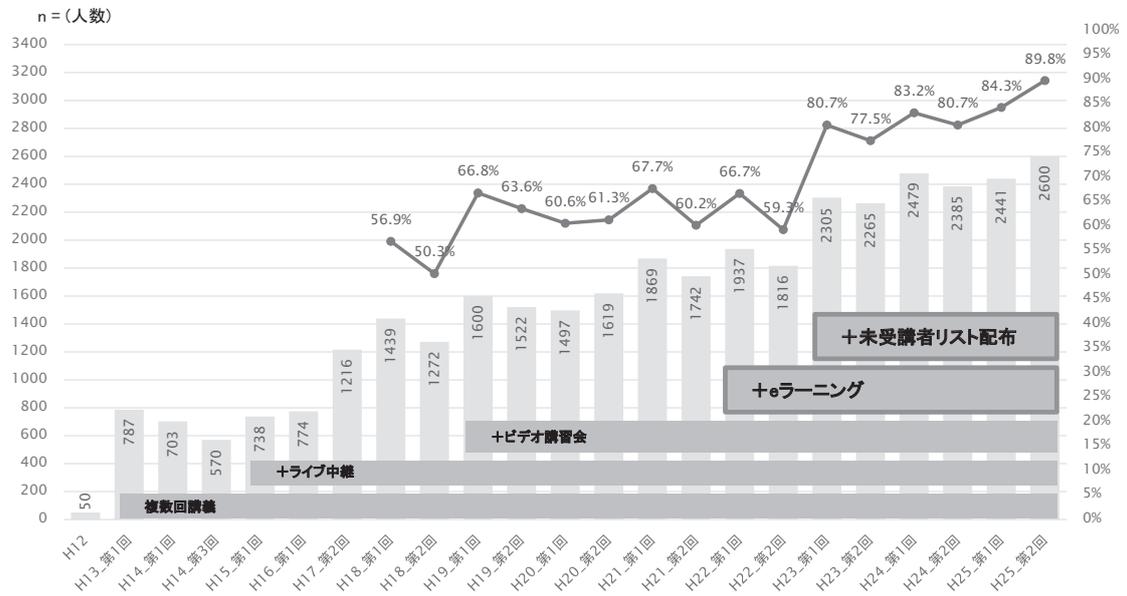
## 8. 教材のライブラリ化



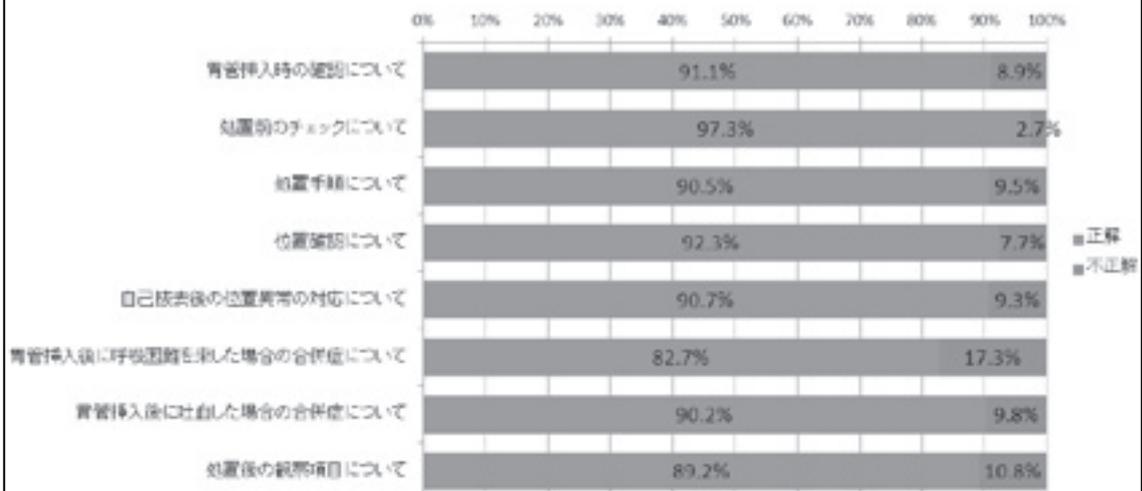
教材の組み合わせ・再利用



## 9. 成果:医療安全講習会受講状況



## 9. 成果:テスト(理解度の把握)





## 9. 成果: 迅速な実態調査

【プレビュー】注射実施入力に関する実態調査

【実施入力のタイミングについて】どのタイミングで実施入力を行っていますか。最も多く実施したタイミングを選択してください。①をクリックすると拡大されます。②の番号と選択肢の番号は一致しています。

問11

- (1) ナースステーション内で成済のタイミングを行った直後
- (2) ナースステーションから成済を作った直後
- (3) 患者のベッドサイドへ行った直後
- (4) ベッドサイドで患者の氏名を確認した直後
- (5) ベッドサイドで点滴を開始した直後
- (6) 点滴を開始し、ナースステーションに戻った直後
- (7) 1〜6以外で勤務中の子が抜いたとき
- (8) 勤務終了直前

**注射実施入力を行うタイミング**

**迅速な集計・アクション**

提出する



## 10. 結語

- ▶ 医療安全教育にはツール・人・仕組みが重要
- ▶ eラーニングシステムは有用
- ▶ 専門家による質の高い教材
- ▶ 運用上の工夫も必要
- ▶ 教材パッケージ化と教育カリキュラムが課題



本システムは、大阪大学知財本部と企業のMTA(material transfer agreement)により、2013年6月1日から、他の施設でも導入可能になりました。

# 血管造影・IVR、内視鏡、採卵術に おける安全チェックリストの導入

東京医科歯科大学医学部附属病院  
安全管理対策室

TMDU  
東京医科歯科大学

## 【導入の背景と目的】

中央診療部門での血管造影・IVR、内視鏡治療では

- 静脈麻酔下で侵襲度の高いカテーテル治療や  
穿孔手技が実施されている
- 高齢患者、合併症症例の増加
- 各々の治療・処置は診療科医師による  
マニュアルのもとで行われている
- 多くの医療関係者が入れ替わって処置に参加している
- 合併症リスクの増加が懸念されている

高度先進技術  
リスク増大

チームの共通認識、  
緊急対応の情報共有  
が十分とはいえない

安全チェックリストを導入し、  
より安全な治療環境の確立  
を目指すことを目標とした

TMDU  
東京医科歯科大学

## 【導入プロセス】

- 循環器内科、消化器内科、放射線部、光学医療診療部など  
関係部署の医師・看護師・技師のリスクマネージャーでワーキング  
グループを結成
- 「血管造影・IVR」「内視鏡」「採卵術」といった処置室では  
それぞれ患者と医療者の動きが異なるため、無理なく確認しあえ  
るように、処置の流れに合わせて各々のチェックリストを作成した
- 処置に関わる複数の医療者間で  
「患者確認」「治療内容と治療前後の注意事項」  
「リスク確認」「急変時の対応準備」  
について、処置前に短時間で相互に認識できることを目標にした

内視鏡の安全チェックリスト Ver.1	
氏名 ID 生年月日 性別 日付	<b>入室時確認からタイムアウトまで</b> 1. 検査入室時には患者本人に名乗ってもらおう。 ・ 外来患者は受付にて専用のカードホルダーによる本人確認を行なう。 ・ 入院患者はネームバンドによる本人確認を行なう。 2. 問診票内容を確認しながらモニターを装着する。 3. 外来カルテもしくは入院カルテを同意書と合
※ 確認が済んだら <input checked="" type="checkbox"/> 、該当しない場合は <input checked="" type="checkbox"/> と記入してください。	
<b>タイムアウト(検査開始前)</b> * 医師は「タイムアウトを開始します」と言う 医師と看護師は患者の側に集合し、以下の項目を確認し合う	<b>サインアウト(退室前)</b> * 看護師は「サインアウトを開始します」と言う 医師と看護師は患者の側に集合し、以下の項目を確認し合う
<b>&lt;医師 ⇒ 看護師&gt;</b> ① 医師はIDカードもしくはネームバンドと照らし合わせながら患者氏名、検査・処置名(部位を含む)を宣言し、看護師は患者氏名がファイリングシステムのログイン画面と合っていれば「確認しました」と発声する。 以上ができましたか? <input type="checkbox"/> はい	内視鏡では看護師が入室時から確認を行っているためサインインは省略した
② モニターは作動していますか? <input type="checkbox"/> はい	
③ 同意書はありますか? <input type="checkbox"/> はい	
④ 問診票の注意点はありますか? <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ⇒ <input checked="" type="checkbox"/> ある の場合 ↓ 問診票の注意点を確認し合いましたか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
* 看護師は「タイムアウトを終了しました」と言う	* 看護師は「サインアウトを終了しました」と言う
<b>【確認時刻】</b> _____ : _____ <b>【サイン】</b> _____	<b>【確認時刻】</b> _____ : _____ <b>【サイン】</b> _____

**血管造影・IVRの安全チェックリスト Ver.1** 年 月 日 ID 氏名 診療科 検査Room

※ 確認が済んだら 、該当しない場合は  と記入してください。  
 ※ 麻酔科が関与しない施術の際はフェーズの項目を「 サインイン(麻酔導入前)」  
 ⇒ 「 サインイン(麻酔導入前)」と記入してください。

□ 放射線部入室時	□ サインイン(麻酔導入前)	□ タイムアウト(穿刺前、検査開始前)	□ サインアウト(検査終了～退室前)
	* 麻酔科医師は「サインインを開始します」と言う 放射線科医師又は診療科医師、放射線部看護師、放射線技師が患者のもとに集合	* 放射線科医師・診療科医師は「タイムアウトを開始します」と言う 放射線科医師又は診療科医師、放射線部看護師、放射線技師が患者のもとに集合	* 放射線部看護師は「サインアウトを開始します」と言う 放射線科医師又は診療科医師、放射線部看護師、病棟看護師、放射線技師が患者のもとに集合
<病棟看護師 ⇒ 放射線部看護師、放射線科医師又は診療科医師>	<麻酔科医師 ⇒ 放射線科医師又は診療科医師、放射線部看護師、放射線技師>	<放射線科医師又は診療科医師 ⇒ 放射線部看護師、病棟看護師、放射線技師>	<放射線科医師又は診療科医師 ⇒ 放射線部看護師、病棟看護師>
① 患者確認 (患者に名乗ってもらい、ネームバンド、同意書類の確認を行う) <input type="checkbox"/> check	① 患者確認 (患者に名乗ってもらい、ネームバンド、同意書、CAP画面の確認) <input type="checkbox"/> check	① アレルギーや薬品薬剤、体位制限・透折シャントの有無の確認 (可能であれば患者に確認する) <input type="checkbox"/> check	① 検査治療内容を言う <input type="checkbox"/> check
② 最終バイタルと薬品薬剤・体位制限・透折シャントなどの患者特有の問題点の有無の確認 <input type="checkbox"/> check	② 麻酔薬の安全点検と麻酔薬剤の確認を行う (ABCDEの確認が済んでいる事！) <input type="checkbox"/> check	② 救急カートやアンビュバッグの準備の確認 (押管理庫時の準備、気道確保にすぐ対応できるかどうかの確認をする！) <input type="checkbox"/> check	② 穿刺部位および圧迫・安静時間を言う <input type="checkbox"/> check
	③ アレルギーや薬品薬剤、体位制限・透折シャントの有無の確認 (可能であれば患者に確認する) <input type="checkbox"/> check	※ タイムアウト①～② は麻酔科管理の際は不要です	③ 造影剤用量を伝える <input type="checkbox"/> check
	④ 救急カートやアンビュバッグの準備の確認 (押管理庫時の準備、気道確保にすぐ対応できるかどうかの確認をする！) <input type="checkbox"/> check	③ 患者氏名・年齢・性別・検査名又は処置名、穿刺部位を言う。 <input type="checkbox"/> check	<放射線技師 ⇒ 放射線部看護師、病棟看護師> ④ 退室時間あるいは検査を言う <input type="checkbox"/> check
	* 放射線部看護師は「サインインを完了しました」と言う	* 放射線部看護師は「タイムアウトを完了しました」と言う	* 放射線部看護師は「サインアウトを完了しました」と言う
【確認時刻】 : 【サイン】	【確認時刻】 : 【サイン】	【確認時刻】 : 【サイン】	【確認時刻】 : 【サイン】

**【各チェックリストのタイムアウト・確認項目】**

手術	内視鏡	血管造影・IVR
<p><b>タイムアウト(皮膚切開前)</b></p> <p>&lt;診療科医師 ⇒ 手術参加者全員&gt; * 診療科医師は「タイムアウトを開始します」と言う ① 執刀医師が「タイムアウト」と発したら手術の参加者全員が名乗りましたか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ② 執刀医師は患者氏名・病名とその部位(患側)・術式を言う。他の手術参加者全員はその内容を資料に基づいて確認した後「確認しました」と発声する。以上の事が行われましたか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</p> <p>&lt;診療科医師 ⇒ 麻酔科医師&gt; ③ 抗菌剤予防投与は皮膚切開60分以内に行われましたか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 必要ない手術</p> <p>&lt;看護師 ⇒ 診療科医師、麻酔科医師、ME&gt; ④ 予想される危険性について確認しましたか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ  <ul style="list-style-type: none"> <li>重要な術前の病歴</li> <li>合併症や予想される突発的事態</li> <li>予定手術時間</li> <li>予想される出血量</li> </ul> <input type="checkbox"/> 麻酔科医師に対して                     <ul style="list-style-type: none"> <li>患者特有の問題点</li> </ul> <input type="checkbox"/> 器械出し、外回り看護師に対して                     <ul style="list-style-type: none"> <li>滅菌の確認</li> <li>準備器械、インプラント等の確認</li> </ul> <input type="checkbox"/> MEに対して                     <ul style="list-style-type: none"> <li>ME管理の医療機器の確認</li> <li>人工心臓の問題点</li> </ul> </p> <p>&lt;看護師 ⇒ 診療科医師&gt; ⑤ 必要な画像は撮っていますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 必要ない手術 * 看護師は「タイムアウトを完了しました」と言う</p>	<p><b>タイムアウト(検査開始前)</b></p> <p>* 医師は「タイムアウトを開始します」と言う 医師と看護師は患者の側に集合し、以下の項目を確認し合う</p> <p>&lt;医師 ⇒ 看護師&gt; ① 医師はICカードもしくはネームバンドと照らし合わせながら患者氏名、検査・処置名(部位を含む)を宣言し、看護師は患者氏名がフアイリングシステムのログイン画面と合っているか確認し「確認しました」と発声する。 以上ができましたか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ② モニターは作動していますか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ③ 同意書はありますか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ④ 問診票の注意点はありますか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ⇒ <input checked="" type="checkbox"/> あるの場合 ↓ 問診票の注意点は確認しましたか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ * 看護師は「タイムアウトを完了しました」と言う</p>	<p><b>□ タイムアウト(穿刺前、検査開始前)</b></p> <p>* 放射線科医師・診療科医師は「タイムアウトを開始します」と言う 放射線科医師又は診療科医師、放射線部看護師、放射線技師が患者のもとに集合</p> <p>&lt;放射線科医師又は診療科医師 ⇒ 放射線部看護師、病棟看護師、放射線技師&gt; ① アレルギーや薬品薬剤、体位制限・透折シャントの有無の確認 (可能であれば患者に確認する) <input type="checkbox"/> check ② 救急カートやアンビュバッグの準備の確認 (押管理庫時の準備、気道確保にすぐ対応できるかどうかの確認をする！) <input type="checkbox"/> check ※ タイムアウト①～② は麻酔科管理の際は不要です ③ 患者氏名・年齢・性別・検査名又は処置名、穿刺部位を言う。 <input type="checkbox"/> check * 放射線部看護師は「タイムアウトを完了しました」と言う</p>

## 【各チェックリストのサインアウト・確認項目】

手術	内視鏡	血管造影・IVR
<p>サインアウト（XP撮影後、抜管前）</p> <p>&lt;看護師 ⇒ 診療科医師&gt; *看護師は「サインアウトを開始します」と言う</p> <p>① 以下の項目に対してチームで確認しました</p> <p><input type="checkbox"/> 術式名</p> <p><input type="checkbox"/> ドレーンの位置</p> <p><input type="checkbox"/> 手術器械、ガーゼと針などのカウント結果</p> <p><input type="checkbox"/> 標本の有無、回数と保管場所</p> <p><input type="checkbox"/> 手術器械・器械、メンテナンスが必要な物品</p> <p><input type="checkbox"/> ネームバンドでの患者確認</p> <p><input type="checkbox"/> 術後XPの結果</p> <p>&lt;看護師 ⇒ 診療科医師、麻酔科医師&gt;</p> <p>② 患者の手術終了後からの問題点について診療科医師、麻酔科医師、看護師で確認しましたか</p> <p><input type="checkbox"/> はい</p> <p>③ 患者の居室先は「 _____ 」病棟です</p>	<p>サインアウト（退室前）</p> <p>*看護師は「サインアウトを開始します」と言う 医師と看護師は患者の側に集合し、以下の項目を確認し合う</p> <p>&lt;看護師 ⇒ 医師&gt;</p> <p>① <input type="checkbox"/> 標本の数 _____ 個です。</p> <p>② <input type="checkbox"/> 安静時間</p> <p>③ <input type="checkbox"/> 飲食の開始時間</p> <p>④ <input type="checkbox"/> 抗凝固剤の再開開始</p>	<p><input type="checkbox"/> サインアウト（検査終了～退室前）</p> <p>*放射線部看護師は「サインアウトを開始します」と言う</p> <p>放射線科医師又は診療科医師、放射線部看護師、病棟看護師、放射線技師が患者のもとに集合</p> <p>&lt;放射線科医師又は診療科医師 ⇒ 放射線部看護師、病棟看護師&gt;</p> <p>① 検査治療内容を言う</p> <p><input type="checkbox"/> check</p> <p>② 穿刺部位および圧迫・安静時間を言う</p> <p><input type="checkbox"/> check</p> <p>③ 造影剤使用量を伝える</p> <p><input type="checkbox"/> check</p> <p>&lt;放射線技師 ⇒ 放射線部看護師、病棟看護師&gt;</p> <p>④ 透視時間あるいは線量を言う</p> <p><input type="checkbox"/> check</p>

