

医療安全研修会



2017年6月27日/7月12日
9月19日

本日の内容

1. インシデント（ヒヤリハット）・アクシデント
2. 事故報告書
3. 事故の原因；ヒューマンエラー
4. ヒヤリハット報告の必要性
5. 事故が起きる要因
6. 事故防止対策
7. 事故後の対応

医療安全

患者・家族に安全な医療・介護サービスを提供することは
患者・家族・地域への**安心**と**信頼**につながります。

危険を意識して
業務していますか？

2017/9/19 ●

医療現場におけるヒューマンエラーを 引き起こす要因

- 中断作業が多い
- 多重タスクである
- 患者さんの状態が異なる
- 時間的圧力が高い
- 情報の種類が多くて量が多く、それらは変化している
- 危険なものを取り扱う
- 人間の介在が多い

2017/9/19 ●

- 1999年
横浜市立大学病院 患者取り違い事故
- 2000年
京都大学医学部附属病院
エタノール取り違い事故

社会問題となり、以降医療安全の推進がなされた。

2017/9/19 ●

- 医療安全
組織で取り組むべき問題



組織とは病院に勤務する**全ての**
スタッフ

2017/9/19 ●

1. インシデントとアクシデント

医療事故

医療者の医療行為や医療施設の設備、システムに原因
を発生したすべての人身事故
医療従事者の過誤、過失は問わない

2017/9/19

医療過誤・過失

- 医療過誤
- 過失 → 結果予見義務
→ 結果回避義務

2017/9/19

インシデント

患者に被害を及ぼすことはなかったが、日常の現場で「ヒヤリ」としたり「ハッ」としたこと

- ・患者に実施されなかったが、仮に実施されていたとしたら、被害が予想されるもの
- ・患者に実施されたが、結果的に被害がなく、その後の観察も不要だった

2017/9/19 ●

アクシデント

医療現場で医療全過程において発生するすべての人身事故

- ・死亡、生命の危険様々な身体的病状や精神的病状の悪化等の被害や苦痛・不安が生じた場合、また患者が転倒し負傷したなど
- ・医療従事者に被害が生じた場合 注射針の誤差しなど
- ・医薬品の紛失や盗難などにより、今後重大事故つながりかねないもの

2017/9/19 ●

2.事故報告書

- インシデントやアクシデントの経緯を職員間で**共有**することで、今後の防止対策に活かす目的で提出します。
- 事故報告書は「犯人探しではない」
多くのヒヤリハット報告・共有により
→**危機管理意識の向上**

重大な事故防止になります。

2017/9/19 ●



2017/9/19 ●

インシデント・アクシデントレポート

報告者	(当事者・発見者)	部署	6階	所属長	安孫子
患者氏名	病名		認知症 有・無		
発生日時	平成 年 月 日 時 分	発生場所			
報告日	平成 年 月 日 時 分	最終処理日 平成 年 月 日 ()			
内容					
1. 患者誤認	点検・内服・処置・その他 ()				
2. 指示受けミス	点検・内服・処置・その他 ()				
3. 管理・作業ミス	点検・内服・処置・その他 ()				
4. 血糖値測定忘れ					
5. 自己放去	SDY・CV・排管・ドレーン・カニューレ・PEG・NGT・BA・その他 ()				
6. 自然放去	SDY・CV・排管・ドレーン・カニューレ・PEG・NGT・BA・その他 ()				
7. 転倒・転落					
8. 離院・離棟					
9. 針刺し事故					
10. その他					
事例レベル (何れかゼロで囲む)	0	1	2	3	4
		←インシデント		→アクシデント→	
事故の経過					
事故の対応					
原因					
対策					
所属長のコメント					

2017/9/19 ●

武南病院 2016年 9月改訂

事例レベル分類表

インシデント	0	間違ったことが発生したが、患者には実施されなかった。
	1	間違ったことが患者に実施されたが、それによる実質的な影響はなかった。
	2	間違ったことが患者に実施されたが、影響の有無については経過観察の必要性があると判断された。
アクシデント	3	事故により心身に何らかの影響を与え、観察強化や検査の必要性があると判断された。
	4	事故のために治療の必要性が生じたか、本来必要のなかった治療で治療日数が増加すると考えられた。
	5	事故により機能障害を残す可能性が大であると考えられた。
	6	事故が死因となった。

