

職員オリエンテーション

医療・介護の リスクマネジメント

寺井病院グループ リスクマネジャー
今井美佳子

本日の目的

- 医療・介護における安全に関する基本的な考え方を知る
- ヒューマンエラーと人間の特性について知る
- 医療介護従事者として必要なことを知る

作成に当たって引用・参照した文献等

「医療におけるヒューマンエラー なぜ間違える どう防ぐ」 医学書院

「医療安全管理テキスト(第4版)」日本規格協会

「失敗のメカニズム」角川ソフィア文庫

厚労省WEB 医療安全対策

WEB 横浜市立大学医学部附属病院の医療事故に関する中間とりまとめ「

WEB「医療安全推進のための標準テキスト」日本看護協会

患者利用者が期待すること

- サービスの質と安全
- 安全で安心して納得できる医療、介護
- 安全・安心・信頼できる医療、介護

しかし安全は……存在しない

- 安全：許容(受容) できないリスクがないこと
(安全の国際標準の定義)
- 安心：不確実性が予測の範囲(想定内)にあると考える事。また、被害を受けない、あるいは、あても何とかかなると思うこと。自分の心の状態

⇒ 常に存在するのは危険

安全とは許容(受容) できないリスク がないこと



- 現実的にできるのは日常の中で「許容できないリスク」を減らす事

医療介護現場はリスクだらけ？

現場のリスク

- * 鋭利なもの 手術用器具
- * ヒモ状のもの チューブ、コード
- * 動くもの ストレッチャー、電動
- * 高さのあるもの ベッド
- * 燃えるもの 酸素 笑気ガス
- * 口に入れるもの 薬 食事



認知症・高齢者のリスク

- 動いたら転ぶ
- 触った時は傷ができる
- 口に入れたら詰める
- 歩いたら居なくなる
- 物があつたら口に入れる
- 水があつたらおぼれる
- お湯があつたら火傷する
- 質のサービスをしたら苦情がある

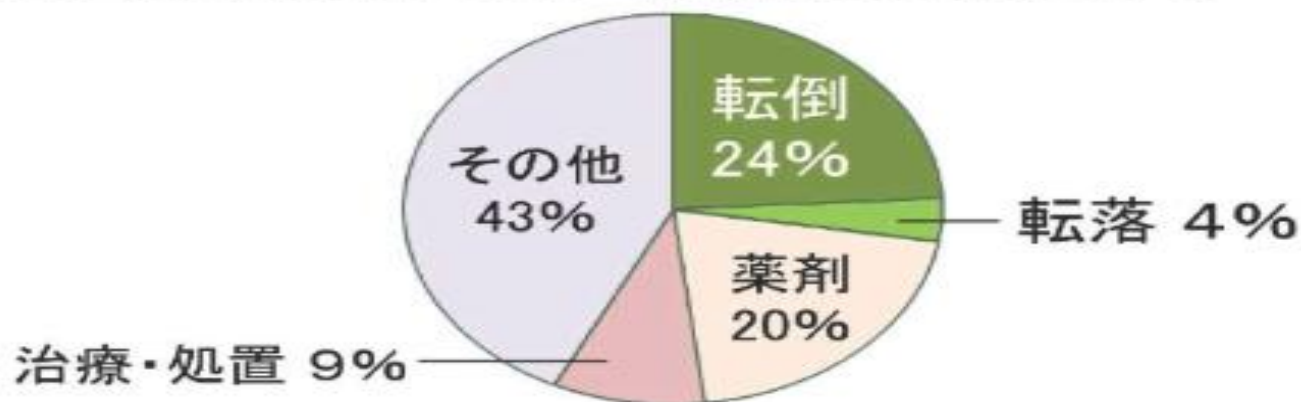


と
思
っ
て
く
だ
さ
い

転倒・転落事故の現状

転倒・転落事故の増加

全医療事故に対する転倒・転落の発生は、2007年からは横ばい状態で、全体の23～28%前後を占めている



転倒による死亡や障害残存の高い事例も発生しており、死因の2/3が外傷性脳内出血である

日本医療機能評価機構 医療事故防止事業部：医療事故情報収集等事業 平成23年 年報、平成24年8月29日より作成

日本医療機能評価機構「医療事故情報収集等事業」では、2020年の事故報告中20.5%を転倒転落が占める。比較的軽微な傷害までにとどまることが多いが、時には頭蓋内血腫や骨折など障害残存の可能性や、死亡に至るなど医療事故レベル3b以上のケースも9%程度存在する。

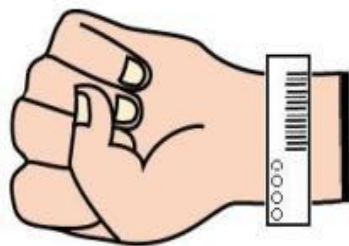
改めて・・・医療は安全か？

- 医療とは健康に関するお世話。ヘルスケア
- 医療とは心身の健康に対する不具合を持つ患者に対する侵略行為
- 患者は医療は安全、“絶対安全”に近い意味でとらえていることが多い
- 安全・安心な医療とは、危険がなく安心できる医療ではなく、許容できないリスクがなく、不確実性が予測範囲にあると考えられる医療