## 【チェックリスト導入プロセス】

- 試行期間：平成24年9月～平成25年1月（5か月間）
- 試行件数：951件
  - ① 内視鏡：803件
  - ② 血管造影・IVR：140件
  - ③ 採卵術：8件
- 試行結果およびスタッフの意見を反映し、9ヶ月間かけて、リスト内容の修正と運用方法の再検討を行った
- 平成25年4月～ チェックリストを本格導入

## 【チェックリスト導入後の評価1】

チェックリスト導入より半年後(平成25年10月)、  
実施状況の調査とアンケート調査を実施した

### 1. 適正にチェックが実施されていた割合 ➡ 試行時より増加

- ① 内視鏡 (370件) : 100% (試行時: 91%)
- ② 血管造影・IVR (63件) : 82% (試行時: 75%)
- ③ 採卵術 (6件) : 100% (試行時: 100%)

TMDU  
東京医科歯科大学

<p>タイムアウト(検査開始前)</p> <p>* 医師は「タイムアウトを開始します」と言う 医師と看護師は患者の側に集合し、以下の項目を確認し合う</p> <p>&lt;医師 ⇒ 看護師&gt;</p> <p>① 医師はIDカードもしくはネームバンドと照らし合わせながら患者氏名、検査・処置名(部位を含む)を宣言し、看護師は患者氏名がファイリングシステムのログイン画面と合っていれば「確認しました」と発声する。</p> <p>以上ができましたか? <input type="checkbox"/> はい</p> <p>② モニターは作動していますか? <input type="checkbox"/> はい</p> <p>③ 同意書はありますか? <input type="checkbox"/> はい</p> <p>④ 問診票の注意点はありますか? <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ⇒ <input checked="" type="checkbox"/> ある の場合</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>問診票の注意点を確認しましたか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</p> <p>* 看護師は「タイムアウトを終了しました」と言う</p> <p>【確認時刻】 _____ : _____ 【サイン】 _____</p>	
---	--

<p><input type="checkbox"/> <b>タイムアウト(穿刺前、検査開始前)</b></p> <p style="text-align: center;">* 放射線科医師・診療科医師は 「タイムアウトを開始します」と言う</p> <p>放射線科医師又は診療科医師、放射線部看護師、放射線技師が患者のもとに集合</p> <p>&lt;放射線科医師又は診療科医師 ⇒ 放射線部看護師、病棟看護師、放射線技師&gt;</p> <p>① アレルギーや禁忌薬剤、体位制限・透析シャントの有無の確認 (可能であれば患者に確認する)</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> check</p> <p>② 救急カートやアンビューバッグの準備の確認 (挿管困難時の準備、気道確保にすぐ対応できるかどうかの確認をする！)</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> check</p> <p>※ タイムアウト①～② は麻酔科管理の際は不要です</p> <p>③ 患者氏名・年齢・性別・検査名又は処置名、穿刺部位を言う。</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> check</p>	
--	--

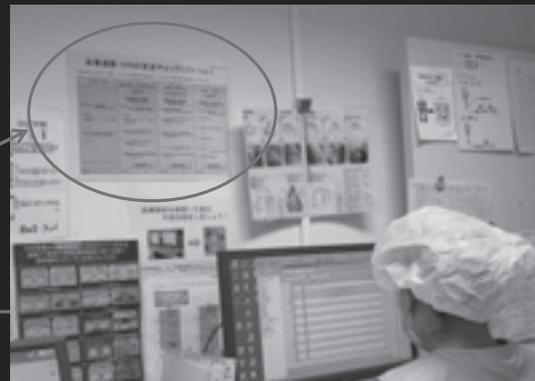
## 【チェックリスト導入後の評価2】

### 2. アンケート調査(自由意見より) 否定的な意見

- ・ チェックリストは定着してきたが、まだ医師の中には知らない人もおり、“メンバーで揃って”ということが難しい時がある(看護師)
- ・ このシステムに納得していない人もいて「カテ室の中にいるから早くやって」と云われてしまうこともある(看護師)
- ・ 穿刺部位を間違えることはない、当たり前すぎて時間の無駄だと思う(医師)

スタッフの異動が多い大学病院で、不特定多数の医療者が処置に関わることも原因

チェックリストの掲示



## 【チェックリスト導入後の評価3】

### 2. アンケート調査(自由意見より) 肯定的な意見

- ・ 患者間違いだけでなく、画面間違い(胃と大腸)もあり得るのでチェック項目として追加したい(看護師)
- ・ スコープ洗浄履歴を残すために、スコープNo.が画面に入力されていることも確認項目に加えたい(看護師)
- ・ アレルギーなど患者の注意事項について、再確認ができるので、安心して処置に関われる(看護師)
- ・ チェックリストでお互いに確認しあうようになってから、看護師さんや技師さんとのコミュニケーションが取りやすくなったと思う(医師)



チームコミュニケーションも促進されている

## 【まとめと今後の課題】

1. 中央診療部門の安全チェックリストを導入、定着させた
2. 手術部よりも、各処置と関わるスタッフの動線が多様であるため、試行と修正を重ね、導入までに時間を要した
3. 事故削減効果はまだ明らかではないが、リスクコミュニケーションの促進にはつながっている
4. 今後は事故回避事例を収集しチェックリストの有効性を評価する
5. チェックリストの形骸化を防止するため、定期的に調査し、内容を洗練していく





# RAPID RESPONSE SYSTEM

構築への取り組み  
運営への取り組み

医療の質・安全管理部



## 院内救命の質向上に向けて

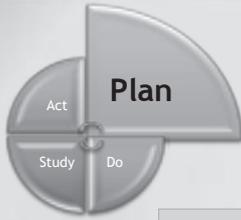
- 小児患者への運用拡大
- アウトカム評価
- 取り組みの拡大
- NTSトレーニング導入

- 問題の認識
- ワーキング設置



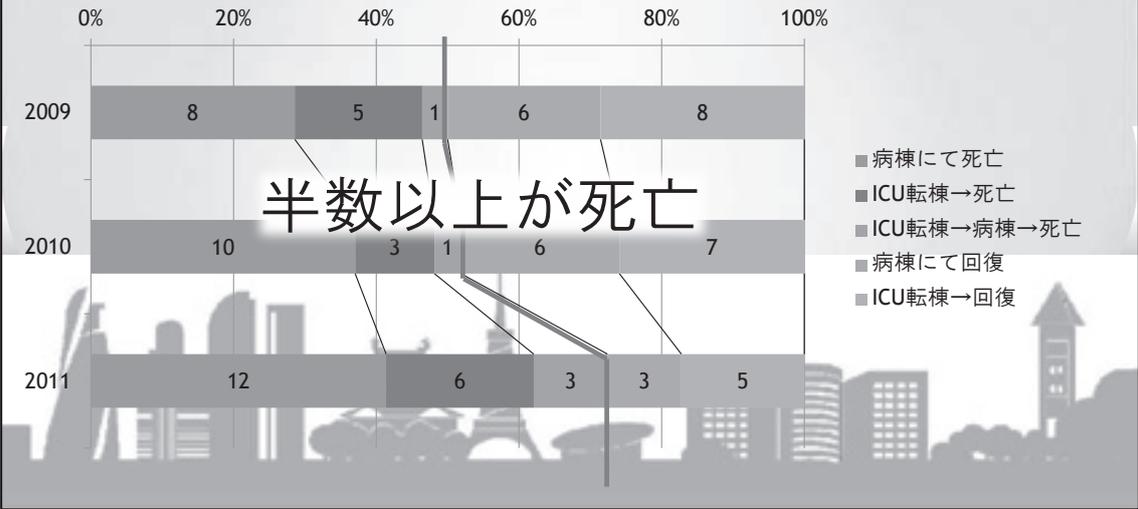
- 院内急変報告分析
- 院内救急コール  
サーベイランス
- RRS起動状況分析

- 起動基準選定
- チームの運用体制
- モデル病棟での試行
- 全病院での運用



# 問題の認識～WG設置

## #99(code blue)起動患者の転帰



# 警鐘事例の発生(2011年)



## 再発防止策の提言

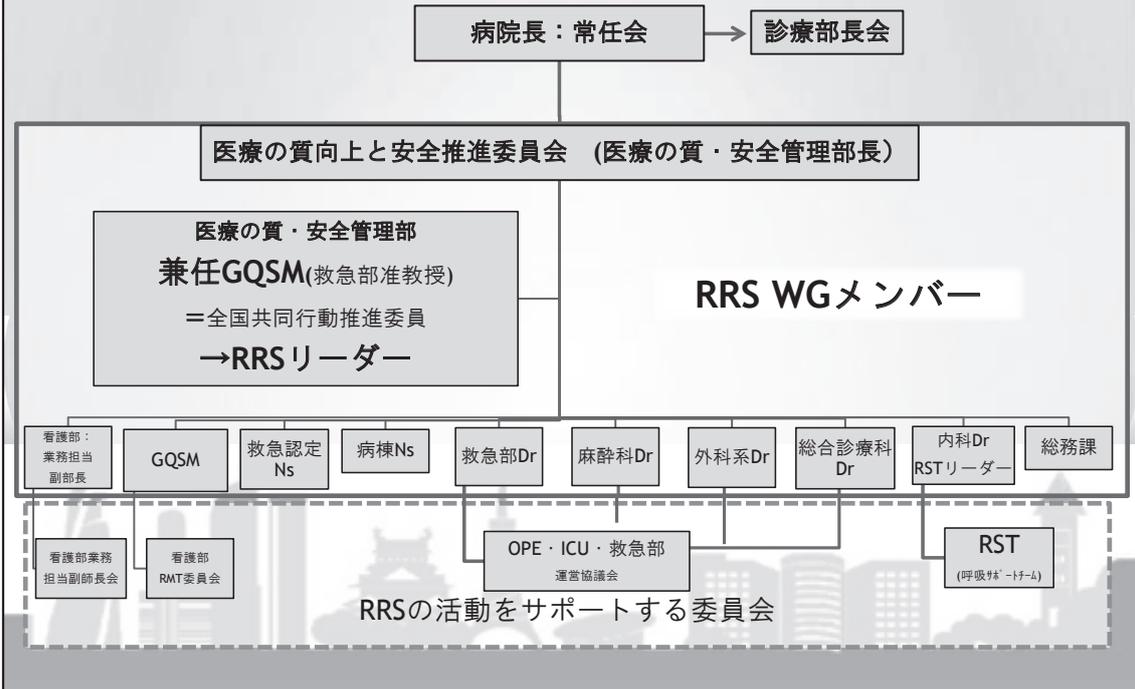
前でもお見せしましたが、チーム医療の基盤に立ち寄り、少人数での情報共有と協働のあり方について、この機会に検討することが望まれる。

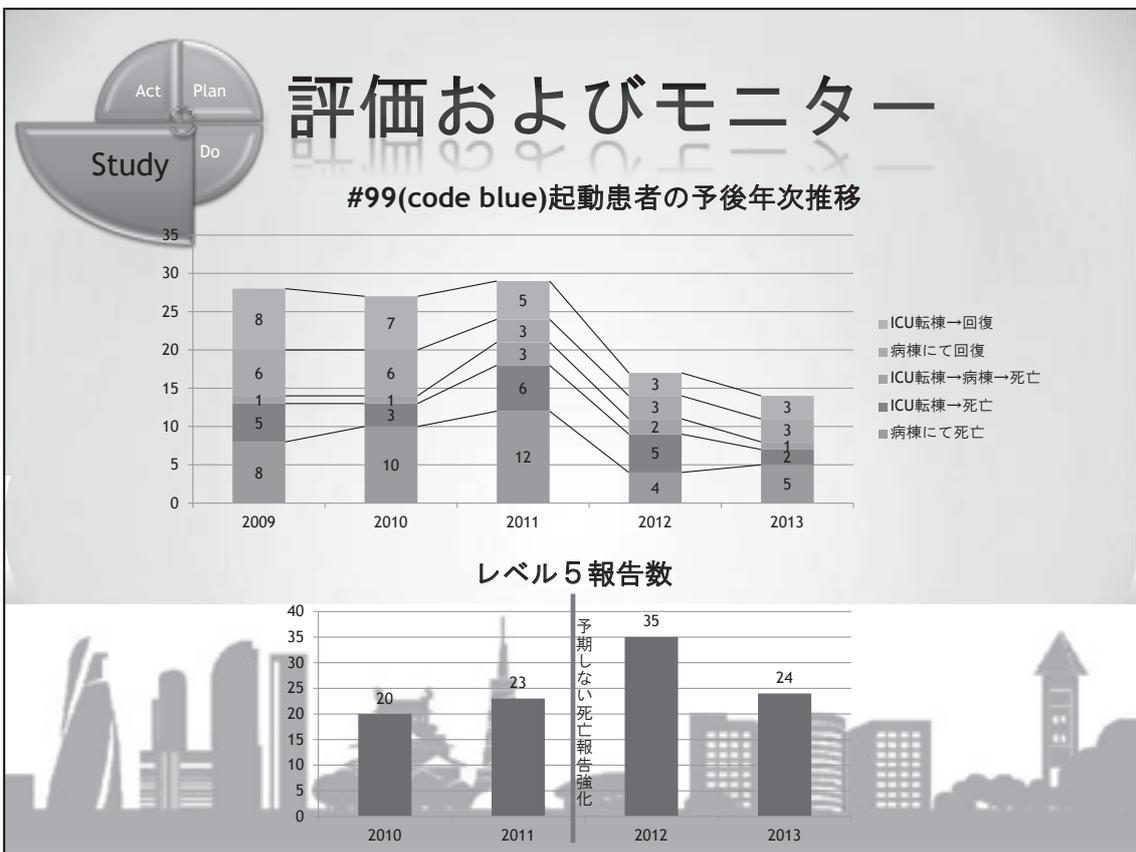
- 3) **ラピッドレスポンスシステムの構築**：本事例では、担当看護師の特定の心理状態が報告連絡の遅れの一因となった可能性がある。何らかの異常、とくにショックバイタルやキラースイグナルを発見したときには、それに速やかに反応する、**個人の心理が入り込む余地のない、自動的に機能するシステムの構築が望まれる。**
- 4) **データの即時入力**の徹底：名大病院においては、端末から随時データを入力できるシステムがあるにも関わらず、後からまとめて入力したり、採血



## RRSワーキング結成と関連会議

病院を上げての取り組みとしたい

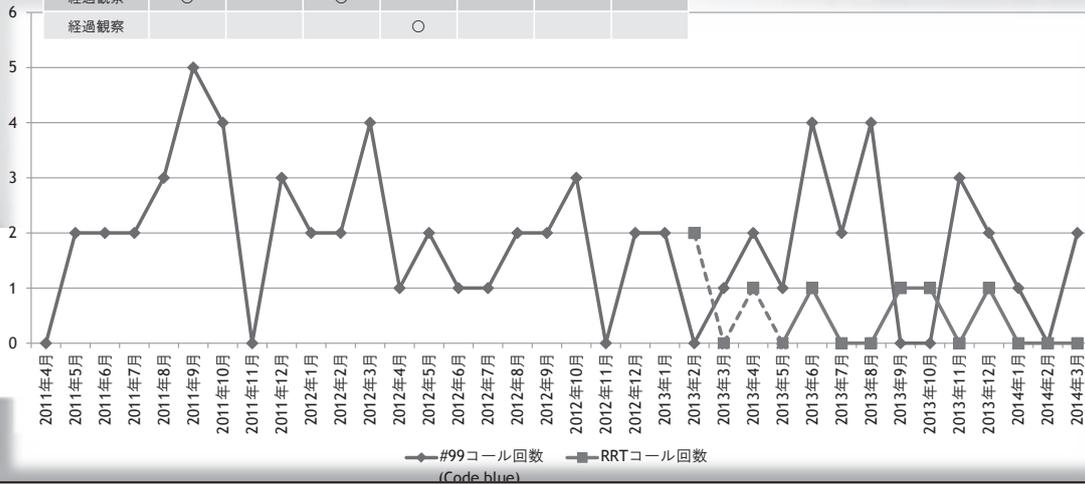




# 院内救急コールサーベイランス

RRT起動報告の分析

起動基準	呼吸数	SpO2	脈拍	血圧	尿量	意識レベル	懸念
転帰							
ICU→死亡	○	○	○				○
ICU→死亡							○
ICU→軽快				○			○
ICU→軽快				○	○		
ICU→軽快	○						
経過観察	○		○				
経過観察				○			



