安全文化の醸成を目標とした「事例検討会」の取り組み

栃木県済生会宇都宮病院
中央安全委員会
医療サービス課　田崎吉広

医療安全全国フォーラム 分科会 目標7
2012年11月25日

Copyright Saiseikai Utsunomiya Hospital

医療安全活動の歴史
Medical－SAFERとの出会い
導入～定着への道のり

医療安全活動の歴史

医療安全活動の歴史

- 現在は「中央安全委員会」
  - 委員長は診療部長、医師４名・看護師４名・薬剤師２名、診療放射線技師・臨床工学技士・理学療法士・臨床検査技師・医療栄養科・物品管理課・健診センター・医事課・ハウスキーピング課・経営支援課・地域連携課・秘書課・医療サービス課から各１名からの　計２４名
  - 毎月１回定例会を開催
  - 医療事故、ニアミスの真相調査、事故防止のため業務改善の立案を行うことが目的
  - 中央安全委員会に下部組織が有る
    （自分たちが経験した事例を各部門内で分析を行い、組織横断的な問題解決を必要とした際に、中央安全委員会に建議する）

事故対策委員会

- 事象の報告を事務局で読み上げて意識を統一し
  - 患者さんの言い分・主張
  - 医療側の言い分・主張
  - 当時の医療水準に照らして、医療上の過失が有るか無いか
  - 根本的な事故原因
  - 歯止めとなる対策
    （実施する対策をMRMマニュアルに掲載するか）
  - 配慮に欠けた部分が無かったか
  - 説明の機会はどの様に設けるか

などを確認、決定

医療安全活動の歴史
Medical－SAFERとの出会い
導入～定着への道のり

Medical－SAFERとの出会い

出会いは「医療安全特別講演」

平成１８年１１月９日（木）多目的ホール

演題「医療におけるヒューマンエラー」

- 時系列事象関連図、背後要因分析図
- ３つの訴求ポイント
- Medical-SAFERによる事例分析会

医療安全について再構築したい

- 講演内容に感動した
  - 安全に関する標準を作りたい！
- 河野龍太郎氏を招聘したい
- この際、コンサルティングも…

中澤 堅次　院長（当時）より提案

お礼状に添えて、お願いしたところ

– 快諾をいただきました

医療安全活動の歴史
Medical－SAFERとの出会い
導入～定着への道のり

導入への道のり

導入への道のり

- 平成１８年１２月、打合せを開始
  - 開催のペースは毎月１回
- 第１回目は、医療安全に関する現状ヒアリング
  - 当院の医療安全組織の説明、事故分析の流れ

- 参加者は、中央安全委員会の主要メンバー
  - 講師：河野龍太郎 准教授
  - 中澤院長，吉田副院長，田原内科医長，
    (外科系医長１名)，渡部看護課長→小林看護課長，田崎

準備は紆余曲折あり…

- １月，２月は、医療安全に関する現状ヒアリング
  - 「安全文化の醸成」を最終目標に
  - 平成19年度中に「事例検討会」を企画・実施

- ３月，４月は、「Medical-SAFER」の勉強会
  - 既に分析済みの事故を使用
    - 結果の比較検証、事後検証
  - せっかくなので、事例は２つ用意する方向で
    - ６チームを２グループに分ける

準備は紆余曲折あり…

- ５月～７月は、事例分析を経て２事例を決定

「同姓の患者に誤って内服薬を飲ませてしまった」

「手術室で未滅菌のソフトスポンXを誤って使用した」

- ８月・９月には、アドバイスを得ながら

「事象の概要」

「時系列事象関連図」

「背後要因分析図」　を作成

現場写真･使用した現物を用意

「事例検討会」概要

土曜日を終日利用して、多目的ホールにて

午前：講義「事故の見方・考え方について」

午後：事例検討作業　時系列事象関連図を基に
「背後要因分析」「対策評価表」を作成する
多職種６名から成るチームを編成し、結果を
１チーム毎に発表し、ディスカッション