2017/9/19 ●

3.事故の原因

「個人の不注意」



「ヒューマンエラー」

人は誰でも間違える

2017/9/19 ●

- 車の運転でアクセルとブレーキを間違えた
- 赤信号に気付かず渡ってしまった
- コピー機の操作が分からず大量にコピーした
- コピー機の枚数が100枚になってることに気づかずコピーした
- 電話番号が間違っていることに気づかず、違う人にかけてしまった

2017/9/19 ●

人間のエラーの確立

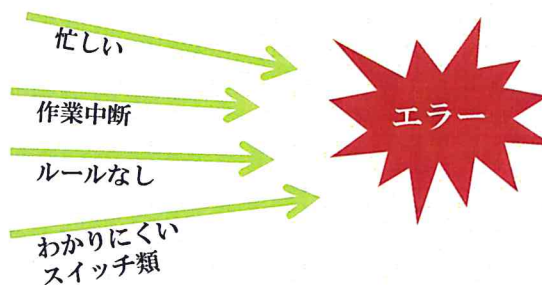
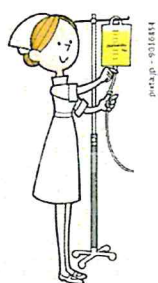
- 電話のダイヤル：20回に1回
- 単純な繰り返し作業（例：切手を貼る、袋に入れる）
：100回に1回
- 整備された環境下の作業（ベルトコンベアでの流れ作業）：1000回に1回

2017/9/19 ●

ヒューマンエラー発生メカニズム

ヒューマンエラー

人間が本来持っている特性と人間を取り巻く広義の環境がうまく合致していないために、結果として誘発されたもの。



エラーを引き起こしやすい要因が複数あると、さらにエラーが引き起こされる可能性が高まる。

人間の特性

【生理的・身体的特性】

- サーガディアンリズム⇒夜明け前にエラーは起こりやすい（体温が高い時、注意力が高く、低くなった時に眠気を注意力が低下する。）
- 加齢⇒年齢を重ねると夜勤後の体力の回復や暗い中での巡視、細かい作業といった業務の能率が低下
- 疲労⇒疲労、眠くなるとエラーを起こしやすい

【認知的特性】

【社会心理学的特性】

2017/9/19 ●

4. ヒヤリ・ハット報告の重要性



事故を防ぐために

『ヒヤリ・ハット』の段階で対処し

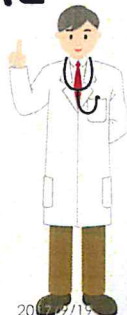
事故（インシデント）にさせないことが必要。

2017/9/19 ●



◎大前提として病院である以上
事故は**ゼロ**にはならない!

→いかにして転倒・転落・誤薬等による**重大事象**を
ゼロにするかが課題です



2017/9/19 ●

5.事故が起きる要因

- ①気の緩み
- ②思い込み
- ③うっかりミス
- ④コミュニケーション不足
- ⑤知識・経験不足
- ⑥観察不足
- ⑦患者の状況把握不足
- ⑧注意力低下
- ⑨集中力低下
- ⑩割り込み業務への対応

2017/9/19 ●

6.事故防止対策

1. 事故防止への**意識化**
2. **情報を隠さない**職場環境・情報の**共有化**
3. **コミュニケーションのとれた**職場
4. **患者・家族との円滑なコミュニケーションと**
インフォームドコンセント(**説明と同意**)

2017/9/19 ●

①気持ちにゆとりと適度の緊張感をもって業務する

②慣れで業務を行わない

③疑問に思ったり、自信のないことは一人で判断せず、必ず聞いたり、指示書の再確認で間違いがないことを確認してから実施⇒聞きやすい環境・確認方法の明確化

④マニュアルの遵守 決められた手順は守りましょう。

2017/9/19 ●

7. 事故後の対応

* 適切な事後処置の実施・・・
日頃からスキルを磨き緊急時に柔軟な対応をする事が必要

改善処置

責任者への報告

患者・家族への説明と記録

事故記録と報告

2017/9/19 ●

* もし事故が起っても . . .

患者、家族と日常ケア、看護（介護）において

充実したコミュニケーション

が取れていれば 紛争に至らないことが多い。



- 普段からの**信頼関係形成**
- 事故後の**誠実な対応**

2017/9/19 ●

終わりに

職員一人一人がヒヤリ・ハット報告を
有効に活用して頂ければと思います。

2017/9/19 ●