

安全研修 グループワーク

倉敷中央病院
医療安全管理室担当, GRM
米井昭智

2019.6.16 大阪大学

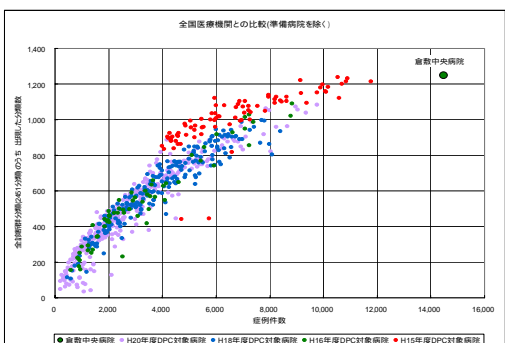
(財)倉敷中央病院

病床数	1135
職員数	2442
医師数	405
(麻酔科)	(22)
看護師数	1122
入院患者	1098
手術件数	11261
在院日数	12.5
救急患者	66142



(2008年)

2019.6.16 大阪大学



中医学・DPC診療科目数(1421514例数) * 参考資料: 在院日数の平均値の理由の検討, 4.0

2019.6.16 大阪大学

目次

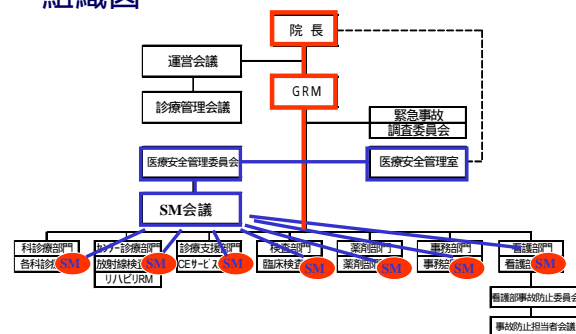
1. まずリーダー
2. 計画に基づく
3. 現実を見つめる
4. 成功事例のフィードバック
5. 教育・研修

2019.6.16 大阪大学

1. まずリーダー

2019.6.16 大阪大学

組織図



2019.6.16 大阪大学

企画：医療安全管理室

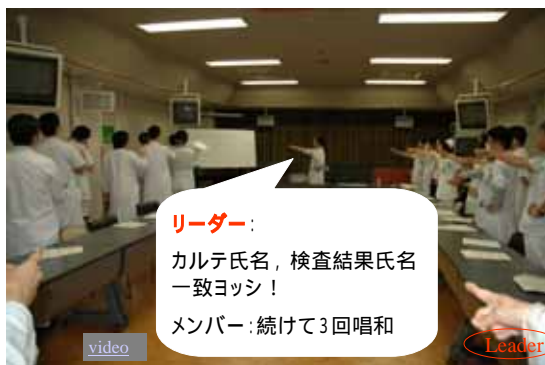
専任事務 1
専任看護師 1

兼任医師 5
兼任薬剤師 1



2009.6.16 大阪大学

SM会議終了時 指差し唱和



リーダー：

カルテ氏名，検査結果氏名
一致ヨッシ！

メンバー：続けて3回唱和

video

Leader

2．計画に基づく

2009.6.16 大阪大学

医療安全 基本

- ・安全文化を構築する
- ・開かれた組織風土を目指す

2009.6.16 大阪大学

2009年度 医療安全管理活動計画	
【目的】	【実施要領】
患者・医療者とのパートナーシップ強化 ハイリスク医療行為の安全性確立 危険予知活動の展開	1. 患者・医療者とのパートナーシップ強化 2. ハイリスク医療行為の安全性確立 3. 危険予知活動の展開
【実施計画】	
【実施状況】	
【評価】	