事故報告で上がってくる日々のエラー



与薬間違い



患者間違い



検査



手術



注射・点滴



入浴時の熱傷・転倒

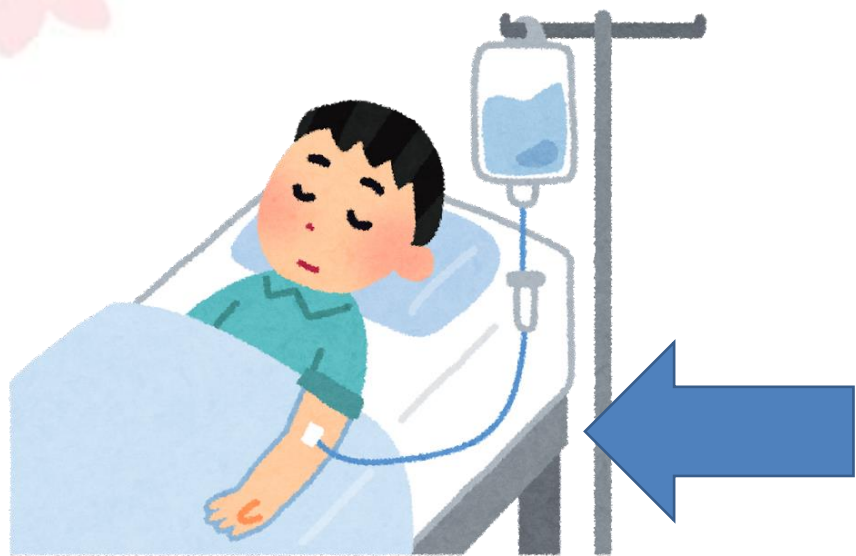


誤嚥・誤食

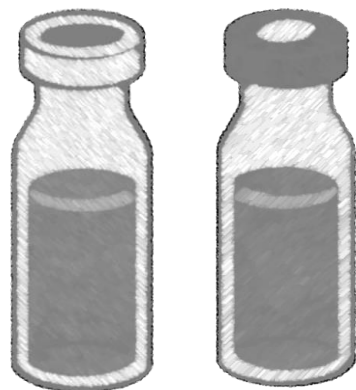


転倒

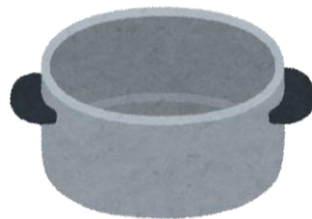
与薬事故の例



撮り間違える

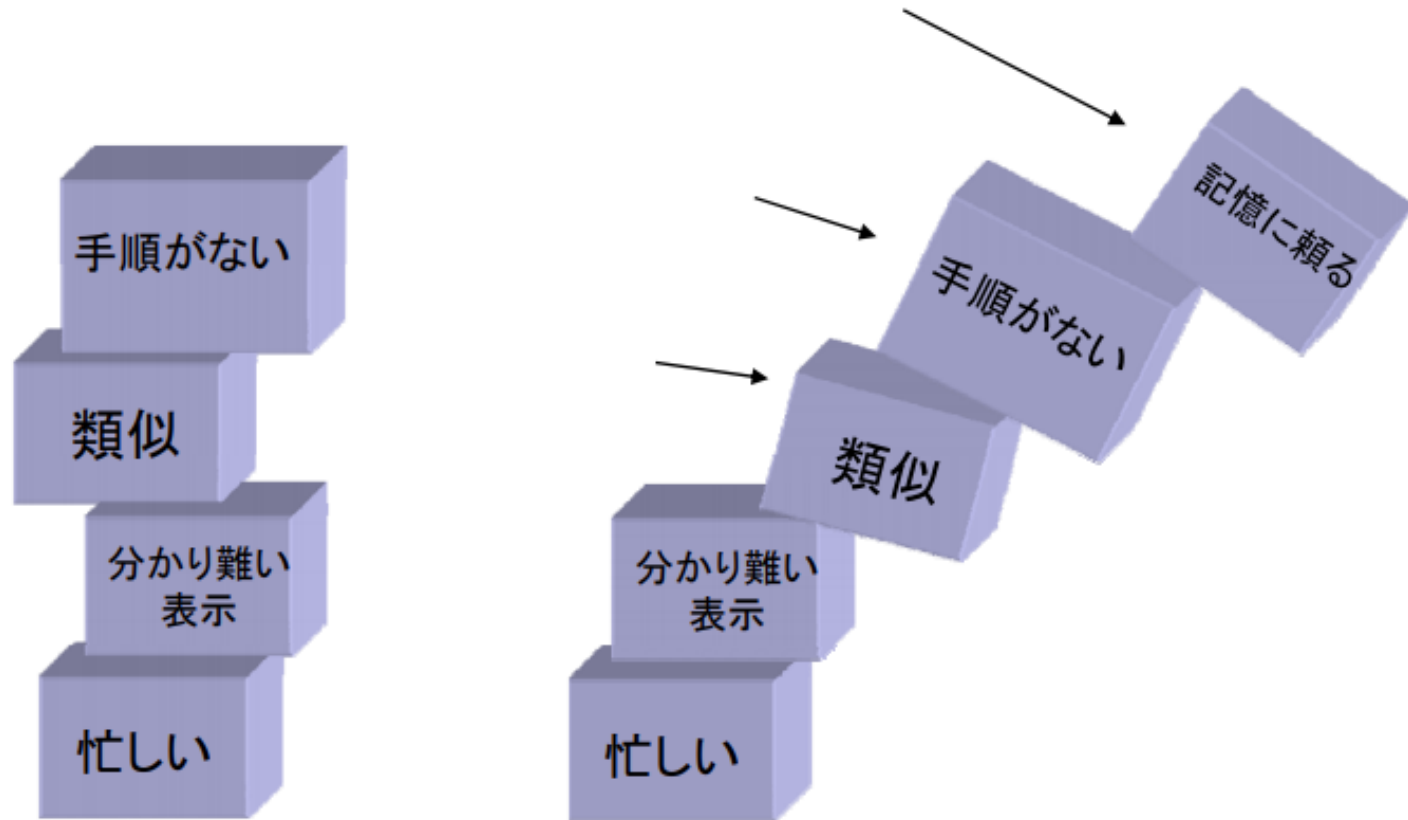


外観が類似: よくない状況



慌てている: よくない行動

リスクの積み木

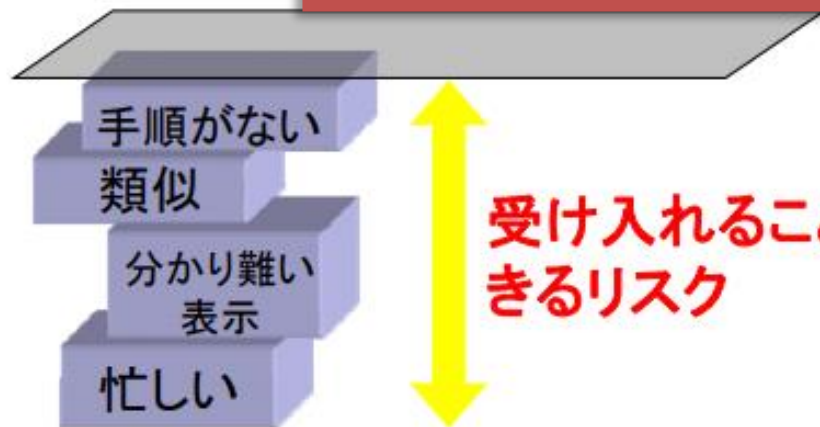


エラーを誘発する条件が多くなればなるほど不安定となり、リスクが次第に高くなる。

リスクを下げる努力



手順の見直し類
似のものの排除
分かりにくい表示
を改善



受け入れることので
きるリスク

医療安全の経緯

年月	関連事項
1999年 1月	横浜市立大学附属病院事件 肺手術と心臓手術の患者を取り違えて手術。この事件を契機に医療安全についての社会的関心が高まる。(その後、医師4名と看護師2名が業務上過失傷害容疑で起訴された。)