## 今後への課題

- 小児患者への運用拡大
- RRSのアウトカム評価
- 取り組み（コール数）の拡大
- NTSトレーニング導入







## 生命維持管理装置の動作情報および警報の一元管理システムの開発と臨床応用

佐賀大学医学部附属病院 MEセンター  
医療安全管理室

### アラーム放置による事故

#### 医療ミス:心電図のアラーム気付かず男性死亡 兵庫

毎日新聞 2014年04月23日 02時30分

兵庫県宝塚市の県立淡路医療センター

(当時77歳)の容体が急変し、心電図のアラームがアラームが鳴ったにもかかわらず、看護師がアラームを聞き逃した。容体のことと死亡との関係、遺族に説明

#### アラーム気付かず患者死亡 埼玉・川口の病院

2013.12.13 18:27

埼玉県済生会川口総合病院(同県川口市)で平成23年1月、入院していた女性(当時73歳)の容体が急変し、呼吸器が止まり、筋ジストロフィー患者死亡

呼吸器止まり 筋ジストロフィー患者死亡

2012年9月18日(火) 15時11分掲載

#### 呼吸器止まり、筋ジストロフィー患者死亡＝業過致死容疑で看護師を書類送検―警視庁

■女性患者の人工呼吸器の管誤って切断 宝塚市立病院の看護師

兵庫県宝塚市は16日、市立宝塚病院で、人工呼吸器のチューブの一部を、看護師が誤ってはききで切断した。看護師は8月1日午後、人工呼吸器と女性との間に誤ってチューブの空気漏れを防ぐ器具を取り付け、女性の血圧や酸素などが悪化し一時、人工呼吸器を回復できるまで回復したが、13日に死亡した。病院は「患者とその家族に大変申し訳ない」と謝罪している。

#### 人工透析中にチューブ抜け患者死亡 看護師の男を書類送検 警視庁

2014.2.24 14:25 【医療事故・事件】

東京都町田市の内科病院で平成22年6月、腎臓疾患の女性(当時73歳)が人工透析中に大量出血で死亡した事故で、血液を送るチューブが抜けているのに気付かず透析を続けたなどとして、警視庁町田署は24日、業務上過失致死容疑で、同病院の担当看護師だった男(41)を書類送検した。同署によると、容疑を認めている。

送検容疑は22年6月14日、女性患者の左足に挿入された透析用のチューブが抜け、異常を知らせるブザーが鳴ったにもかかわらず確認を怠って透析を続行。女性の足から大量出血させ、翌15日に出血性ショックによる低酸素血症で死亡させたとしている。

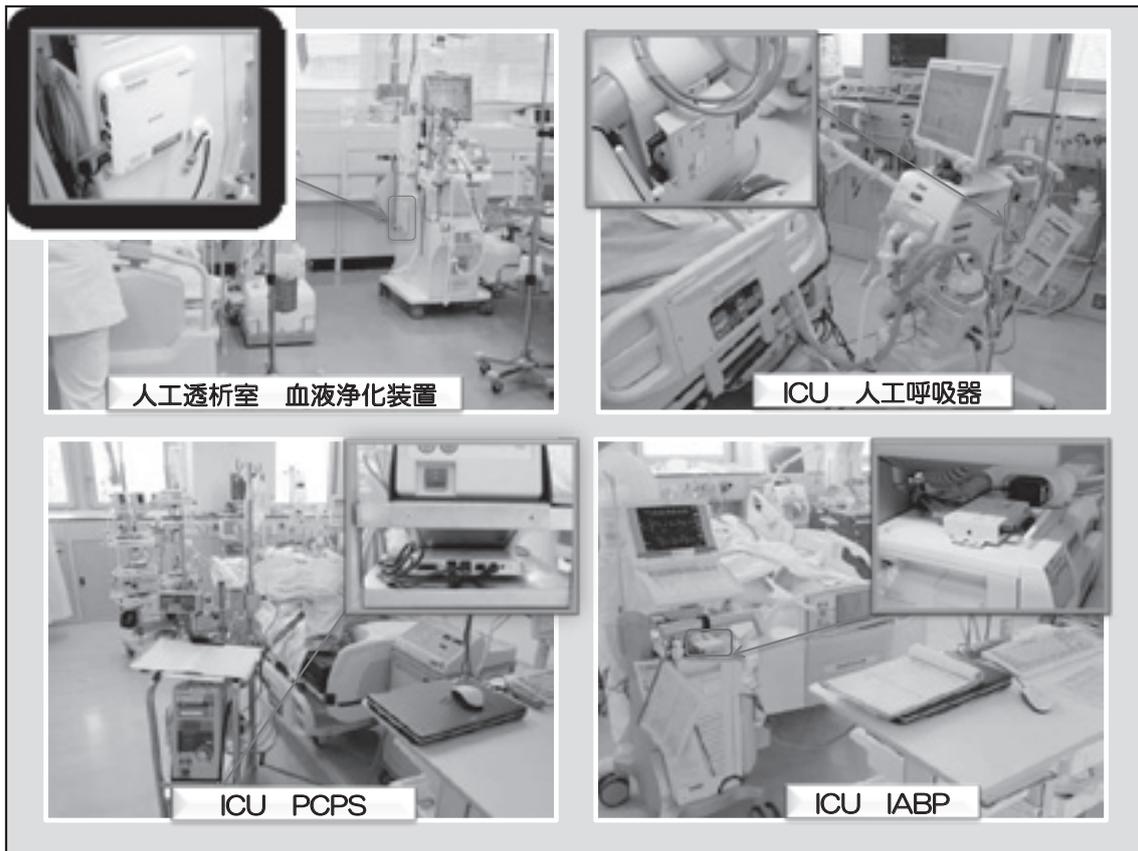
## システムの概要



## 通信用デバイス



医療機器からのデータを無線でサーバーに転送



## 医療機器の一覧

画面一覧 (SUN9100) V3/L11 [20140213]

医療機器連携システム

選択	機種名	No.	機種	稼働日時	稼働時間	稼働モード	動作速度	一回呼吸量	呼吸作数	呼吸回数	呼吸深度	呼吸回数	呼吸深度
選択	ELIPHEER E-vita 4	No.1 197	ECU	4/29 16:08	4日 28時間 25分	PC-CPAP	42	295	7.9	29	6	17	
選択	ELIPHEER E-vita XL	No.1 116	ECU	4/30 14:50	2日 48時間 10分	PC-CPAP	41	300	8.0	10	3	12	
選択	ELIPHEER E-vita XL	No.3 112	ICU-CCU	4/29 14:39	3日 5時間 19分	PC-CPAP	37	670	8.2	10	6	21	
10/16 一回呼吸量													
選択	ELIPHEER e360	No.2 754	呼吸治療機	4/3 15:4	29日 4時間 2分	PC-OBV	0.53	375	10.10	40	7.8	21.0	
選択	ELIPHEER e360	No.5 127				PC-OBV	0.37	230	9.71	32	3.9	21.1	
選択	ELIPHEER e360	No.7 129	ECU	4/30 16:15	2日 29時間 29分	VC-OBV	0.50	364	8.40	10	5.9	10.1	
選択	ELIPHEER E-vita V500	No.1 1076	ICU-CCU	4/25 01:30	7日 18時間 13分	SPN-CPAP	500	447	13.10	30	10.0	17	
選択	ELIPHEER E-vita V500	No.3 1078	ICU-CCU	5/2 00:11	18時間 21分	SPN-CPAP	40	363	7.85	20	8.4	18	
選択	ELIPHEER E-vita V500	No.5 1080	ICU-CCU	5/1 17:46	1日 18時間 17分	PC-CPAP	60	451	11.20	22	9.6	24	
選択	ELIPHEER E-vita V500	No.7 1082	ECU	4/24 17:22	8日 29時間 21分	SPN-CPAP	30	368	7.00	20	5.3	11	
選択	ELIPHEER TR-3000S	No.1 406					0	0.0	0.00	0.01	0.0	0	67
選択	ELIPHEER TR-3000S	No.2 406					0	0.0	0.00	0.01	0.1	0	67
選択	ELIPHEER TR-3000S	No.3 407					0	0.0	0.00	0.01	0.1	0	33

画面一覧 (SUN9100) V3/L11 [20140213]

## 人工呼吸器の一覧

画面一覧 (SUN9100) V3/L11 [20140213]

医療機器連携システム

機種名	No.	機種	稼働日時	稼働時間	稼働モード	動作速度	一回呼吸量	呼吸作数	呼吸回数	呼吸深度	呼吸回数	呼吸深度
E-vita 4	No.1 197	PC-CPAP	4/29 16:08	4日 28時間 25分	PC-CPAP	42	274	8.3	29	6	17	
E-vita XL	No.1 116	PC-CPAP	4/30 14:50	2日 48時間 10分	PC-CPAP	41	290	8.4	11	3	13	
E-vita XL	No.3 112	PC-CPAP	4/29 14:39	3日 5時間 19分	PC-CPAP	36	303	8.7	16	4	22	
e360	No.2 754	PC-OBV	4/3 15:4	29日 4時間 2分	PC-OBV	0.52	405	11.79	43	8.6	21.0	
e360	No.7 129	VC-OBV	4/30 16:15	2日 29時間 29分	VC-OBV	0.51	490	5.04	23	6.5	10.6	
E-vita V500	No.1 1076	SPN-CPAP	4/25 01:30	7日 18時間 13分	SPN-CPAP	100	485	11.00	25	10.0	18	

画面一覧 (SUN9100) V3/L11 [20140213]



## 本システムの利点と問題点

### 利点

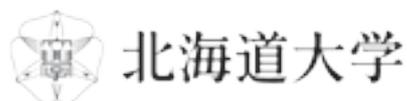
1. 医療機器の動作状況を複数人で確認できる。  
 \* 人工呼吸器使用中、バックアップ換気アラームが頻回に発生していたため、MEが対応  
 \* 体外循環装置の流量アラームが繰り返し発生し、センサーの取り付けが不十分であることをMEが発見
2. トラブル発生時に医療機器の過去の動作状況のトレースが可能である。  
 \* ヒューマンエラーによるものか、機器の不具合によるものかの特定が容易に行える

### 問題点

1. 機器の通信フォーマットが標準化されていない。
2. データ解析、画面表示の費用が機種毎に発生する。
3. アラーム発生時に対応する責任体制を明確にする必要がある。

## まとめ

1. 生命維持管理装置の動作状況やアラーム情報を、一元管理、共有化し、個々の患者の医療情報として記録するシステムを開発した。
2. 生命維持管理装置が発する警報に対して、複数人での監視が可能となり、安全管理体制が飛躍的に強化された。
3. 遠隔管理が可能である一方、責任体制を明確にしなければならない。
4. 開発経費削減のためには、医療機器の通信フォーマットや、表示画面の標準化が必要である。
5. 将来は、個人の携帯端末への転送、表示も可能である。



# 人工呼吸器安全管理体制の構築

～院内人工呼吸器点検パトロールの充実～

2014年5月20日

北海道大学病院 医療安全管理部

人工呼吸器安全管理体制の構築

1

## 1. 背景

平成16年度から、臨床工学技士による人工呼吸器稼働時点検を実施し、点検結果から下記について指摘

- ・人工呼吸器の扱いが未熟な医療者が多い
- ・機器の点検以外に、管理体制の不備が多い



平成17年度から、人工呼吸器安全管理体制構築に向けた取り組みを開始

1. 人工呼吸器安全管理ワーキングの立上げ
2. 人工呼吸器管理を指導できる人材の養成
3. 人工呼吸器点検パトロールが有効に機能する体制の確立

 北海道大学

## 2. 人工呼吸器安全管理体制構築の取組

### 人工呼吸器安全管理ワーキング（WG）の設置

#### (1)院内認定『人工呼吸器認定者』の育成

H17年～人工呼吸器安全管理講習会Ⅰ（基礎課程）開始

H18年～人工呼吸器安全管理講習会Ⅱ（認定課程）開始

#### 第1期『人工呼吸器認定者』誕生

H20年～人工呼吸器安全管理WGの下部組織として

#### 『人工呼吸器認定者協議会』設置

人工呼吸器管理マニュアル作成

#### (2)人工呼吸器点検パトロール体制の充実

H19年～人工呼吸器認定者が参加（人工呼吸器林°-トチーム活動）

H21年～医師が参加（現体制）

## 3. 院内認定制度『人工呼吸器認定者の養成』

### 人工呼吸器認定者の役割

- ・ 院内の人工呼吸器点検パトロール
- ・ 自部署の人工呼吸器安全管理の指導

<認定バッジ>



対象：医師・歯科医師，看護師，理学療法士，臨床工学技士

認定要件：人工呼吸器安全管理講習会Ⅰ（基礎課程），  
Ⅱ（認定課程）を修了し，e-learning受講後，  
認定試験に合格した者

認定合格者：認定者には，北海道大学病院リスクマネジメント  
委員会委員長より，認定書と認定バッジ交付

認定更新：認定期間は3年とし，3年毎の更新（H24年度から導入）

## 4. 人工呼吸器認定者養成プログラム

基礎課程			認定課程		
	研修内容	時間	講義	研修内容	時間
1-1	研修目的		1日目		
	人工呼吸器パトロール結果報告	20分	1講	呼吸管理に必要な解剖と生理	60分
	人工呼吸器管理の基本	30分	2講	気道確保と気道管理	60分
	質疑応答	10分	3講	人工呼吸の合併症	40分
		気管チューブの管理		30分	
1-2	呼吸理学療法	20分	4講		VAP予防・口腔ケア
	人工呼吸器装着患者のケア	40分		加温・加湿器の管理	
1-3	人工呼吸器状況別トラブル対策	30分	5講	鎮静方法	50分
	人工呼吸器保守点検	30分		呼吸理学療法	
総時間		3時間		演習	30分
			2日目		
			6講	人工呼吸器の機構	90分
			7講	人工呼吸器の保守点検	50分
				人工呼吸器職場内教育の要点	30分
			8講	人工呼吸器の操作方法	200分
			3日目		
			9講	演習	240分
				加温・加湿器の取り扱い	
			総時間		15時間30分

## 5. 人工呼吸器点検パトロールの実際

### 1) パトロールメンバー：

医師，専門認定看護師1名（急性・重症患者看護専門NS，集中ケア認定NS，救急看護認定NS，小児救急認定NS）  
人工呼吸器認定者2名，臨床工学技士，理学療法士

### 2) 点検内容：チェックリストに基づき，人工呼吸器の設定・接続について点検

ベッド周囲の環境整備，事故抜管時の準備など

### 3) 点検結果：結果は診療録へ記載し，当該部署へフィードバックするとともに，主治医や看護師からの相談・指導を行う

### 4) ミーティング：パトロール結果について協議し，指摘事項についてはWG，認定者協議会で検討

## 6. 人工呼吸器点検パトロール風景



病棟を訪問し、人工呼吸器の使用状況を把握します。



主治医や担当看護師から治療状況を聞き取り、相談・指導を行います。



チェックリストを読み上げながら、人工呼吸器が正しく設定されているかの確認に細心の注意を払います。

## 7. 成果

- 1) 各病棟での『人工呼吸器管理における』指導的役割を担う看護師が増加した
- 2) 人工呼吸器に関連したインシデントが減少した  
3b以上は平成16年度以降発生なし、3aは平成20年度以降発生なし
- 3) 多職種がチームに参画することで、患者の病態に合わせたアドバイスが可能となった
- 4) 現場に則した人工呼吸器マニュアルが整備された

## 8. 具体的な例

### \*パトロールでの現場からの声

- ・ アラーム設定したいが設定値がわからない
- ・ 医師によって設定値がバラバラ



人工呼吸器本体に  
アラーム設定値を表示

- ・ 設定値がわかりやすくなった
- ・ チェックがしやすくなった



**【アラーム設定】**

- ・ 気道内圧 実測値+10cmH<sub>2</sub>O程度
- ・ 長分岐換気量 実測値の0.7倍程度
- ・ 高分岐換気量 実測値の1.2~1.5倍程度

- ・ 人工呼吸器回路（蛇管）の破損等のリスク（耐久性？）  
⇒ディスポ回路の導入の検討
- ・ 呼気バクテリアフィルターの交換は、24時間毎に行うことが推奨されているが、交換日時の記載がなく確認が困難  
⇒フィルターに交換日時・時間の記載を徹底

## 9. アピール点

- 1) 独自の院内認定資格制度として『人工呼吸器安全管理認定者』を養成している
- 2) 人工呼吸器装着患者に対する医師，看護師，臨床工学技士，理学療法士による有効なチーム医療の実践が可能となっている
- 3) 平成24年度から，人工呼吸器認定者の更新制度を導入し，認定者のスキルアップを図るとともに，パトロールの質向上を目指している

第24回医療安全協議会総会

第1回 Patient Safety & Quality Award

# 外来診療 患者誤認防止システム

—前線・中盤・最終ラインで守る—



旭川医科大学医療安全管理部

MAY. 20, 2014 @ OSAKA UNIVERSITY CONVENTION CENTER

## 取り組みの概要

- 医師が外来で患者の診察を開始し終了するまでの3つの場面で患者誤認を防止することを可能とするシステムを構築した。
- 本格運用から3カ月経過したに過ぎないが、患者誤認を防止できた事例を複数経験した。

## 取り組みの背景と経過

- 2011年：外来診療の場面で発生する患者誤認インシデントの増加が確認された。



- 対策が旭川医科大学病院における安全管理上の重要なテーマになった。



- 診療券が患者と一体となって動くことが最も重要と考え、2012年3月から診療券携行ホルダーを導入した。

2

## 診療券携行ホルダーの開発



### 基本コンセプト

**診療券と患者が一体  
となって動く**

3

## 取り組みの経過

- 診療券が患者と一体となって動くことが最も重要と考え、2012年3月から診療券携行ホルダーを導入した。



- 2013年3月：オーダーリングシステム上で患者照合を実現



- 2014年1月：電子カルテの導入にあわせて SIMPO (*Secured Identification Method for Patient Safety in Outpatient Practice*) の本格運用を開始した。