2009年度医療安全方針

患者 / 医療者とのパートナーシップ強化
ハイリスク医療行為の安全性確立
危険予知活動の展開

2009.6.16 大阪大学

3．現実を見つめる

2009.6.16 大阪大学

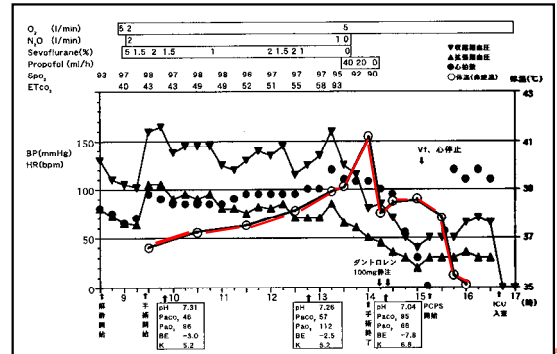
事例提示：麻酔中悪性高熱症

患者 63歳 男性 直腸癌 (168cm, 92kg))
 術式：直腸前方切除術が予定
 麻酔：全身麻酔 + 硬膜外麻酔

導入：チアミラルル，フェンタニール，ベクロニウム
 維持：酸素，笑気，セボフルラン
 硬膜外に1%メピバカインを適宜注入
 執刀時の鼻腔温は36.6度

2010.6.16 大阪大学

経過



家族への説明

事故直後：妻と弟に対し主治医と米井が説明

1. 残念な気持ちを表明.
2. 全身麻酔を受けるときには、家族歴に悪性高熱症があることを担当麻酔科医師に術前に告げるよう説明

2週間後：妻，息子，弟に対し説明

2010.6.16 大阪大学

事故後の対策

1. より詳しいIICを作成
2. 悪性高熱症の対応手順を作成
3. 本事例の学会発表と誌上報告

2010.6.16 大阪大学

事故の教訓

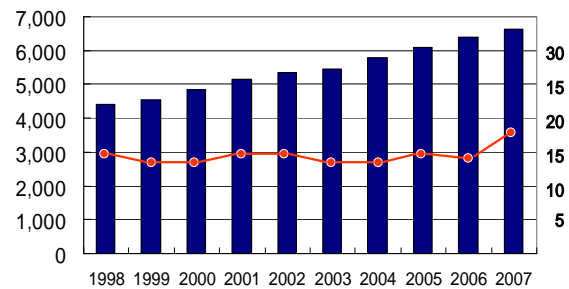
医療行為の後に、エラーのあるなしにかかわらず患者に重大な損傷が生じたとき、あるいは対応に苦慮する事態が生じたとき

事故を速やかに提出しよう

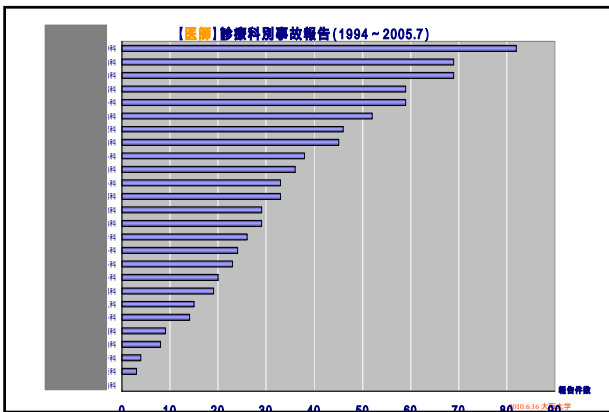
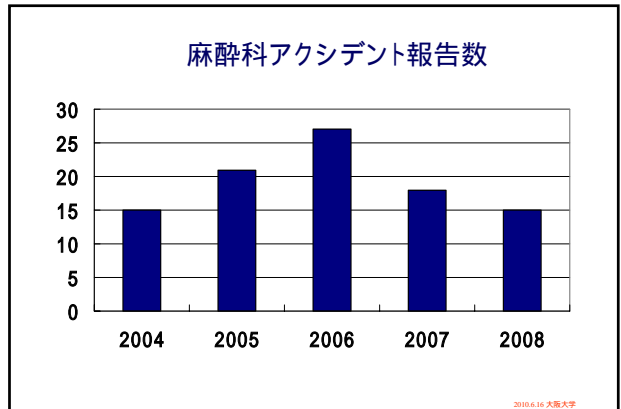
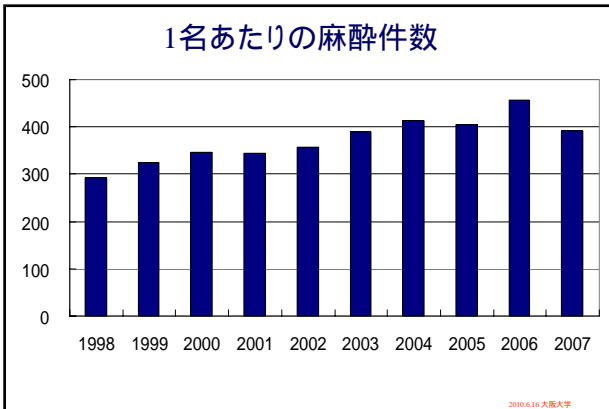
提出されて初めて分析と再発予防の対象になる