本来は２～３日間で行う研修の所を、「済生会宇都宮病院オリジナル」として、コンパクトに１日に纏め、さらに結果をフィードバック

「事例検討会」シナリオ

- 午前の講義では「事故の見方・考え方について」に加え、Medical-SAFERのやり方を説明
- 午後の事例検討作業では、冒頭に「事象の概要」と「時系列事象関連図」を説明
- チーム毎に「背後要因分析」を作成し、その中からエラーの流れを断ち切る 対策 を立案列挙
- 「対策評価表」を作成し、客観指標【残留リスク，効果，コスト，時間，労力】により評価、チームとしての安全対策を決定する
- 背後要因分析の模範解答は、最後に配布する

3つの訴求ポイント

「エラーを正しく理解すること」

- ヒューマンエラーは原因ではなく結果である
- 人は「必ず正しい」と思って行動する

「理にかなった対策を考える」

- リスク低減の順番として職場環境の改善、次に人間への対策という思考にする

「なぜ？なぜ？と考える」

- 手順にとどまることなく、物事の原理原則まで理解する

「事例検討会」を開催

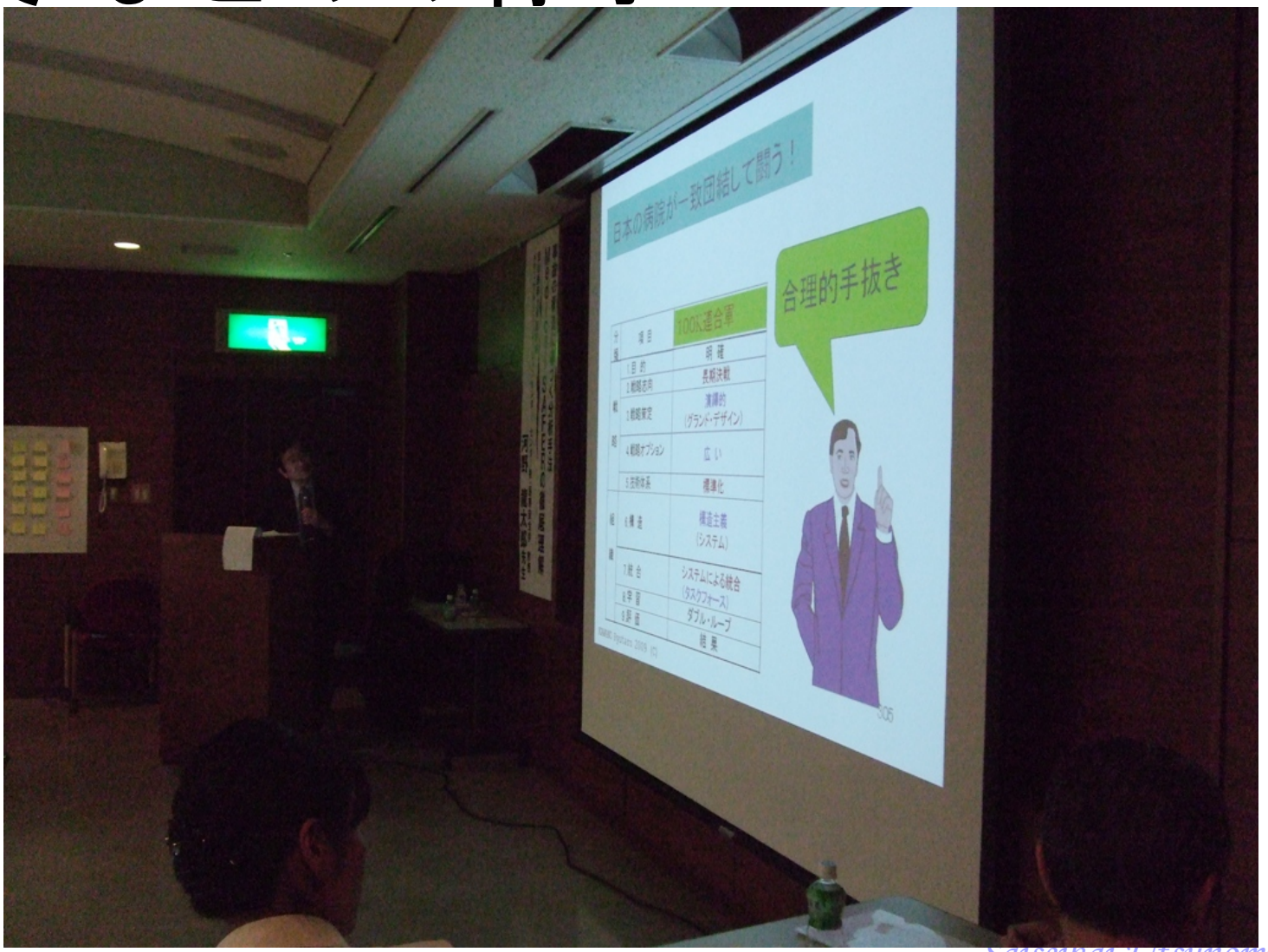
事故の流れを理解して、連鎖を断ち切る対策を！

講義（左）、ディスカッション（中）、フィードバック（右）の各様子

「事例検討会」次第

時　刻	内　容	担当者
9:00～11:30	開催　～院長挨拶～ 講義「事故の見方・考え方について」 （Medical-SAFERによる分析手順の説明）	病院長 河野先生
11:30～12:00	「事例の発表」「分析作業について説明」 チーム発表・席替え	事務局
12:00～15:00	事例検討作業 「背後要因分析」「対策評価」を完成させる ※昼食は各グループの自立に任せる	ファシリテーター （事務局）
15:00～16:00	分析結果発表とディスカッション	チーム代表者