4

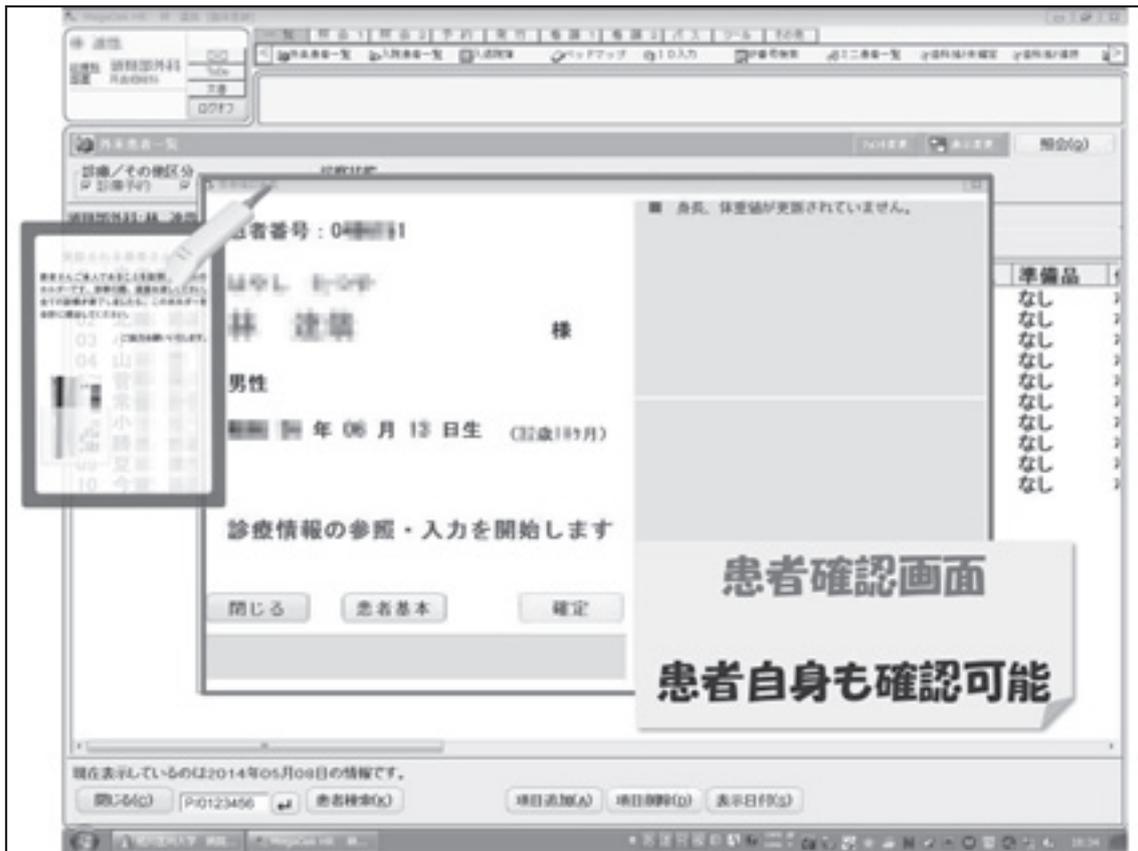
## SIMPOは3つの関門で誤認防止

*Secured Identification Method for Patient Safety in Outpatient Practice*



- **前線から守る**：診療券をバーコードリーダーにかざすと電子カルテが起動

5



# SIMP0は3つの関門で誤認防止

Secured Identification Method for Patient Safety in Outpatient Practice

## ② 中盤で守る: 患者予約リストから電子カルテを起動

S	患者氏名	患者	患者	性	年齢	予約区分	予	来院	診療状況	検	他	準備品
01	鈴木 隆子	鈴木	隆子	女	88歳10ヶ月	診察予約	08:30	未来院	なし	なし		
02	北原 美穂子	北原	美穂子	女	77歳7ヶ月	診察予約	09:00	未来院	なし	なし		
03	小川 隆子	小川	隆子	女	77歳2ヶ月	診察予約	09:00	未来院	なし	なし		
04	山崎 隆子	山崎	隆子	女	77歳6ヶ月	診察予約	09:00	未来院	なし	なし		
05	菅原 隆子	菅原	隆子	女	77歳9ヶ月	診察予約	09:00	未来院	なし	なし		
06	菅原 隆子	菅原	隆子	女	77歳11ヶ月	診察予約	09:30	未来院	なし	なし		
07	小川 隆子	小川	隆子	女	77歳1ヶ月	診察予約	09:30	未来院	なし	なし		
08	鈴木 隆子	鈴木	隆子	女	77歳11月1日	診察予約	09:30	未来院	なし	なし		
09	北原 隆子	北原	隆子	女	77歳2ヶ月	診察予約	10:00	未来院	なし	なし		
10	今野 隆子	今野	隆子	女	77歳2ヶ月	診察予約	10:00	未来院	なし	なし		

8

① 未照合なので→赤色  
このボタンをクリック

④ 「患者照合ボタン」は青色に

中盤で守る

# SIMP0は3つの関門で誤認防止

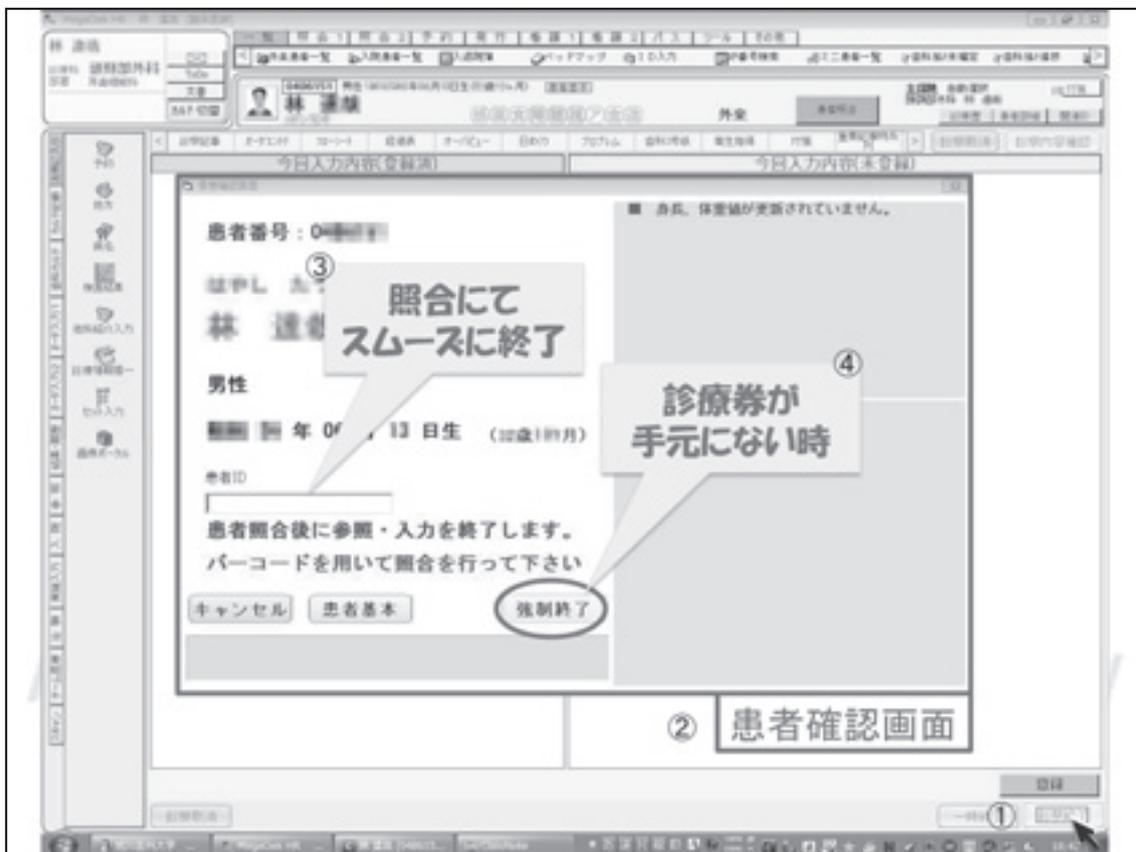
Secured Identification Method for Patient Safety in Outpatient Practice

● 最終ラインで守る: カルテ終了時にはオーダーが発生



● 重大インシデントを防ぐ最も重要な場面

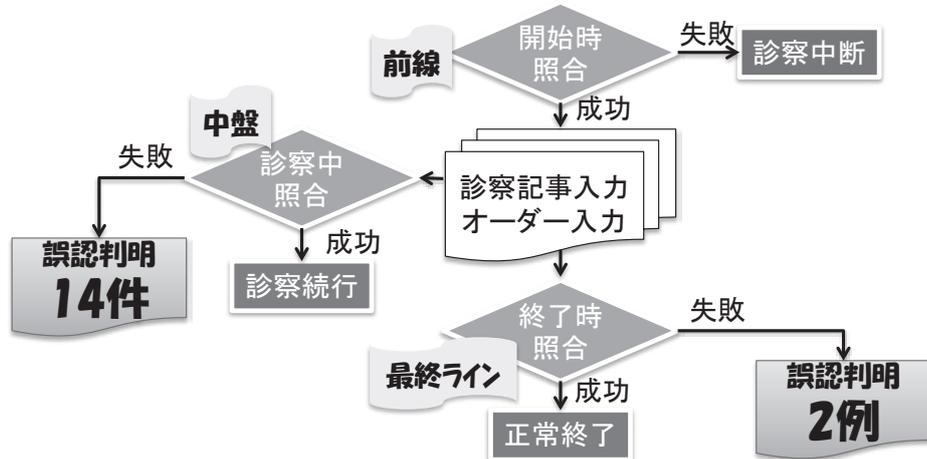
10



# SIMPOの実績

Secured Identification Method for Patient Safety in Outpatient Practice

● サーバーに残るログ情報から誤認防止例を抽出



合計16件の誤認防止(3ヶ月間)

12

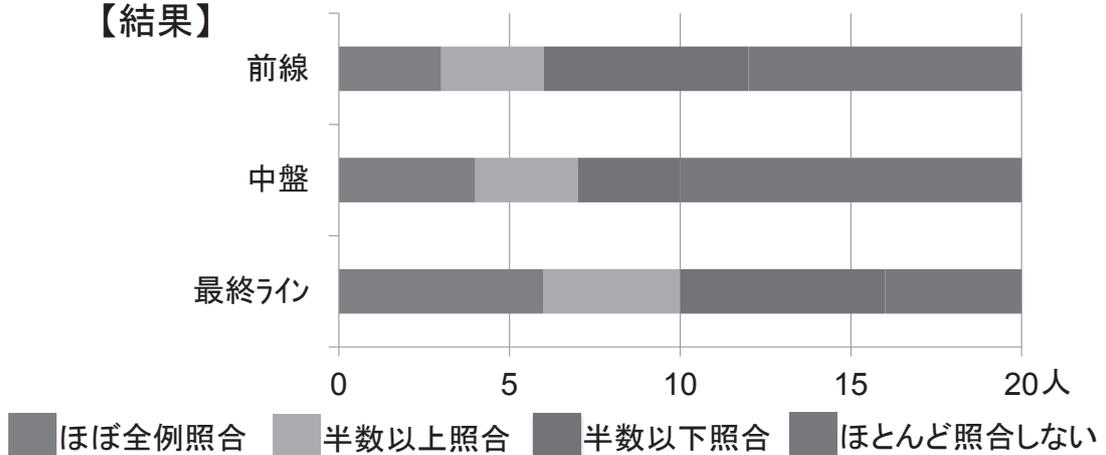
# SIMPOの課題

Secured Identification Method for Patient Safety in Outpatient Practice

● 利用者である医師のSIMPO利用状況を調査

【対象と方法】 医師20名に対しアンケート調査を実施

【結果】



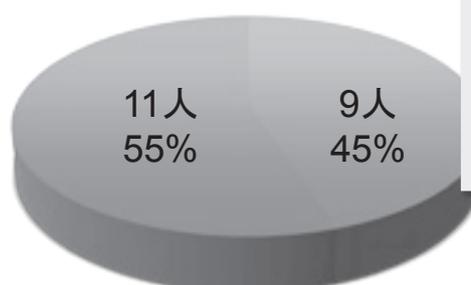
13

# SIMPOの課題

*Secured Identification Method for Patient Safety in Outpatient Practice*

- 利用者である医師のSIMPO利用状況を調査  
【対象と方法】 医師20名に対しアンケート調査を実施  
【結果】・照合で患者誤認を回避した経験→20名中1名

- ・ **強制終了** を押す時に  
抵抗感を感じるか？



照合を行わず、  
「強制終了」に抵抗感を感じない  
22～33%が危険

■ 感じる ■ 感じない

14

## まとめ

- 外来診療の場面で発生する患者誤認インシデントを防止するシステム(SIMPO)を開発した。
- 本格運用から3カ月を経過したに過ぎないが16件の誤認防止例を経験した。
- 医師の利用率は十分とは言えず、患者誤認インシデントの重大性、照合の重要性に対する啓蒙機会を増やす必要があると考えられた。
- 誤認防止例を短期間に複数経験したことから、課題の克服によりSIMPOの更なる進歩が期待された。