2月	都立広尾病院事件 ・看護師が消毒液とヘパリン加生理食塩水を取り違えて静脈内に投与し、患者が死亡。この事件等を契機に医療事故の警察への届出が増加。(その後、医師が医師法21条違反容疑で起訴される等した。)
2000年 2月	京都大学医学部附属病院事件 ・人工呼吸器の加湿器に蒸留水とエタノールを間違えて注入し、長時間にわたるエタノール吸入により患者が中毒死。(その後、看護師が業務上過失傷害容疑で起訴された。)
4月	東海大学医学部附属病院事件 ・内服薬を誤って血管内に点滴し、患児が死亡。
9月	特定機能病院や医療関係団体への大臣メッセージ
2001年 3月	「患者安全推進年」とし、「患者の安全を守るための医療関係者の共同行動(Patient Safety Action。PSAと略す。)」を推進。
4月	医療安全推進室設置
5月	医療安全対策検討会議の発足

横浜市立大学附属病院 取り違え事故の概要

	A氏（74歳男性）	B氏（84歳男性）
疾患	心臓疾患	肺疾患
入院日	平成11年1月7日	平成10年12月28日
予定手術名	僧帽弁形成術又は弁置換術	試験開胸術中生検 悪性の場合右上葉切除
実施手術	右肺嚢胞壁切除縫縮術	僧帽弁形成術
手術に関わった関係者	手術担当医師 3名 麻酔担当医師 2名 看護婦 2名	手術担当医師 3名 麻酔担当医師 2名 看護婦 3名
体型等	身長：166.5cm 体重：54kg	身長：165cm, 体重：47.3kg