2010.6.16 大阪大学

麻酔件数とスタッフ数

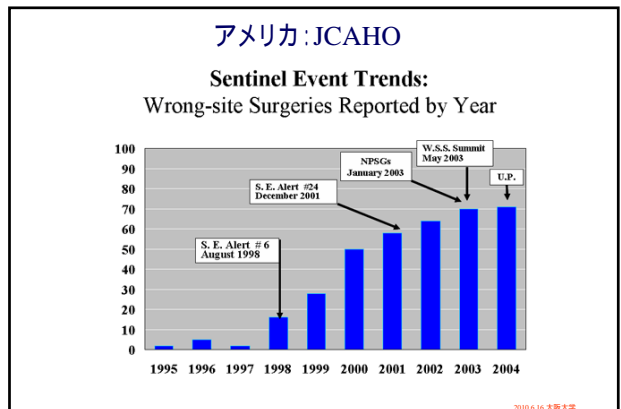
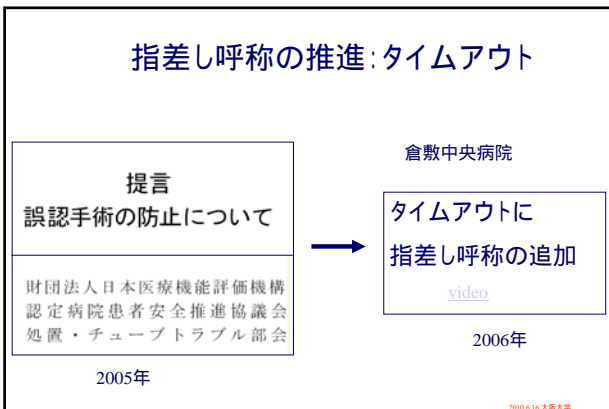


2010.6.16 大阪大学



3. 成功事例のフィードバック

2009.6.16 大阪大学



Ensuring Correct Surgery in the Veterans Health Administration

Days to hours before surgery

Just before entering OR

Immediately prior to surgery

Step 1: Consent Form
The consent form must include:
- patient's full name
- procedure type
- name of provider
- reason for procedure

Step 2: Mark Site
The operative site must be marked by a physician or other qualified provider who is a member of the operating team.
- The NICE mark non-operative sites

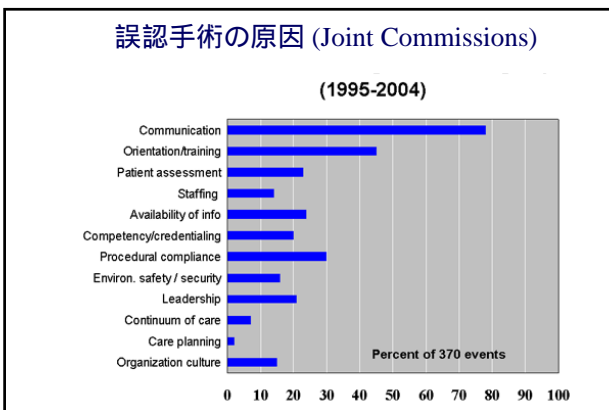
Step 3: Patient Identification
OR staff must use the process to state patient's name:
- state full name, DOB, and sex
- All NPIs or date of birth
- sex for the procedure