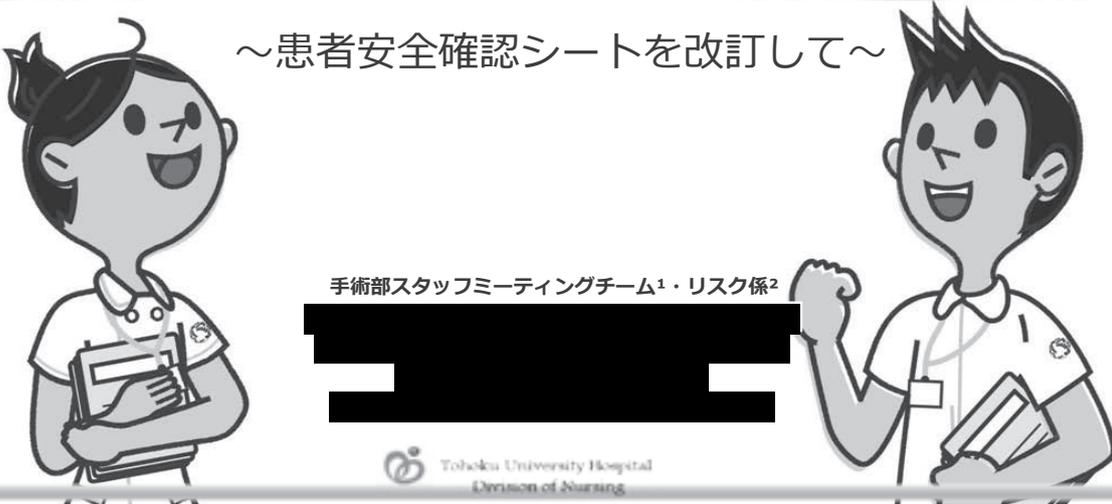
15



# 手術オカレンス報告の分析より 見えてきたこと

～患者安全確認シートを改訂して～

手術部スタッフミーティングチーム<sup>1</sup>・リスク係<sup>2</sup>



Tohoku University Hospital  
Division of Nursing

## 導入当初の手術患者安全確認シート

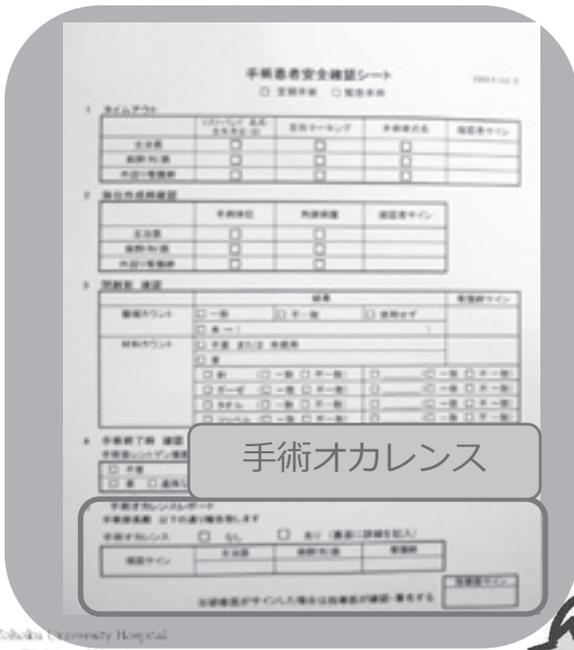
2009年より導入

<目的>

- 患者誤認・部位誤認・体内遺残の防止
- インシデントやヒヤリハットの事象を手術オカレンスとして報告義務を課した

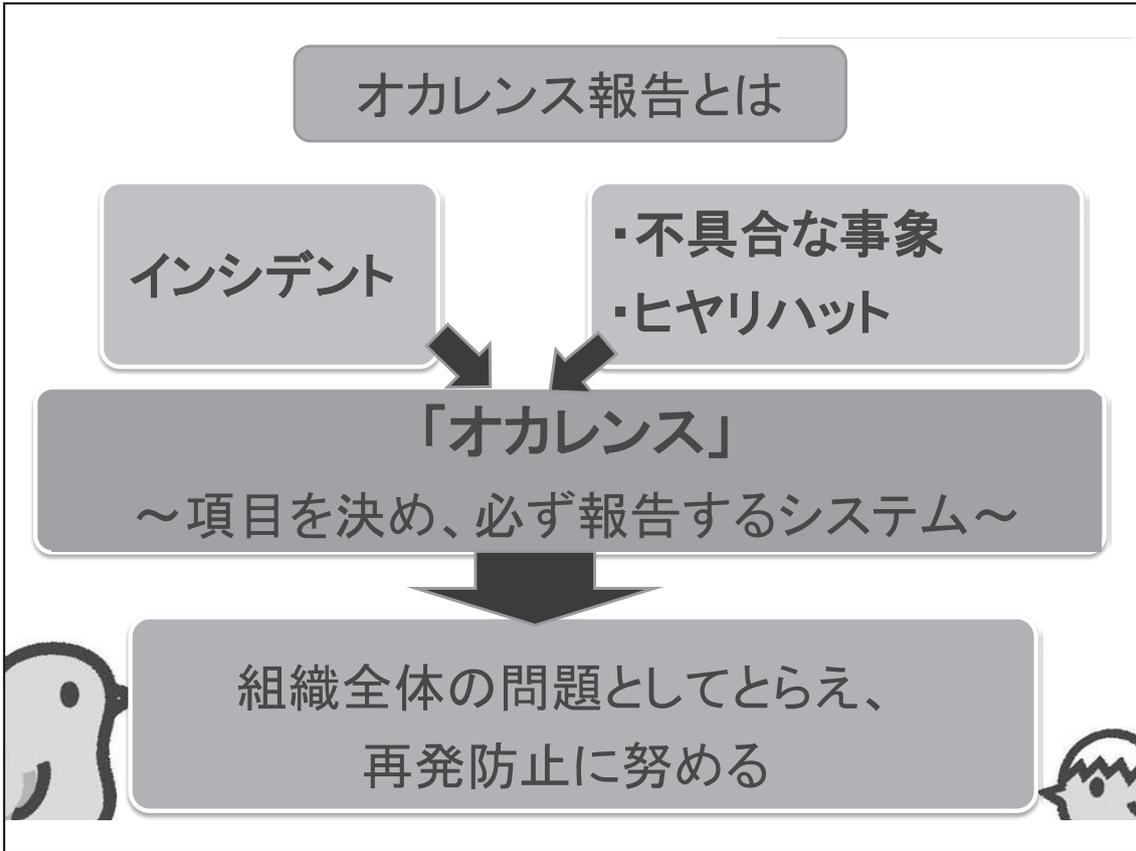
↓

**組織全体の問題**として  
とらえ**再発防止**に努める



手術オカレンス

Tohoku University Hospital  
Division of Nursing



**手術患者安全確認シート 2012年改訂版**

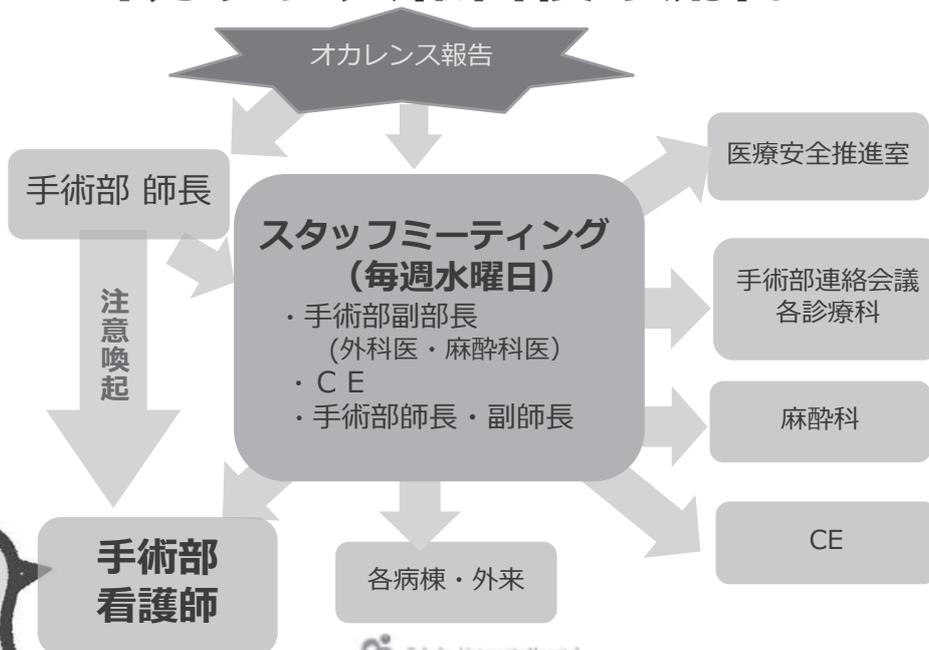
手術安全  
チェックリスト

オカレンス報告

### オカレンス番号 (一部)

大項目	番号	内 容
1 確認	1	患者取り違え
	2	手術部位・術式・体位の手術部への連絡不備（入室までに連絡がなかったもの）
	37	入退室に関する事象
	38	絶飲食に関すること（緊急でやむを得ない場合は除く）
	3	同意書の取り忘れ
	39	同意書の持参忘れ
	4	タイムアウト取り忘れ
	5	緊急等によるタイムアウト未実施
	40	マーキング未実施
	2 手術	6
7		予定外の手術実施（インフォームドコンセントを取っていないもの）
8		手術室入室後の手術中止
9		切除組織の紛失または取り違え等
10		退室前の再手術
11		予定していない再手術（2週間以内）
12		術中心停止

### オカレンス報告後の流れ



### 項目別・年別オカレンスの割合（一部抜粋）

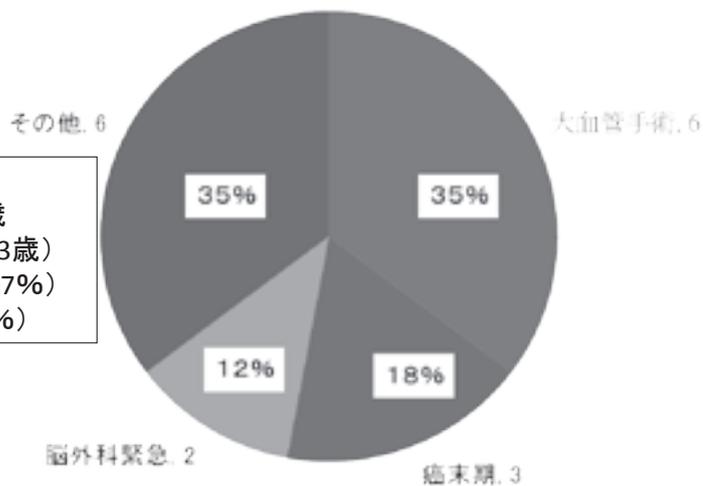


	23年	24年	25年
手術件数	7256	8133	8326
オカレンス件数	1423	1682	1096
割合	19.6%	20.7%	22.8%

## 東北大学2011年度死亡退院848例 （緩和病棟205例、救急188例）

術後30日以内死亡17例/手術6989例(0.25%)

平均年齢:60.6歳  
年齢中央値:66歳  
(3-83歳)  
緊急手術:11(64.7%)  
合併症:14(82.4%)



## 1 : 手術部への連絡不備(術式/体位/部位等)

患者入室後に術式/体位/部位/使用物品の変更を指示

改めて物品の準備・機器配置のやり直し…  
時には麻酔導入後の患者の移動が伴うことも…

時間・物品  
の損害大

2012年改訂時  
「病棟にて確認」欄を追加

申し込み内容と異なっていれば、  
執刀医が事前に気付いて手術部へ  
連絡する！

連絡不備が4割減少！

## 2 : 手術時間の延長(申込時間の1.5倍以上)

- ①「手術患者安全確認シート」で、執刀前に予定手術時間を述べる
- ②手術部連絡会議で各診療科へできるだけ正確な時間の入力进行を要請
- ③システムの手術予約時間枠を細かく設定するように改善

より効率の良い手術部運営

## 3 : 皮膚障害

原因で多いもの・・・薬液（消毒薬など）、滅菌ドレープの剥離、  
体位固定による圧迫・ずれ など

皮膚障害のあった症例ごとに原因の分析と対策を検討  
(例) 消毒薬の垂れ込み防止、ドレープ剥離手技の周知、  
体位固定時の工夫…等

## 増加傾向にあったオカレンス項目

1、入室時の絶飲食・入室時間に関するトラブル

2013年のオカレンス追加項目に  
「入退室に関する事象」  
「絶飲食に関する事象」  
を追加した。

3、カルテ・同意書忘れ

## 同意書の取り忘れ・持参忘れの変化

2012年より手術部で同意書持参の確認を開始

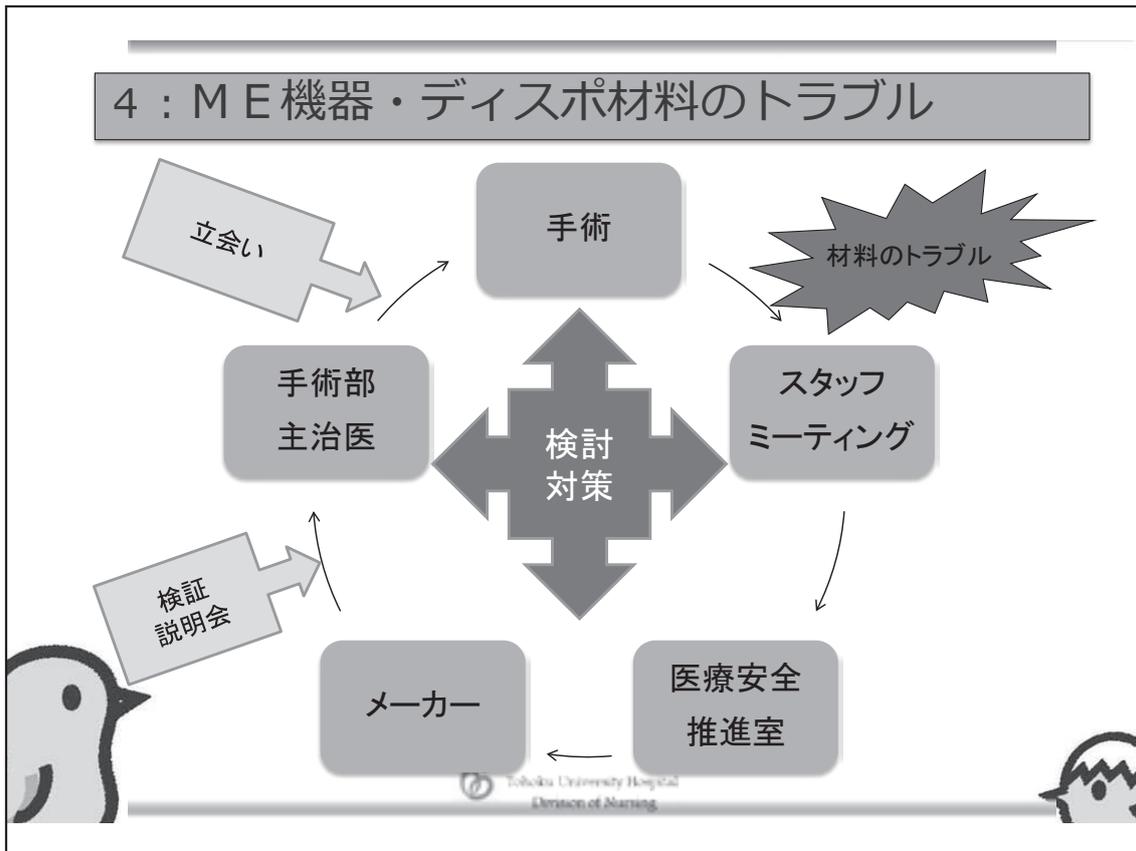
同意書を取っていない！  
同意書を忘れてきた！

月に2~5件

注意喚起

同意書忘れの減少

10月以降  
0~1件/月



### 苦労した点

- 手術患者安全確認シートの導入時

「面倒くさい」

「時間がもったいない」

クレームが多く  
定着するのに2ヶ月半かった！

Toboku University Hospital  
Division of Nursing

## まとめ

1. オカレンス報告の集計・分析・検討を定期的に行い、対策を実施することは、手術に関する不具合を減少させる効果がある。
2. 「手術患者安全確認シート」見直し・改善を行うことは有効である。



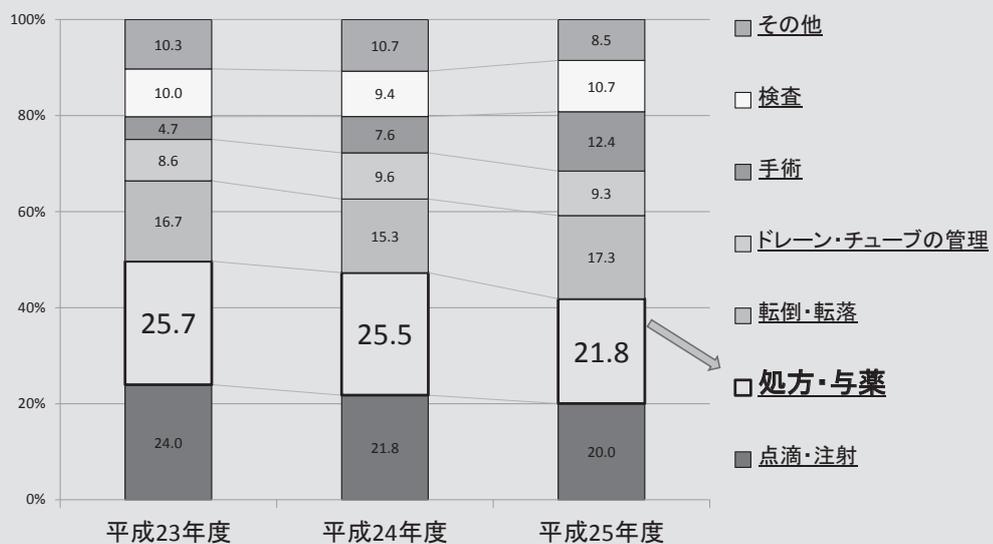
# 内服薬の飲み間違いを予防する 薬袋表示の改善事例



山形大学医学部附属病院  
副看護部長

医療安全管理部 GRM

## インシデントの年次推移 (薬剤関係のインシデント割合)

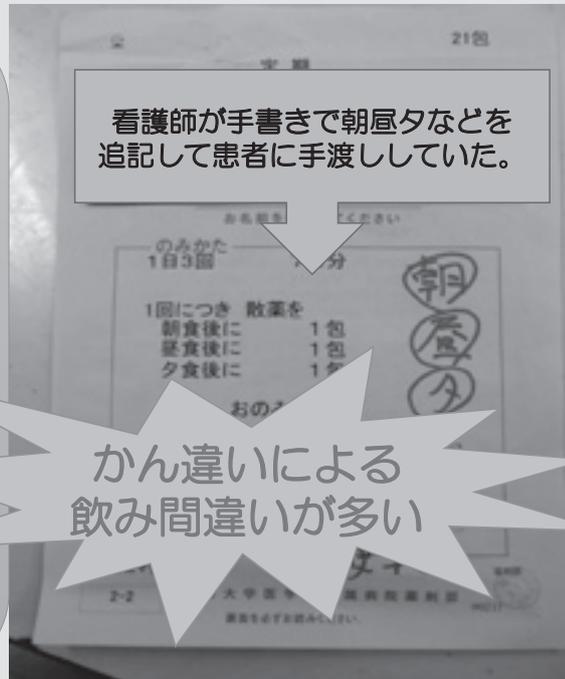


## 当院における内服薬管理

### 1. 看護師管理方式 与薬カートを用いて配薬



### 2. 自己管理方式 患者が管理し内服する。 患者に方法などを説明し、薬袋を渡している。



## 確実な内服管理への取り組み PDCAサイクル

70歳台4割  
80歳以上2割

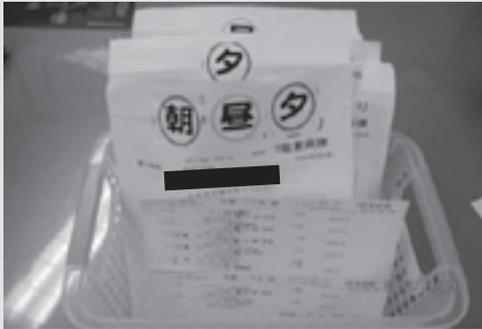
- ・高齢者が多い
- ・内服薬の種類・薬袋数が多い
- ・変更も多く複雑
- ・急性期や術後で状態が不安定