16:00～16:30	講評・まとめ、追加資料の配付 閉会　～診療部長挨拶～	診療部長
	全体レビューとアンケート結果の提示 その他、情報共有	河野先生 主要メンバー

午後:まとめの様子


日本の病院が一致団結して闘う！
合理的手抜き
100%連合軍
明確
共感決戦
漸進的
(グランド・デザイン)
広い
標準化
構造主義
(システム)
システムによる統合
(タスクフォース)
ダブル・ループ
結果

参加者の感想・意見

2007年

- 事故の見方が変わった
- 他部署の意見が聞けた
- ヒューマンエラー防止の考え方が分った
- 事例に職種の偏りがあるようです。改善を望みます

2011年

- 医療事故のリスクについて経験年数は、あまり意味がない
- 他の職種の人と話し合えたのは、とても勉強になりました
- グループワーク，ディスカッションを行って理解できた
- とても難しかった。でも理解できて楽しかった

医療安全活動の歴史
Medical－SAFERとの出会い
導入～定着への道のり

定着への道のり

毎年の準備スケジュール

１～　３月　院内で事故事例のふるい分け

４～　８月　事例分析した結果をディスカッションして、
事例を取捨選択していく
※今回の「訴求ポイント」を確認

９～１１月　事例をアレンジして
「時系列事象関連図」「背後要因分析図」
「事象の概要」その他、現場写真等の確認
並行して、出席者の選出　など

資料作製は随時、会議は月１回程度

Saiseikai Utsunomiya Hospital

浸透させるため苦労している点

- 事故事例は、本物の出来事を使用
  - 当院が過去1年間に経験した事象を探してくる
    - 複数の部門が絡んでいる
    - 既に解決済み
    - 年を重ねる毎に適合する事象が少なくなっている
- 資料は予め事務局で作成（一部作り直し）
  - 時系列事象関連図
  - 背後要因分析図　※模範解答として