Step 4: "Time Out"
Within the OR, when the patient is prepped and prior to beginning procedure, OR staff must verbally confirm through a "time out":
- presence of the correct patient
- marking of the correct site
- procedure to be performed
- identity of the surgeon/assistant

Step 5: Counting Date
If counting date is used to confirm the surgical site, OR staff must:
- confirm the count
- confirm the count
- confirm the count

NCPS

2010.6.16 大阪大学



チェックシート

2010.6.16 大阪大学

Time Outの現状

期間	導入前	導入後
	2003-2005	2006-2007
手術数	33427	18500
全誤認例	8	3
患者	0	0
左右	4	0
部位	2	1
手技	0	0
器材	2	2

2010.6.16 大阪大学

指差し呼称を用いたタイムアウト

- ・ 確認精度の向上
- ・ 職場環境の活性化

2010.6.16 大阪大学

5 . 教育・研修

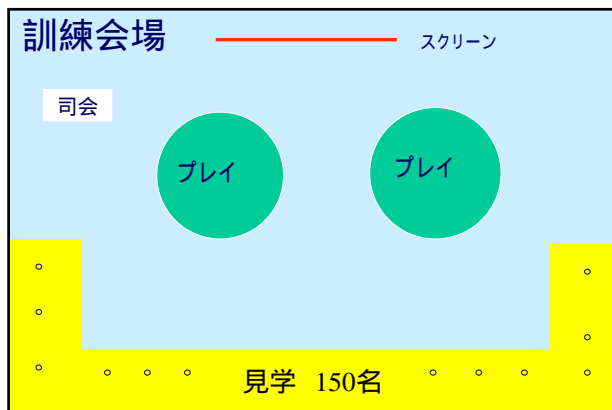
- ・ 事故想定訓練
- ・ 危険予知研修
- ・ 安全研修会
- ・ SBAR 研修会
- ・ メディエーション研修会
- ・ ……

2019.6.16 大阪大学

医療事故想定訓練の主旨

- ・ まさかの事故の際に、病院として総力を結集して最良の治療ができる。
- ・ 不幸にも、患者死亡に至った場合の対処の仕方を、医療人として身を持って体験しておく。

2019.6.16 大阪大学



2006年概要

患者：60歳の倉敷太郎

午前0時、吐血のため、家族(妻50歳、息子28歳)に付き添われ救急センター来院。精査のため緊急上部消化管内視鏡検査を行う事になった。

血液検査で貧血があり、大量の出血があったと考えられたため、医師は輸血準備(O型)を看護師Aに指示した。看護師Aは血液を内視鏡センターに運び、処置台の上においた。たまたま、同処置台には大腸憩室から大量下血した患者(X)のための血液(AB型)も置かれていた。

検査が開始された直後、大量の吐血があり血圧が48mmHgまで低下したため、医師は急いで輸血を看護師Aに指示した。看護師Aは、傍にあった血液(患者X用)を医師が確認済みと思い込み、自分でも確認せずに倉敷太郎にセットした。

医師は、そばのレジデントにポンピングを開始させた。ポンピング終了時点でレジデントは空の血液製剤を見て、患者名が異なる事にはじめて気がついた。

[video](#)

2019.6.16 大阪大学

ステージ進行表

- Stage 初動体制
BLS, スタットコール
ACLS, ICU搬送
- Stage 対策本部立ち上げ
上司, GRM, 幹部への連絡
情報収集・指示の一元化
- Stage 家族対応
(Stage 届出と公表)
(Stage 記者会見)