これまでは・・・  
確実な内服治療のため  
看護師管理≫自己管理

患者は、退院後のセルフコントロールが重要  
入院中から自己管理能力を高める支援が必要

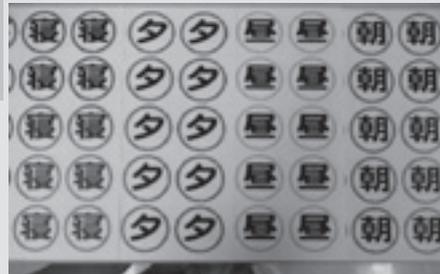
自己管理を支援しながら、確実な内服管理を行う

## A病棟の取り組み 内服薬袋シールの導入（飲み間違い予防）



- 薬剤師からの協力
- 高齢者にも見やすい大きな色別されたシール
- くすり籠入っている状態や薬袋数が多くても、  
わかりやすく！  
取り出しやすい！

わかりやすく、取り出しやすい  
患者さんからも好評



## 内服薬袋に手作りシールを導入後の課題



薬剤師からの協力  
高齢者にも見やすい  
大きく色別されたシール

### 取り組み後の課題

- 配薬カートの色とシールの色が異なっているため、統一する必要がある。
- 薬剤師がシール作成
- 看護師が薬袋に貼付



## PDCAサイクルによる 継続的改善の取組内容

- PDCAサイクル事例発表会
- 大講堂



確実な内服管理への取り組みをA病棟が発表

## B病棟における内服薬管理

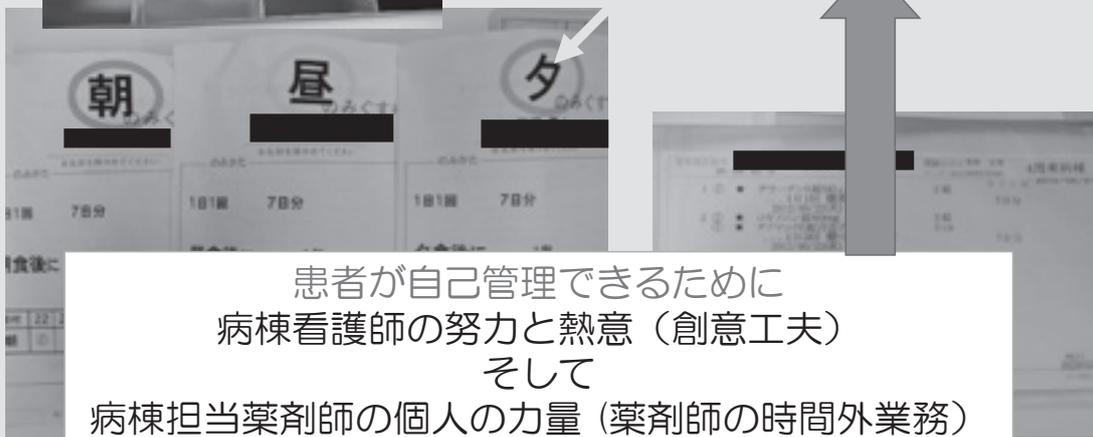


薬袋の色を統一し、薬袋に印刷

朝:みどり

昼:きいろ

夕:ピンク



## 薬剤部との連携で病院全体に普及

①朝・昼・夕・寝る前を配薬カートボックスと同じ色。左図のように明示を追加。

②処方された薬剤名が表示される。

③錠数が表示

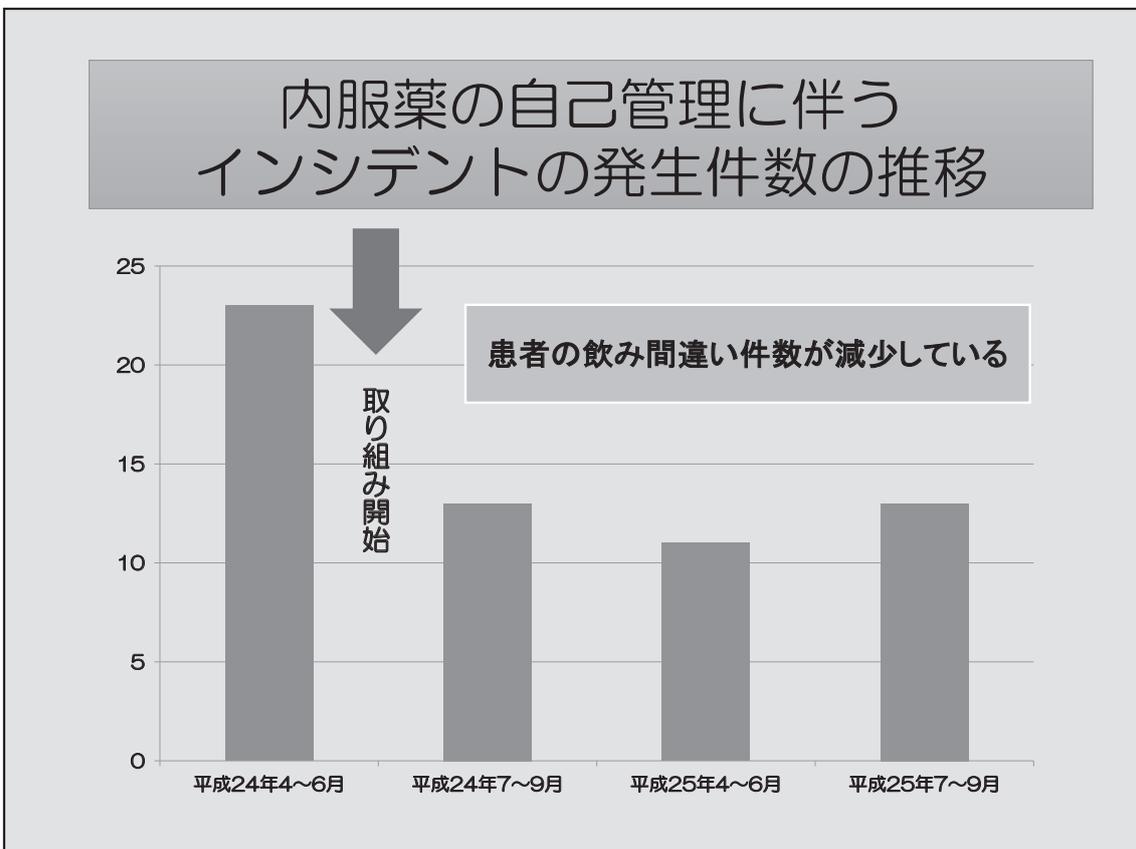
④薬袋の裏は透明で錠剤の種類と残数が一目でわかる

処方箋のフリーコメント(時間など)は、反映しない。用法が表示されるため、指示確認が必要です。

対象: 定期・臨時・退院処方に適用  
但し、処方箋のフリーコメント(時間など)は、反映しない。間違った用法が表示されるため、指示確認と修正を看護師が責任を持って行う。  
(9時・15時・21時など)

注意: 次のものは表示されません。  
・時間指定のあるもの  
(起床時・食間薬など)

医療安全管理部



# 医療安全ニュース発行

**医療安全ニュース** Vol.1  
2012.7.12(木)  
医療安全管理部

今月より、医療安全に関する情報をより活用していただくために、医療安全ニュースを発行いたします。詳細は、サブスクマナーミーティング資料をご覧ください。

**1月の行動目標**  
責任ある「確認行動」ができる。

**1.薬袋に「朝・昼・夕・夜」をカラー表示。**  
2.インスリン指示書が改訂されました！  
1) カラープリンターを選択してご使用下さい。  
2) ①から順番に確認することが大切です！  
3) 「経鼻経腸栄養法の説明と同意に関するフローチャート」と「せん妄アセスメントシート」ができました。場所：JHJYO 文書作成→共通文書

**4.氷冷機のエアシューターでの搬送ができるようになりました。**  
1) 対象は緊急検査(アンモニア・乳酸・BNP)  
2) 搬送前は電話連絡を忘れずに！  
2) エアシューターからスポンジなどはみ出し注意！

本日、夕方より運用開始となります。ご意見、ご指摘、お待ちしております！

このニュースは、申し送りや目立つ場所への掲示してスタッフの周知にお役立て下さい！

**警鐘的事例**

- 医師がオーダー入力後、看護婦に声をかけず、当日点滴実施の指示が行われなかった。→声がけ忘れずに。
- インスリン指示の基本投与忘れやスライディングスケール忘れ  
→①～順に省略せず確認を。
- ネクスサス使用中の患者がローリングした際に転落  
→リスクを認識した観察と適切なエアマットの選択を。

平成24年7月から医療安全ニュースを発行し、注意喚起事例や共通の対策などを取り上げて、職員全体に周知している。



○Good Job

○はなまる事例紹介

## ご清聴ありがとうございました。



これからも  
がんばります。



ありがとう  
ございました。



第1回 Patient Safety & Quality Award

**Event-oriented** な事例収集と紛争解決への道筋  
- 医療安全担当者と医事訴訟担当者の早期連携 -

筑波大学附属病院

IMAGINE THE FUTURE.

 背景

ヒヤリハット(インシデント)報告対象

▪ **Complaint-oriented**

(苦情があったら報告する)

▪ **Event-oriented**

(特定の有害事象があったら報告する)

IMAGINE THE FUTURE.

## 背景

筑波大学附属病院では  
オカレンスとして報告すべき対象(2001年～)

# Event-oriented

2004年の独法化後10年間の歩みを  
病院組織のリスクマネジメントと  
損害賠償額の観点から検証した。

IMAGINE THE FUTURE.

## 具体的な内容

□報告義務のある Event(有害事象)  
外来医療 16項目 入院医療 35項目

□10年間に約4,793件の報告

→ 845件 [ 医療安全担当者が、影響度  
3b以上と判定した事例 ]

全症例提示

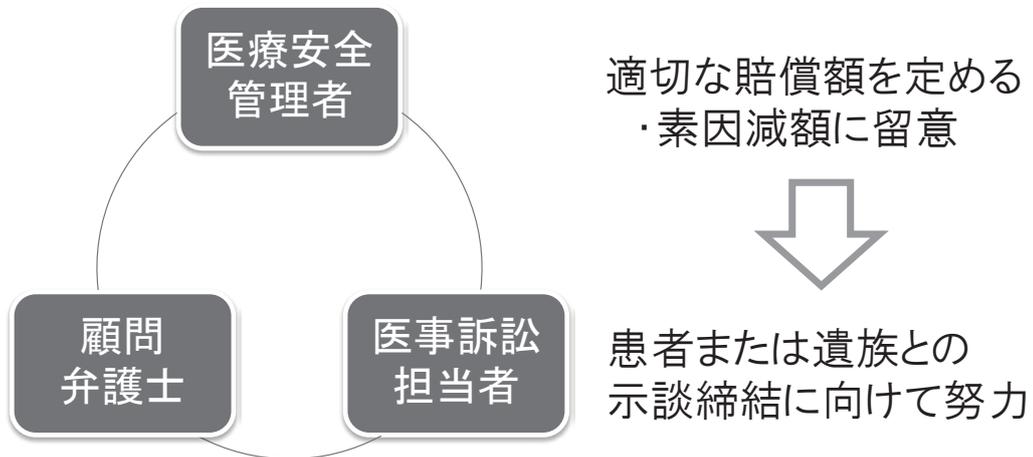
- ・リスクマネジメント委員会(平均7件/月)
- ・ピアレビュー委員会等(計36回開催)

⇒審議等を経て過失の有無を判定し、対応をきめる。

IMAGINE THE FUTURE.

## 具体的な内容

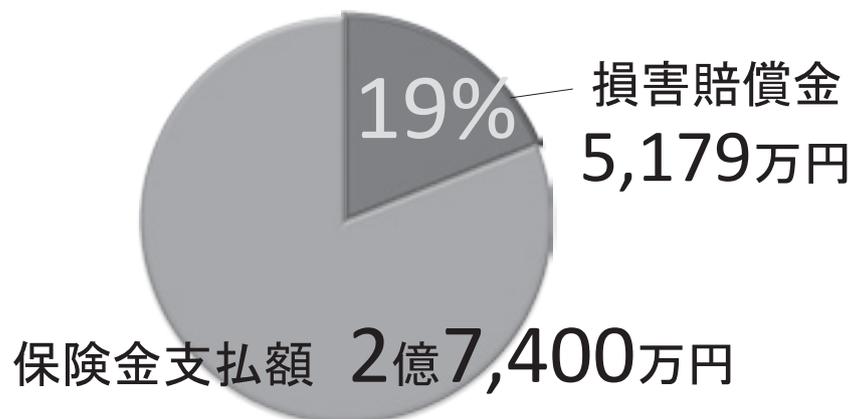
### 「3b以上の医療過誤」と判定された事例



IMAGINE THE FUTURE.

## 効果

10年間で**12**件の示談を締結



※国立大学附属病院全体の損害率は**96±18%**(mean±SD)

IMAGINE THE FUTURE.

## 苦勞した点

### 報告義務のあるイベントの設定

- ・市民の視点から適切に定めることが大切である。
- ・当初は職員から異論もあり、丁寧に説明する必要があった。

### 医事訴訟担当者の育成

- ・医療の影の部分に触れるストレスの多い職種である。
- ・専任の職員を配置する。
- ・励ましながら適切な知識と技能と態度を育成する必要がある。

IMAGINE THE FUTURE.

## 考察

○医事訴訟担当者は、医療安全担当者と連携して、紛争になる前に問題を解決した方がよい。Complaint(苦情)を待ってるようでは遅いのでないか。

○病院長は、Event(有害事象)を早期に発見して、早期に対応できるよう、システムを構築した方がよいだろう。



**Event-oriented な事例を収集することが望まれる。**

IMAGINE THE FUTURE.

 結語

医事訴訟担当者と医療安全管理者が連携し、Event(有害事象)に前向きに取り組み早期に解決する態度に変われば、患者や遺族に疑心がなくなり医療現場が安定する。当事者双方が疲弊するような苦情や訴訟は減少し、職員は働きやすくなり、経営的にも利点が生まれる可能性が高い。

IMAGINE THE FUTURE.



# インシデント・アクシデント事例への 医療メディエーション対応報告

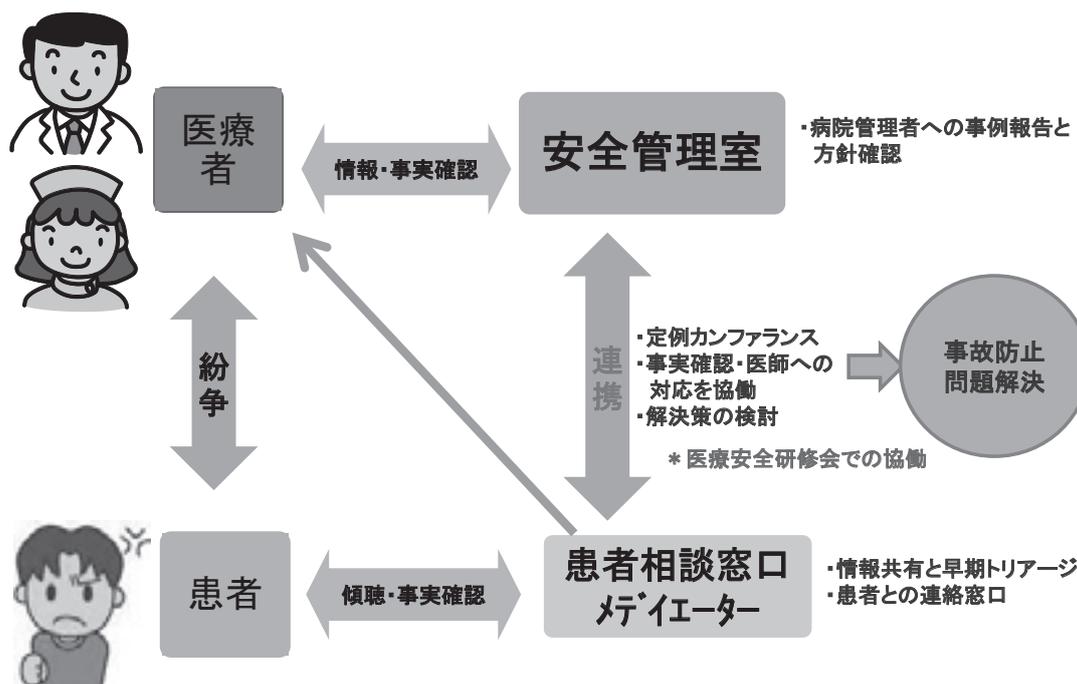


平成26年5月20日

岐阜大学病院

医療安全管理室 GRM: [REDACTED]

## 紛争への対応



医療安全啓発活動として開催した研修会  
研修会のアンケートより..