横浜市立大学医学部附属病院の医療事故に関する中間とりまとめより抜粋

<https://www.yokohama-cu.ac.jp/kaikaku/BK3/bk3.html>

手術室交換ホールでの引き継ぎ

③

Bさんだ。

手術室看護師

①

金曜日にお伺いしたDです。
Bさんよく眠れましたか。

②

はい

D

患者A

カルテ受け渡し台

④

Bの手術室へ

ハッチウェイ

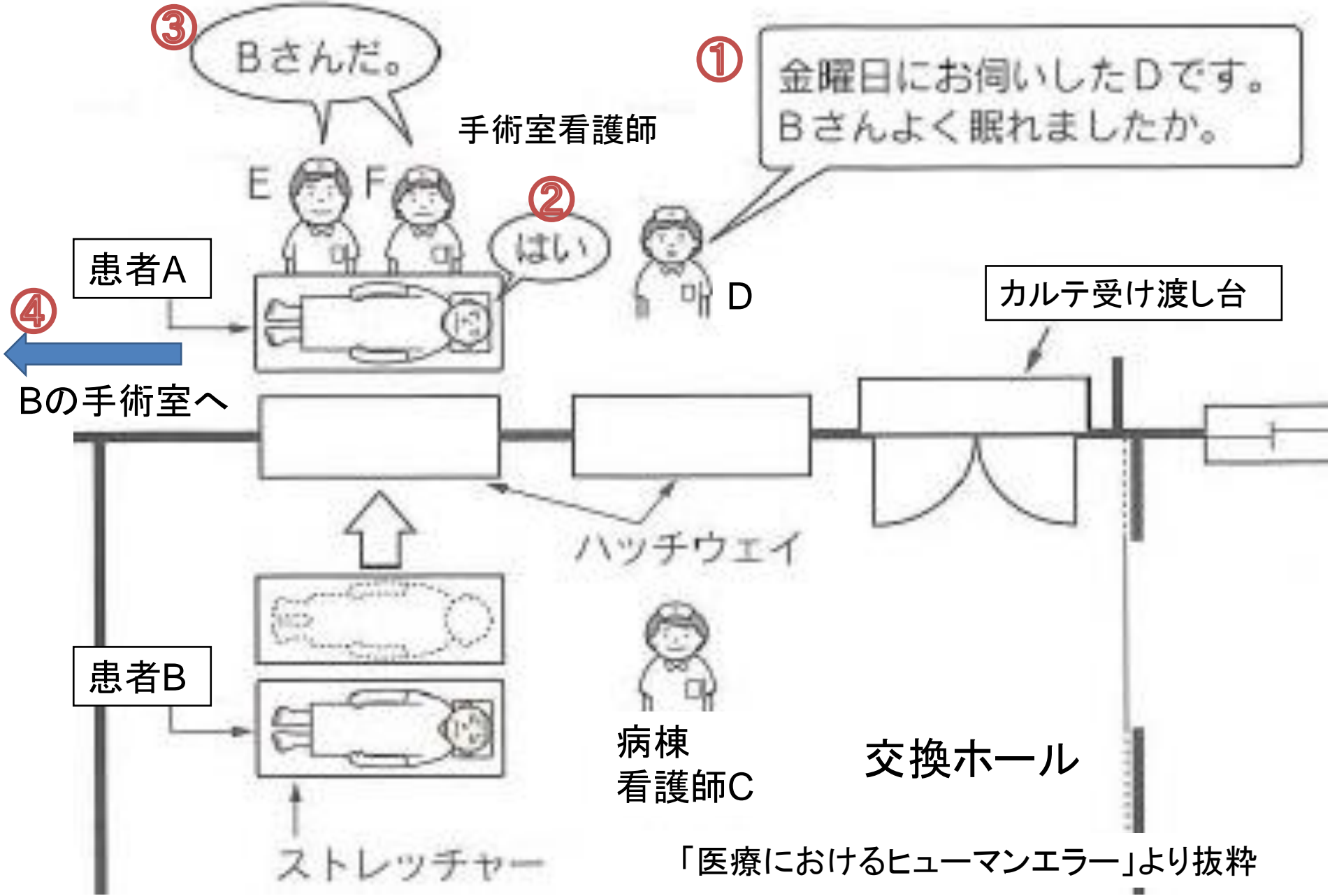
患者B

病棟
看護師C

交換ホール

ストレッチャー

「医療におけるヒューマンエラー」より抜粋



事故原因の分析

- ① 1人の病棟看護婦が2人の患者を同時に手術室に移送した。
- ② 手術室交換ホールでの患者受け渡し時に患者を取り違えた。
- ③ 患者とカルテを別々の窓口で引き渡し、別々に手術室に移送した。
- ④ 患者への名前の呼びかけと患者の返事が、患者を識別する方法とはなり得なかった。
- ⑤ 患者A氏の背中に貼ってあったフランドルテープが患者識別につながらなかった。また、申し送りも活かされなかった。
- ⑥ 麻酔開始前から主治医が患者に立ち会っておらず、患者の識別を行っていなかった。
- ⑦ 患者の歯の状況や頭髪の様子の違い（長さ、色）によって患者の取り違えに気づかなかった。
- ⑧ B氏の麻酔準備から開胸前間に実施した各種の検査結果が、術前の検査結果と異なることに疑問を持ち、一応の確認はしたものの、患者の識別には至らなかった。
- ⑨ 開胸後も、患者の取り違えに気づかずに手術を続行した。

問題点

1. 病院運営システム上の問題点

- ① エラー誘因の患者移送，引き継ぎの運用システム
- ② 患者確認の手順，方法が決められていなかった