2019.6.16 大阪大学

Stage

- | | | |
|------|---------|----------|
| 2004 | 内科病棟 | アナフィラキシー |
| 2006 | 内視鏡センター | 異型輸血 |
| 2007 | 放射線センター | 造影剤ショック |
| 2008 | 手術室 | 誤認手術 |
| 2009 | 心カテ室 | 出血性ショック |
| 2010 | 外科病棟 | …… |

2019.6.16 大阪大学

Stage 対策本部

上司・病院幹部へ報告

[video](#) [GRM](#)

情報収集・指示の一元化

[Video](#) [sheet](#)

対策本部設置 [video](#)

本部で役割指示 [video](#)

当事者ケア [video](#)

2009.6.16 大阪大学

Stage 家族対応

2004 [video](#)

2006 [video](#)

2009.6.16 大阪大学

Stage 届出と公表 (2004)

監督官庁等への連絡

岡山県保健福祉部施設指導課 倉敷市保健所保健総務課
倉敷警察署刑事一課 日本医療機能評価機構

職員への説明

事故発生後は速やかに全職員に事故の事実と家族への説明内容を伝えて職員が同じ対応が出来るようにする。その際、説明を統一するために資料を準備して、それに基づいて説明する。

マスコミへの公表

家族への承諾を得て、公表内容の確認をもらう。プライバシーには特に留意する。原因解明と今後の方針を明確(対応期限を示す)にして強い意志を示し、決して逃げない。

2009.6.16 大阪大学

Stage 届出と公表



2009.6.16 大阪大学

事故想定訓練 (2008. 8.22)

—誤認手術—



2009.6.16 大阪大学

事故想定訓練 (2008. 8.22)

—誤認手術—



2009.6.16 大阪大学

事故想定訓練の効果

- ・ 事故時の個人の動きをシミュレーションすることができる
- ・ 協同で対応することの大切さを知る

2010.6.16 大阪大学

危険予知訓練 (KYT) 研修会



KYT を医療現場に



video

2010.6.16 大阪大学

中災防 取違正人氏 指導



2010.6.16 大阪大学

KYの普及活動



臨床検査科

放射線科

中央手術センター

実践

医師ワークショップ

- ・ 目的：医療事故は身近にあることを知り，事故防止行動への意識を高める
- ・ 対象：シニアレジデント以上の医師全員
25-30名 / 回
事務局 10名 / 回
病院長は必ず参加
- ・ 方法：近隣のホテルで一泊二日の研修
2001年から年2-3回実行

2010.6.16 大阪大学

プログラム

院長挨拶

外部講師 講演

1日目

セッション : ロールプレイ (SGD, PLS, SGD)
自由懇談

GRM 講演 : 事故の実態, 事故分析法

2日目

セッション : 事故分析・対策 (SGD, PLS)

診療科 R M 小講演

セッション : KYT (SGD, PLS)

事務長講演 : 病院としての事故後の対応

2010.6.16 大阪大学

セッション : ロールプレイ



WS導入に最適



セッション 後 懇親会



セッション : 事故分析 (RCA)



SGD

PLS

医療事故への論理的アプローチ

2019.6.16 大阪大学

セッション : KYT



基礎4ラウンド法



指差し唱和



タッチ & コール

2019.6.16 大阪大学

講演

外部講師



診療科RM: 診療科の安全対策



GRM: 事故の現状, 事故分析



事務長: 事故後の対応



記録集の作成

- ・グループ討論記録
- ・発表記録
- ・アンケート
- ・感想文



全部署に配布

2008.6.16 大阪大学

2008.09.19-20 WS



2008.6.16 大阪大学

2008.09.19-20 WS



2008.6.16 大阪大学

まとめ

1. まずリーダー
2. 計画に基づく
3. 現実を見つめる
4. 成功事例のフィードバック
5. 教育・研修

➡ 人を育てる !!

2008.6.16 大阪大学