平成24年度研修開催:

- ・メディエーターによる「院内コンフリクトマネジメントと医療メディエーション」について
- ・警察OBによる「患者対応に関する研修」

平成25年度開催:

- ・「患者支援カンファレンス活動報告」

【自由記載の感想より】

- ・対応方法の勉強になった。
- ・目を見て対応する事を心掛けていきたい
- ・メディエーターが身近になり、設置は心強い

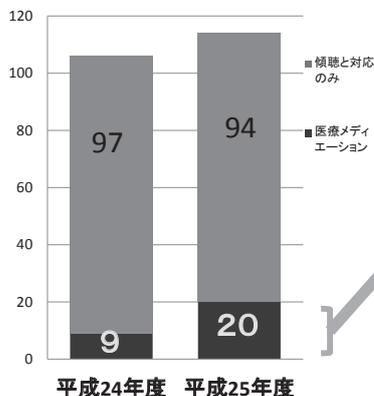
医療事故における紛争の三層構造

引用文献: 和田仁孝・前田正一(2001),医療紛争,P73,医学書院

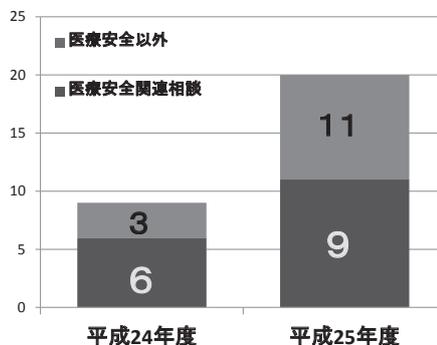


## 苦情・相談窓口対応事例より

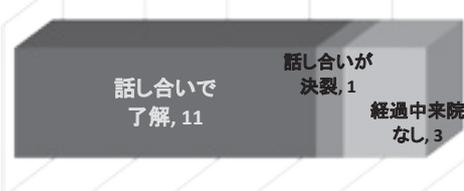
相談・苦情への対応方法



医療メディエーション対応事例の内訳



医療メディエーション対応結果  
平成24年4月から26年3月(全15例)



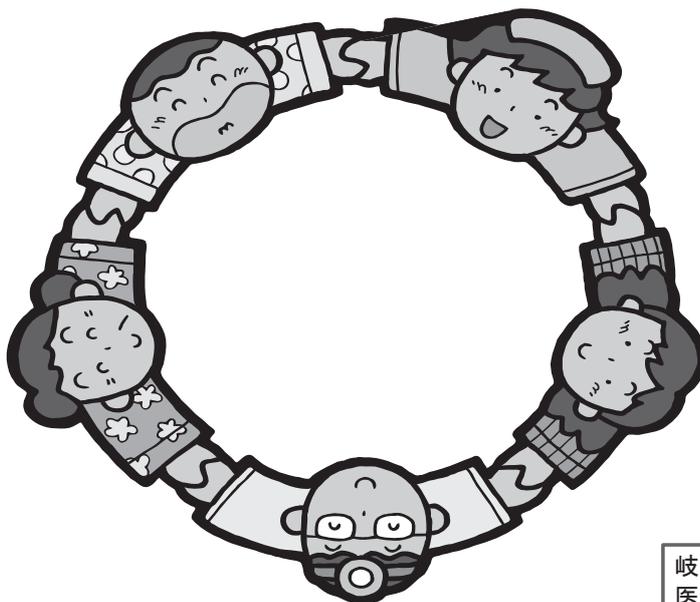
## 対応事例

- 床が濡れていたから転んだのは病院の責任。
- XP単純撮影を繰り返された。説明がない。
- 痛みは昔の手術に原因がある。当時、手術方法の説明がなかった。
- 手術後視力が悪化した。
- 点滴の後、手指がしびれる。
- 無謀な治療のために家族が亡くなった。
- 診療方法がセクハラではないか。
- 内視鏡後の腸管穿孔。
- 術後に腹壁ヘルニアで再手術。 など

## 苦勞した点と課題

- 1) 思い込み、誤解、頑なな患者への対応
- 2) 精神的に不安定な患者への対応
- 3) 過誤がなくとも障害が残ったことへの賠償の要求
- 4) メディエーターの中立性維持
- 5) 全職員メディエーションマインドの実践
- 6) 診療現場での丁寧な説明
- 7) メディエーターと医療安全管理室との密な連携

ご清聴ありがとうございました



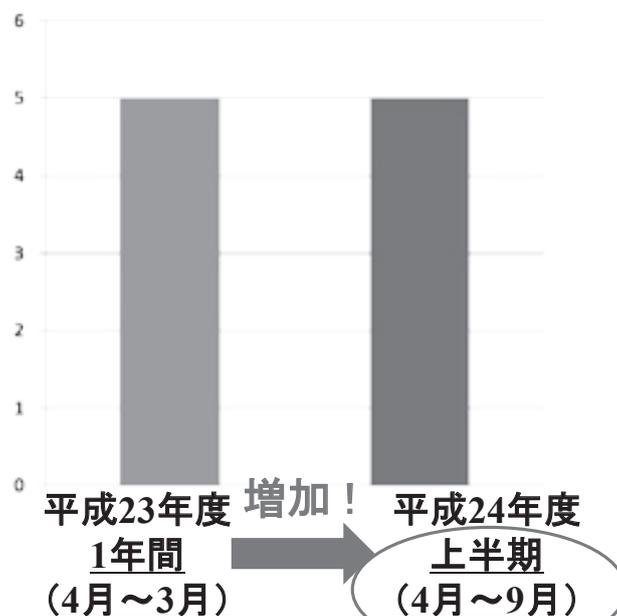
岐阜大学医学部附属病院  
医療安全管理室

# 中心静脈カテーテル挿入に伴う インシデント発生防止を目指した 中心静脈カテーテル挿入施行医 認定制度の導入

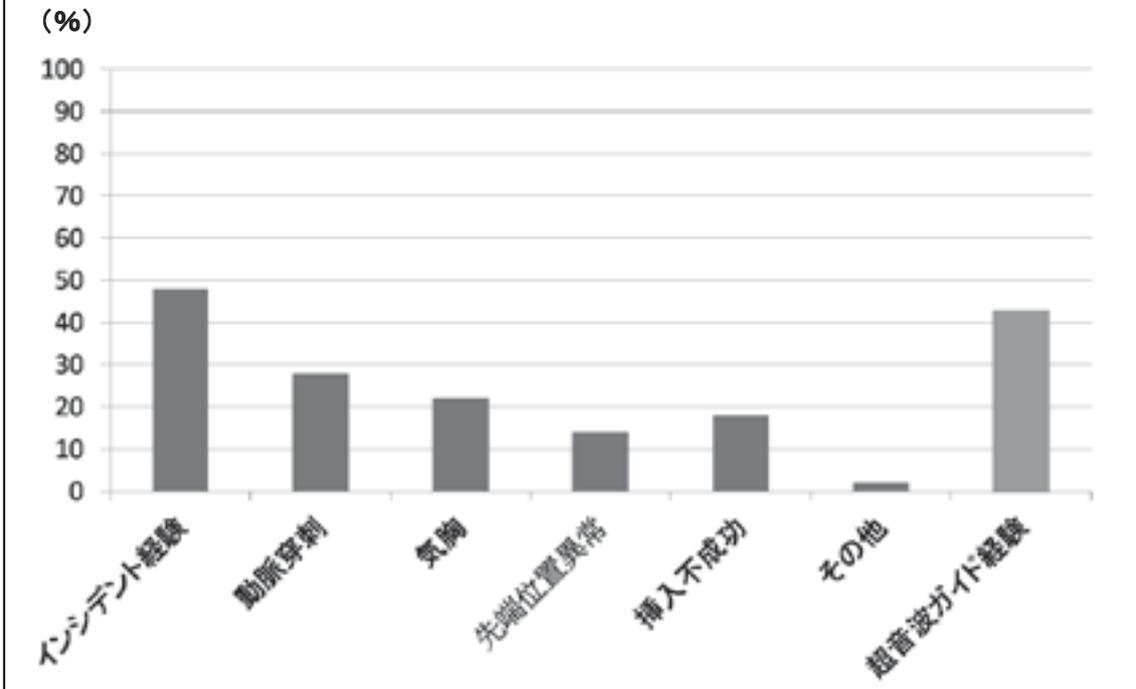
香川大学医学部附属病院  
医療安全管理部

本院の中心静脈カテーテル(CVC)挿入関連  
3bインシデント(気胸・動脈穿刺・血腫)件数

(件数)



## 本院の前期・後期研修医65名へのアンケート (平成24年9月実施)



## 本院のCVC挿入インシデント対策

### 中心静脈カテーテル挿入マニュアル

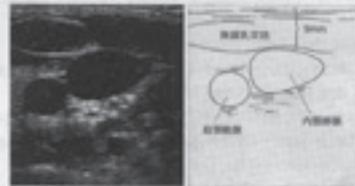
#### (5) 超音波ガイド下の穿刺

内臓穿刺と肝臓穿刺との位置関係には個体差があるため、超音波診断装置にて確認を行うと合併症の発生率を少なくできる。

#### リアルタイムエコーガイド下内頸静脈穿刺

穿刺前にエコーにて血管走行などを確認するだけでなく、実際に穿刺する際にエコープローブを用いてエコー画像を抽出しながら、穿刺針の静脈への到達や貫通を確認し、またエコー画像にてガイドワイヤーやカテーテルが静脈内に設置されていることを確認しながらカテーテルを挿入する方法を「リアルタイムエコーガイド下穿刺法」という。リアルタイムエコーガイド下穿刺法によって、内頸静脈穿刺の成功率を上げ、動脈穿刺などの合併症を減少させることができる。

リアルタイムエコーガイド下穿刺は理想的には、中心静脈カテーテルの挿入が必要な患者の全例に適用されることが望ましい。



2012/09/12

香川大学医学部附属病院

## CVC挿入施行医認定制度導入 (平成24年度10月～)

### 1. 医師免許修得6年未満の医師(初期研修医・後期研修医)

- ①実技研修の受講(医療安全管理部主催):1回
- ②CVカテーテル挿入介助:3回
- ③卒後臨床研修センター長または診療科長の推薦  
▲初期研修医は、指導医の指導下で施行する。