- ③ 事故が起こり得ることを想定しておらず，二重，三重の安全策，危機管理の方策がなされていなかった
- ④ 手術室での種々の疑問点を統合的，横断的に把握する機能が働かなかった

2. 病院組織管理上の問題

- ① 手術に際して「患者確認」という患者の安全と人権にかかわる基本的事項について，関係各部また病院全体としての指導・教育が不十分であった
- ② 患者の安全確保のため，主治医や担当医として本来行うべき役割と責任の範囲が不明確であり，指導管理が関係各科で不十分であった。
- ③ 病院全体として医療事故を予防し，また事故が起こり得ることを想定した対策，訓練などを行う管理体制の整備が不十分であった

3. 教育上の問題

- ① 高度に専門分化，複雑化する医療を患者の立場に立ち，見直す教育，訓練がされていなかった。

エラーはなぜ起こるのか

- ○○さんの不注意（思い込みやうっかり）
- ○○さんに言ったのに伝わってなかった
- 忙しくて慌てていた



- 当たり前前のことをきちんとする？



- 人の安全意識に依存した対策は再発を防げない

事故の考え方

従来型

現在型

事故発生

何が起こったのか

誰がしたのか

なぜ起ったのか

処罰

どうすればよいのか

一件落着

対策は何か

責任指向 懲罰モデル
再発防止にならない

原因指向
ヒューマンエラーの防止
システムの欠陥修復

ヒューマンエラーとは

- ヒューマンエラー (human error) とは、「意図しない結果を生じる人間の行為
- 人間が本来持っている特性が、人間が取り巻く広義の環境とうまく合致しないために、結果として誘発されたもの
- 生理学的特性、心理学的特性、認知的特性などの人間本来持っている特性と人間を取り巻く機械、手順書、チーム、教育システムなどの環境がうまく合致しないために引き起こされる