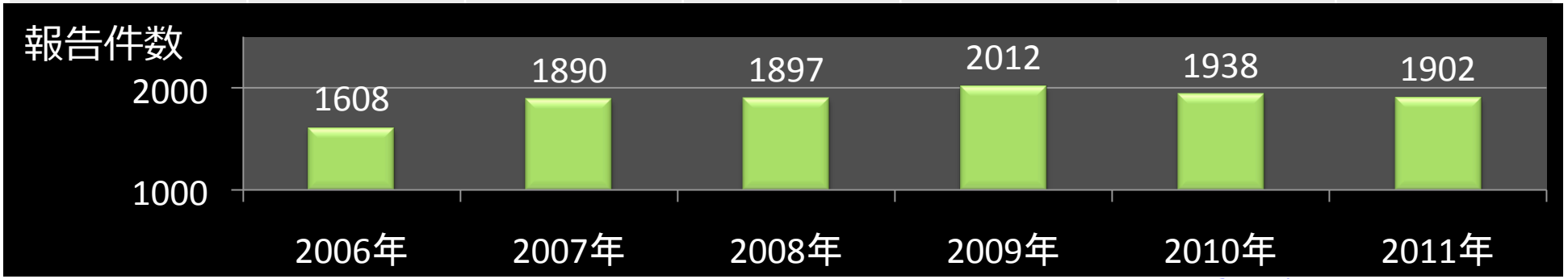
配慮しているところ

- 「真実さ」を損なわない程度にアレンジ
- 現場への配慮
  - 患者氏名や年齢は匿名化
  - 事故の当事者にも精神的な負担が加わる事に配慮して、経験年数や登場人物を調整

※分析手法を学ぶための研修であり、
「現場を責めるものではない」必ず説明

事例検討会の出席者

出席者数	（2006年）	2007年	2008年	2009年	2010年	2011年
診　療　部		12	12	13	14	13
看　護　部		21	21	22	25	26
医療技術部		12	12	12	12	12
薬　剤　部		11	12	7	12	12
事　務　部		8	9	7	16	12
合計		64	66	61	79	75



何を変えたか～中央安全委員会～

- 2008年以降、分析方法を追加
- 重要な事象についてMedical-SAFERによる分析、報告を導入
  - 時系列事象関連図
  - 背後要因分析図
  - Pm-SHELL
- 自動的に、下部組織もMedical-SAFERによる分析

※事象により、相応しい分析方法があり柔軟に考えることも大切（苦しくならないように）

何が変わったか～事故対策委員会～

- 事象の報告を時系列事象関連図に展開し、事務局で読み上げて意識を統一し
  - 患者さんの言い分・主張
  - 医療側の言い分・主張
  - 当時の医療水準に照らして、医療上の過失が有るか無いか
  - 背後要因分析図に基づいて事故原因を追求
  - 歯止めとなる対策
    （実施する対策をMRMマニュアルに掲載するか）
  - 配慮に欠けた部分が無かったか
  - 説明の機会はどの様に設けるか

などを確認、決定

Medical-SAFER使用の効果

導入以前の対策

- 念頭に入れて確認する（記憶に頼る）
- 指導･教育の徹底
- マニュアルの遵守･徹底
- ダブルチェックの徹底
- その業務を止める
- オーダリングシステムの改修

導入後の対策

- その業務を止める･交代する
- 機材を交換して使用出来ないようにする
- 単位を統一する
- チェックリストによる確認
- 名称表示を変えて気付かせる
- MRMニュースの定期発行
  「なぜ・どうしてか」を知らせる

まとめ

期待した効果

- 安全に関する標準が出来る
- 病院の意気込みを感じて
- 多職種が一堂に会しての１日研修は未知の世界
- １日中「缶詰め」になり、コミュニケーションを促進
- インシデント報告が減る

得られた効果

- Medical-SAFERを標準とした
- 診療部は昇進要件に
- 病院幹部等、河野教授の支持により継続できた。受講者は５年間で全職員の30%超に
- コミュニケーションは良くなってきたと感じる
- インシデント報告は漸増、2009年をピークに漸減に転じた。今後の展開に期待

安全文化はどのように醸成できるか

「報告し続ける文化」

「正義の文化」

「柔軟な文化」

「学習し続ける文化」

事例検討会の共有

ご清聴ありがとうございました

Copyright Saiseikai Utsunomiya Hospital