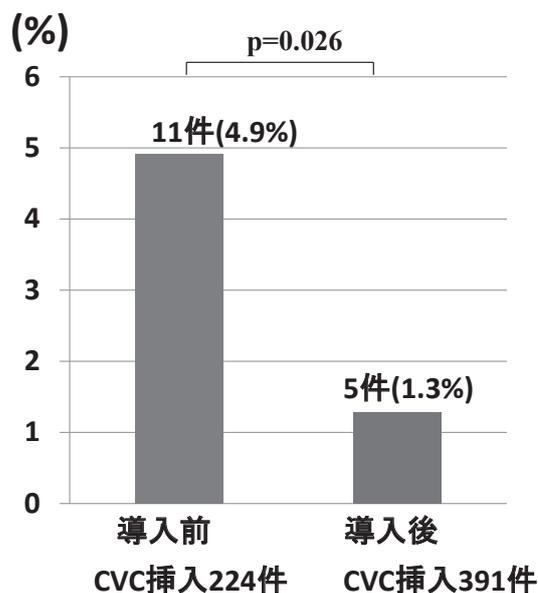
### 2. 医師免許修得後6年以上の医師

- ・所属診療科長の推薦

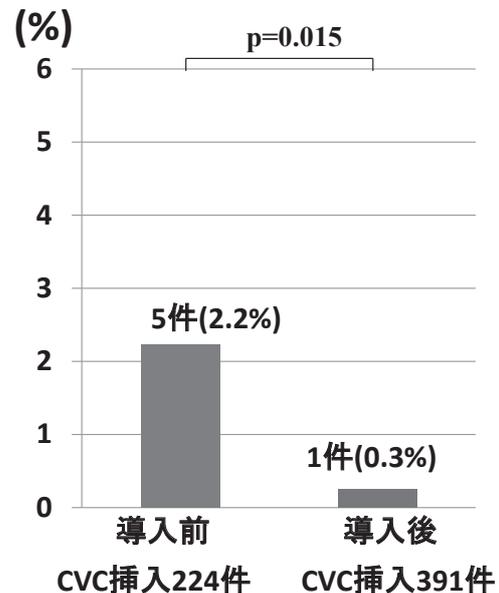


## インシデント発生率の変化

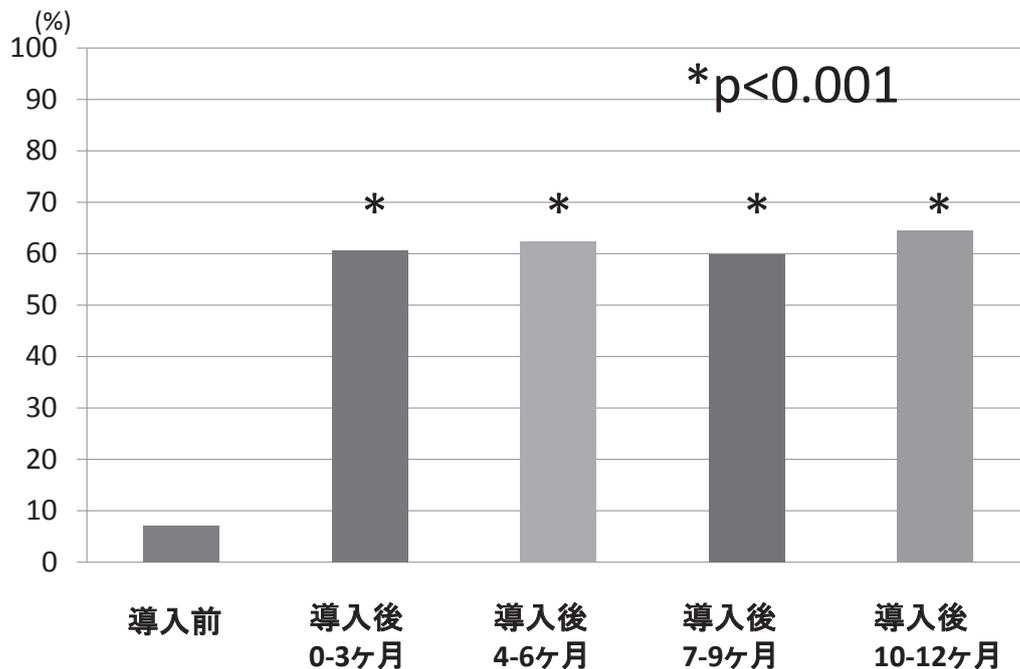
### 総インシデント



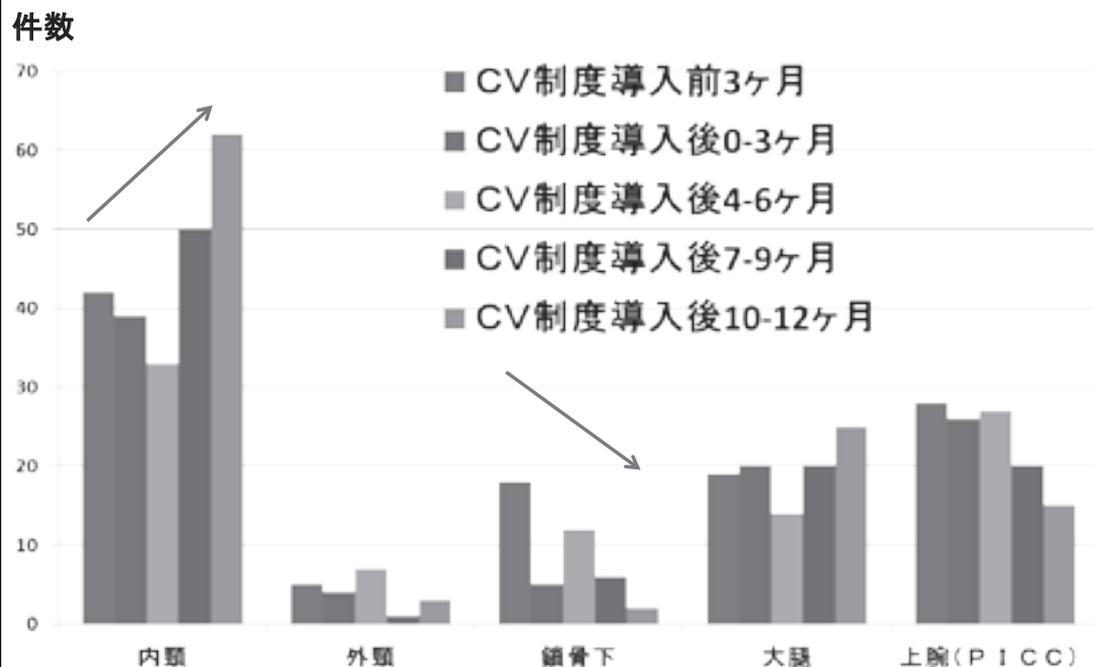
### 3bインシデント



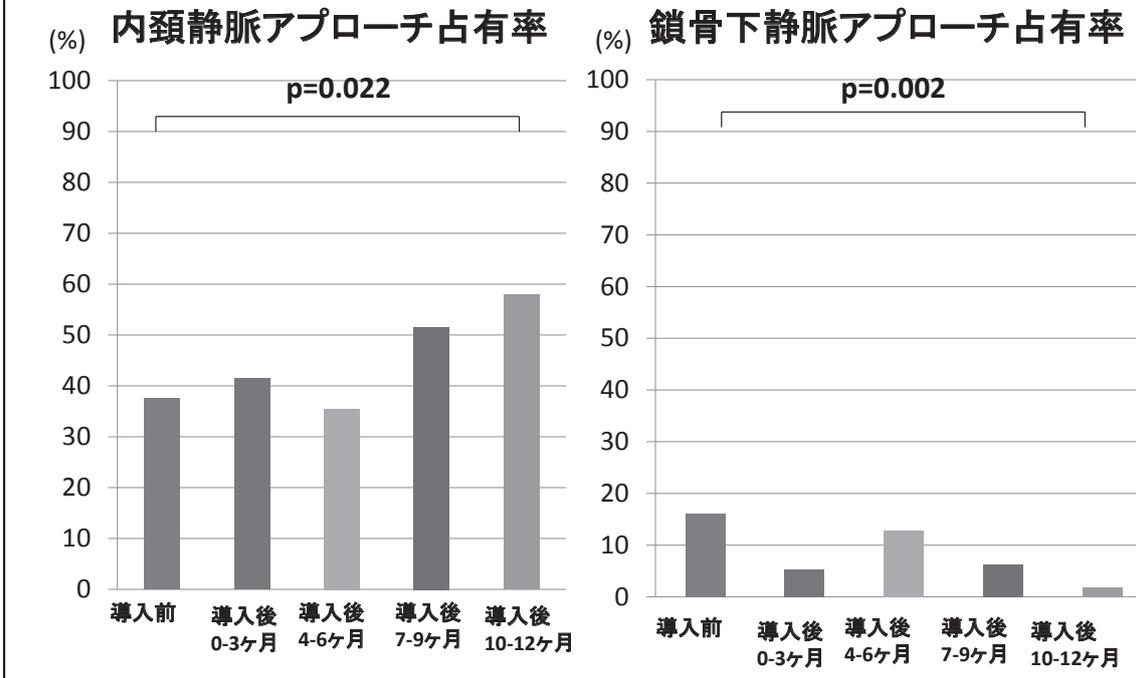
## 超音波ガイド下施行率の変化



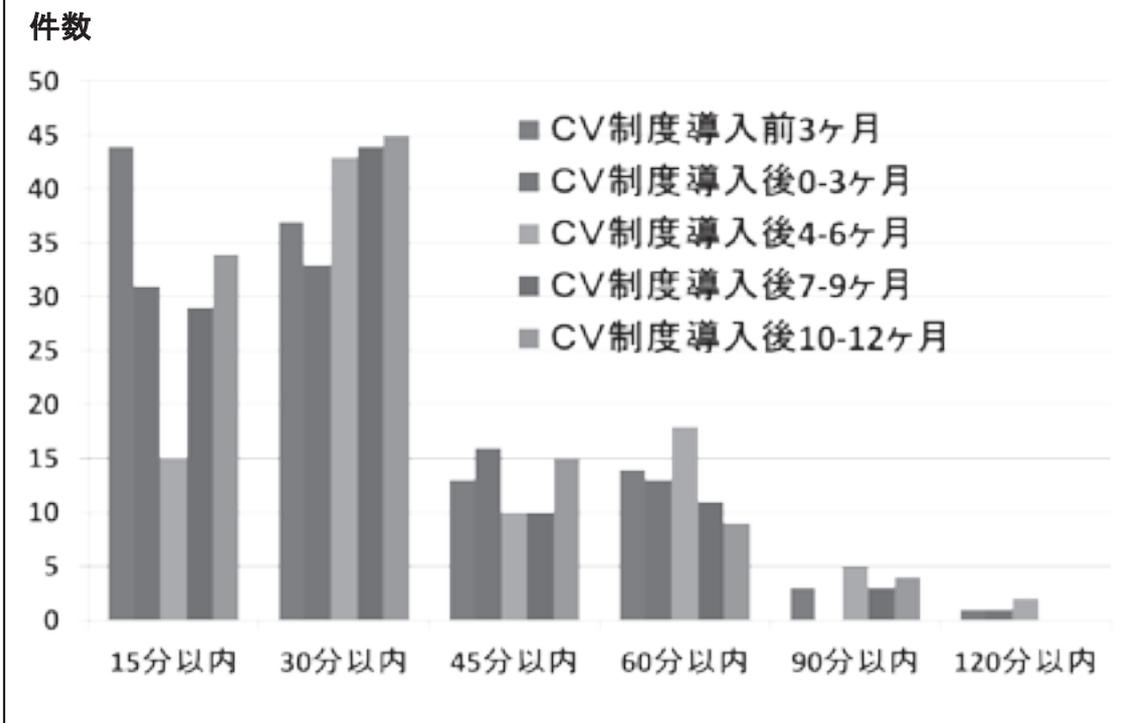
## CVC挿入部位の変化



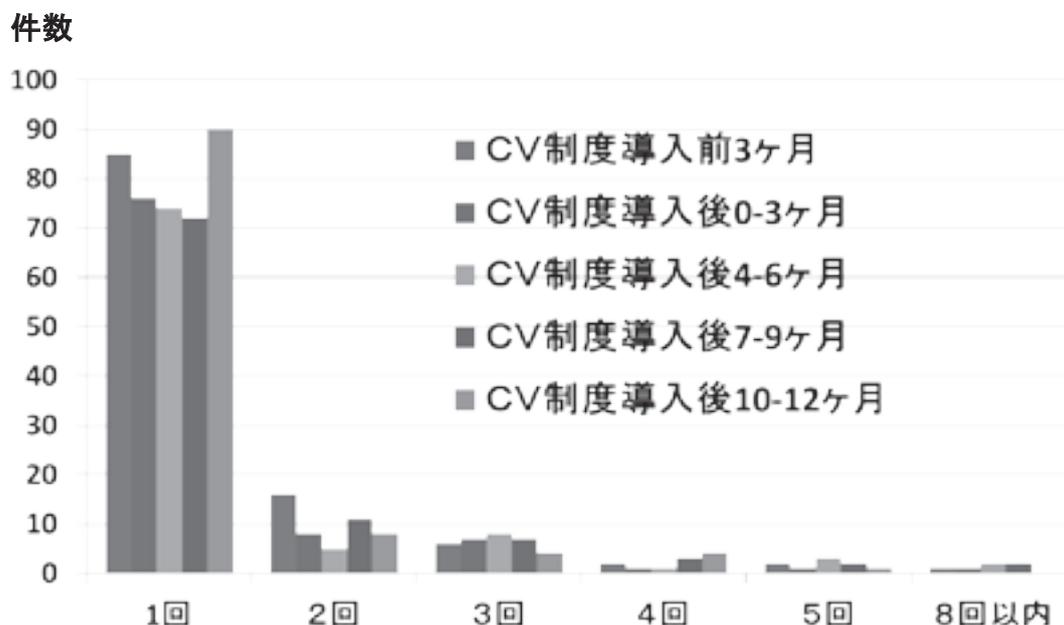
## 挿入部位の変化



## 穿刺時間の変化



## 穿刺回数の変化



### まとめ(1)

- 平成24年10月のCVC挿入施行医制度導入後、3bインシデント数が減少した。



### 要因

- 超音波ガイド下施行率の上昇
- CVC挿入部位の術前検討(鎖骨下→内頸静脈)
- 施行医・指導医間の連携・指導強化
- メディカルスタッフの本制度への理解・協力

## まとめ(2)

- 制度導入後も、穿刺時間が長い例や穿刺回数が多い例は少ないが、存在した。
- 3回以上の穿刺では気胸、動脈穿刺などの合併症発生率は6倍! (McGee DC et al. N Engl J Med. 2003;348:1123-33)



## 今後の対策

- 3回刺しても成功しないときは、術者を交代するか、いったん穿刺を止める。
- 穿刺手技の指導・トレーニング体制を充実させる。

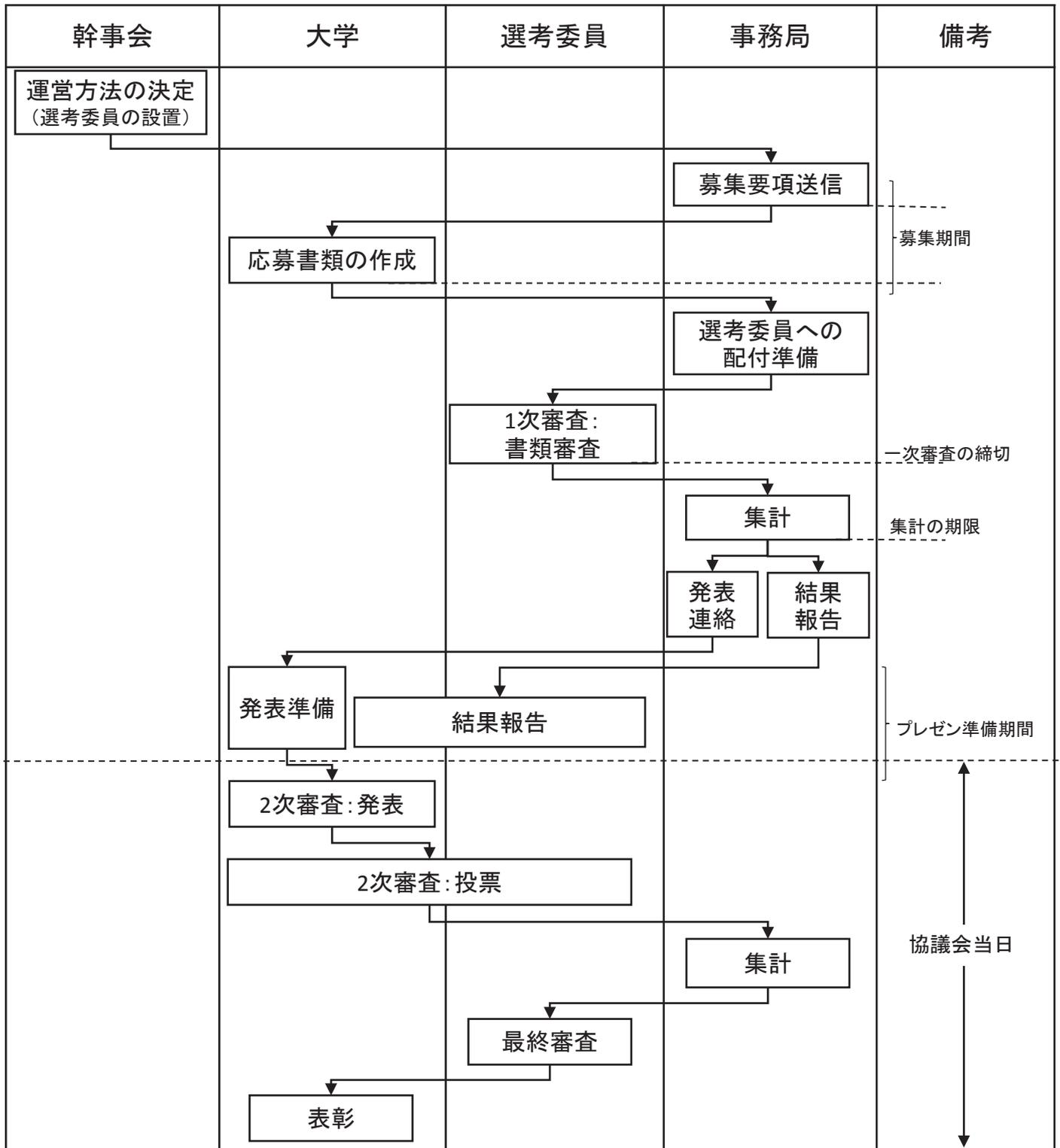
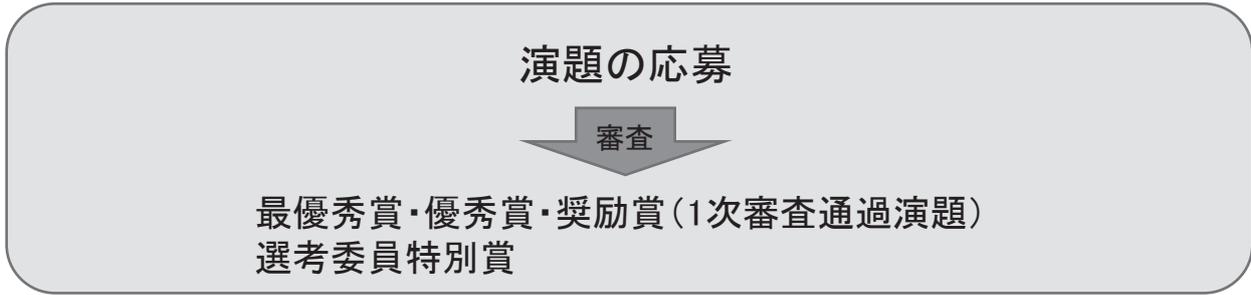


## 第1回 Patient Safety & Quality Award(医療の質・安全大賞)

### 選考委員名簿

委員名	役職・所属・職種等	備考
■■■■■	国立大学附属病院医療安全管理協議会会長代行	委員長
■■■■■	NPO 法人ささえあい医療人権センターCOML 理事長	外部委員
■■■■■	日本経済新聞社 大阪本社 編集局社会部 記者	外部委員 《一次審査まで》
■■■■■	熊本大学医学部附属病院 医師	幹事会委員 (管理者部会)
■■■■■	岡山大学病院 医師	幹事会委員 (GRM 部会)
■■■■■	九州大学病院 歯科医師	幹事会委員 (GRM 部会)
■■■■■	三重大学医学部附属病院 薬剤師	幹事会委員 (GRM 部会)
■■■■■	名古屋大学医学部附属病院 看護師	幹事会委員 (GRM 部会)
■■■■■	広島大学病院 看護師	幹事会委員 (GRM 部会)
■■■■■	山梨大学医学部附属病院 医事課長	幹事会委員 (事務部会)
■■■■■	筑波大学附属病院 医師	特別枠委員

# 第1回 Patient Safety & Quality Award 開催 流れ図



## 第1回 Patient Safety & Quality Award (医療の質・安全大賞) 表彰式

表彰式 司会

名古屋大学医学部附属病院

医療の質・安全管理部 教授

組織の中には様々な課題があります。難しい課題、長く懸念となっている課題、大小様々な課題、それらの一つ一つに実直に向き合って、粘り強く他者に働きかけ、組織の英知を集めて、取り組む。この取り組みは尊く、難易度の高いものだと思います。

まさに、文科省が現在養成を進めている、課題解決能力といったものが問われます。そして今日の表彰式も、この医療安全管理協議会の12年の尊い取り組みの成果なのだと感じます。本当に優劣つけがたい中で、審査員の皆様には、公正で厳粛な審査が行われたと拝見しております。

選考委員講評

NPO 法人ささえあい医療人権センターCOML 理事長

審査の段階から今日を迎えまして、感じましたことをお伝えしたいと思います。

患者の立場ということで今回審査に加わらせていただきました。医療安全の担当者の方々が様々な問題点を抽出し、前向きに取り組まれていることを、患者の立場としても嬉しく感じながら審査させていただきました。

その中で、特に今日ご発表をお聞きして感じたのが、こういう取り組みをされているということ自体を、私たち患者がもっと知る必要があるということです。いろいろ考え、苦勞しながら、こんなに前向きな取り組みをされているのだということ、多くの人に知っていただきたいと、改めて思いました。

今日もメディアの方が取材に来られていると思いますが、私も微力ながら多くの仲間、こういう努力をされている大学病院の方々がいらっしゃることを、まず、今日のフェイスブックから伝えたいと思っています。そして、本当に微力ですけれども、会報誌のなかでもご紹介したいなと思っています。

特に意義深く感じたのは、全国の国立大学病院の医療安全を担当されている皆さんがこんなに多く集まり、それぞれの大学の取組みを、発表を通じて共有され、その共有された取組みが「うちでもやってみようかな」と広がり、繋がっていくという事です。それも、これだけ多くの発表があったのですから、一歩ではなく、同時に10歩ぐらいの広がりになるんじゃないかなということ、改めて感じました。

こういう取り組みをきっかけにして、国立大学病院の皆さんがリーダーシップをとり、全国の医療施設の医療安全レベルをぐっとあげるような、そういう旗振り役になっていただきたいと感じました。

受賞された大学はもちろん、ほかの、一所懸命取り組んでいる大学の皆さんも含めまして、本日は本当におめでとうございます。私たちも一緒に医療安全に取り組んでいきたいと思っておりますので、今後ともによりよい医療を築いていくきっかけにしたいと思います。関わらせていただきましたことに、改めて感謝申し上げます。ありがとうございました。

## 選考委員長

### 国立大学附属病院医療安全管理協議会 会長代行

まずは、選考委員の先生方、本当にお世話になりましたことに、感謝申し上げます。

39 施設からの演題に対し、素点を皆様につけていただきましたが、実は点数分布は非常に大きくばらつきました。それは医療安全のどこが大事だと今感じているか、それぞれの選考委員の先生方のお立場、そのときの状況の違いというのが表れているのかもしれませんが、たしかに、その中で 11 の施設が第一次選考を通過しましたが、その 11 の次の施設というのも、やはり僅差でした。次だけではなくて、かなりの施設は僅差です。それは、採点方法に問題があるのではないかという意見もあるかもしれませんが、その点についてはかなり審議させていただきました。僅差になるということと、ばらつきがあるということが、今の日本の医療安全の状況を反映しているのかなと、捉えさせていただきました。

皆さんに前向きに取り組んでいただいている「予防」も、もちろん大事です。ただ、今日も医事紛争の話がありましたが、予防だけではなくて、やはり、ヒューマンエラー等を含めて、いろんなミスが生じます。そういう時にどう対応していくのか、それをどう生かしていくのか、という新しい試みが次々になされていて、その取り組みを今日このようにご発表いただき、皆さんで共有できる場を作っていただいたということに関しまして、この企画を後押ししていただいた国立大学附属病院長会議事務局の兼山様に心より御礼申し上げます。

先程、山口様からもお話がございましたが、みなさんの取り組みを共有できたというのが、今回の一番大きい成果ではないかと思えます。日本の医療の質・安全を高めていくというのは、大学病院が先頭を切ることによって、国民全体の健康に寄与することができるというふうに確信しております。今後ともどうぞ皆様に邁進していただけたらと思えます。

私もその一員として、微力ながら関わらせていただきたいと思いますので、どうぞよろしくお願い申し上げます。

選考委員講評としての挨拶ではございますけれども、まずは、今日お集まりの皆様方に御礼を申し上げまして御挨拶とさせていただきます。

どうもありがとうございました。

20 May 2014, OSAKA  
Patient Safety & Quality Award



受賞者 & 選考委員のみなさん



プレゼンテーション



投票



開票・集計

See you on next award!

第 1 回 Patient Safety & Quality Award  
(医療の質・安全大賞)

発行 平成 26 年 10 月

発行者 国立大学附属病院医療安全管理協議会