ヒューマンエラーの発生要因

人間が持つ特性と取り巻く環境で誘発

わかりにくい
機器操作

物品が探し
にくい

滑りやすい、
暑い・寒い



忙しい

中断作業

ルールなし

人間の持っている特性

生理学的特性

*夜勤明け、加齢、疲労、

認知的特性

*不注意（うっかり、ぼんやり）、錯誤（思い込み）、省略行為（慣れ、横着）、焦り（先を急ぐ、パニック）

社会心理学的

*思ってもいえない、みんなが言うからいいや、誰かがやるだろう、赤信号みんなでわたれば怖くない

①生理学的特性

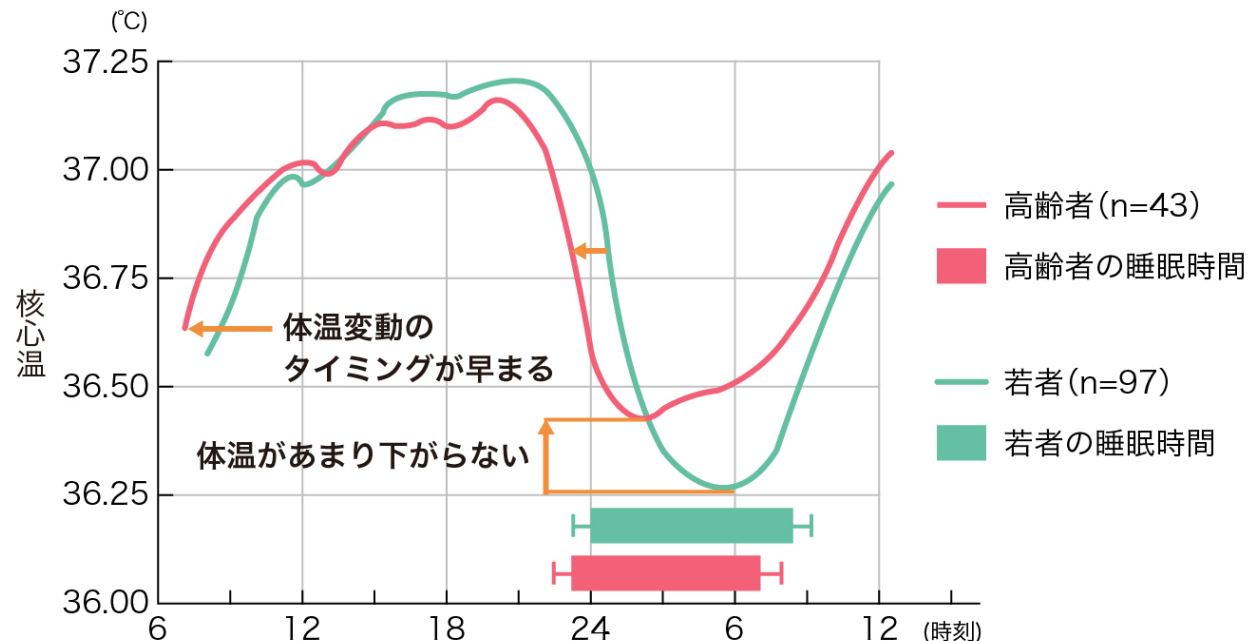
サーカディアンリズム（体内時計のリズム）

*体温が低い時：眠気を感じ、注意力が低下

加齢

疲労

図2 若者と高齢者の体温リズム



②認知的特性

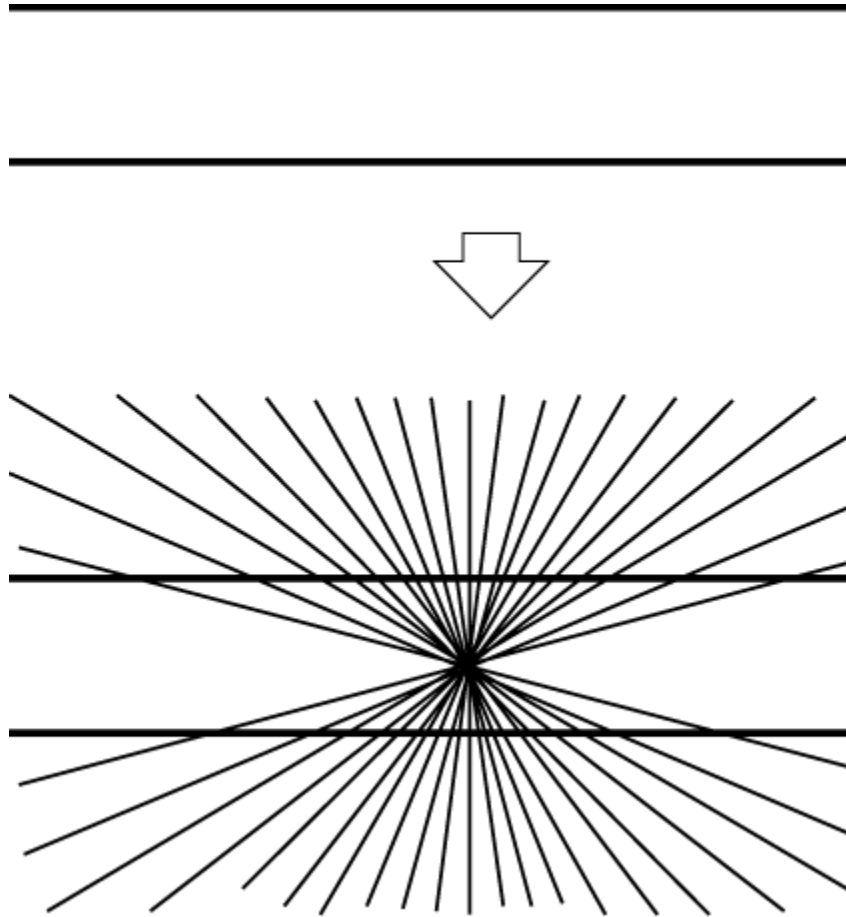
- 幽霊の 正体みたり 枯れ尾花（錯視・錯覚 思い込み）
- たいしたことはないよ！（正常化の偏見）
- 多分、あれのせいだよ！（こじつけ解釈）
- そんなの覚えていない

A / B C

12 / 13 14



錯視、だまし絵



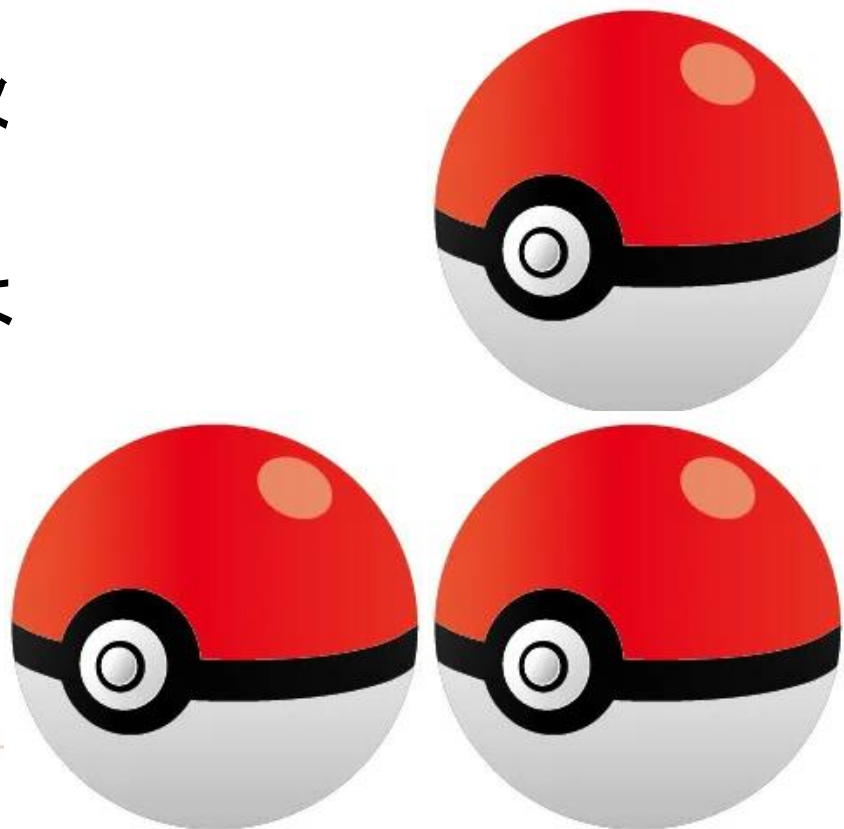


似たものがあると間違いやすい

- 人間は形から入るため識別文字を読まない

似たものを同じところに
置かない・同時に取り扱
わない

一目見て違うとわかるよ
うに色・形を違える



③社会心理学的特性

- 思っても言えない（権威勾配）
- みんなが言うからいいや
- 誰かがやるだろう（社会的な手抜き）
- われわれは絶対に正しい！
- 赤信号、みんなが渡れば怖くない

J C I 合同機構国際認定 国際患者安全目標

- 目標 1 : 患者確認を確実に行う
- 目標 2 : コミュニケーションを効果的に行う
- 目標 3 : ハイアラート薬の安全管理
- 目標 4 : 手術・侵襲的処置前の患者、手技、部位確認の徹底
- 目標 6 : 転倒・転落による患者の傷害リスクの低減

患者は「はい」と答える・・・とっておく

- 患者は他人の名前で呼ばれても返事をするところがある
- 難聴でなくても、疾病による苦痛や緊張、不安、不調がある

はい



山口さん？



患者さんに名前を言ってもらう



ササキさんですね？

お名前をフルネーム
で言ってください

はい




スズキヒロシです



違ってた…
危なかった…

名前の確認には
患者さんに名乗っていただくよ
う協力してもらおう


コミュニケーションに以心伝心はない



あさいさんがね

ここに置けば
分かるだろう

何も聞かないし
分かっている…
よね？



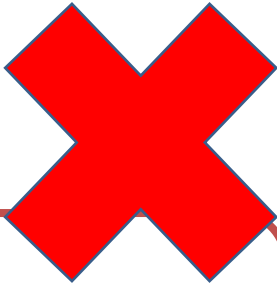
かさいさん？

何故ここにこ
れが？


おかしい、と思った
けど…
まあ、いいか♪

音声による情報伝達は two way communication


- 復唱と確認
- メモを取り、それを元にして確認する
- 情報を付加して相手の理解を促す



ハイ、分かりました



羽咋太郎さんの点滴を終了してください



204号室の羽咋太郎さんですね

はい、204号室の羽咋太郎さんです

患者説明は患者がわかる言葉で

カンピロ？
ノロ？
ロタ？

ジュウトク？



お子さんの下痢
ですがカンピロ
ではないと思い
ます。その場合
は一週間出血し
ますし、ノロ、ロ
タの類でもない
でしょう。今は症
状のジュウトク
化を防がないと
いけません

誤薬防止 6 R

- 正しい患者〔 Right patient 〕
- 正しい薬物〔 Right drug 〕
- 正しい目的〔 Right purpose 〕
- 正しい用量〔 Right dose 〕
- 正しい方法〔 Right route 〕
- 正しい時間〔 Right time 〕

確認・・・指差し呼称

指差し 声だし 安全確認

認識した対象に対して「眼」「耳(声)」「手」で確認することで、作業を誤る確率は6分の1に減ると言われている

「〇〇ヨシ！」と、対象を見つめ、しっかり指差ししてはっきりした声で呼称して確認する



現場における推奨活動。。5S

- 整理：要るモノと、要らないモノを分類し、要らないものを捨てること
- 整頓：要るモノを使いやすいように置き、誰でもわかるように明示すること
- 清掃：常に掃除をし綺麗にすること
- 清潔：整理・整頓・整頓の3Sを維持すること
- 躰：3Sが定着し、決められたことを守る風土（習慣）になっていること



健康管理

健康状態が良くないと、ヒューマンエラーや事故を起こしやすくなります

I	Illness	病気ではありませんか？
M	Medication	薬を服用していますか？
S	Stress	ストレスは？
A	Alcohol and Drugs	お酒や薬物は？
F	Fatigue	疲れていませんか？
E	Eating and Elimination	食事と排泄は？

いつもと違うと思ったらまず止まる

- 横浜一律大学病院の事故
- 麻酔科医師は患者の髪の毛の長さが短いことに気づき本人と違うのではと疑問を持ったが「散髪したに違いない」と納得してしまった
- 執刀医は術前の所見と異なると思ったが、「A氏ではないといえない」「まれにはあるが病状が変化したもの」と解釈した



STOP

安全な医療を提供するための10の要点

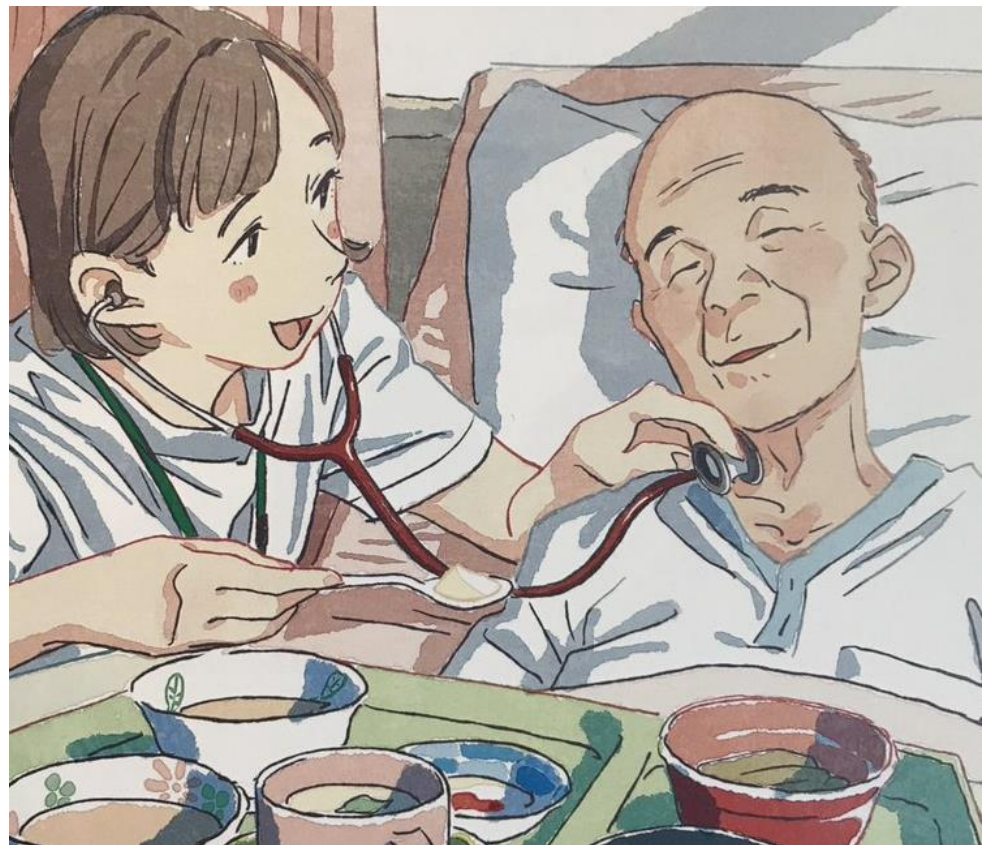
- 1.根づかせよう安全文化 みんなの努力と活かすシステム
- 2.安全高める患者の参加 対話が深める互いの理解
- 3.共有しよう 私の経験 活用しよう あなたの教訓
- 4.規則と手順 決めて 守って 見直して
- 5.部門の壁を乗り越えて 意見かわせる 職場をつくろう
- 6.先の危険を考えて 要点おさえて しっかり確認
- 7.自分自身の健康管理 医療人の第一歩
- 8.事故予防 技術と工夫も取り入れて
- 9.患者と薬を再確認 用法・用量 気をつけて
- 10.整えよう療養環境 つくりあげよう作業環境

みなさんへのお願い

- 自分自身の健康管理
- 規則と手順を知って守って見直して
- 分からないことは同僚や上司に相談
- 自分の意見や気持ちをしっかり伝える
- 自分の職場の作業環境の 5 S
- 一人一人のきちんとした行動の積み重ねが、安全な職場づくりにつながります

ともに安全文化を創っていきましょう

- 患者利用者の立場に立って
- 患者利用者の安全を考え
- 自分たちの安全も護っていきましょう



全日本民医連の月刊誌「いつでも元気」の「ひだまり 職場の風景」にて2019年1~12月連載イラストから