



第26回中国国際医用機器展覧会・技術交流会  
CHINA-HOSPEQ 2017

日本の医療安全における  
コミュニケーションの重要性

2017年8月19日

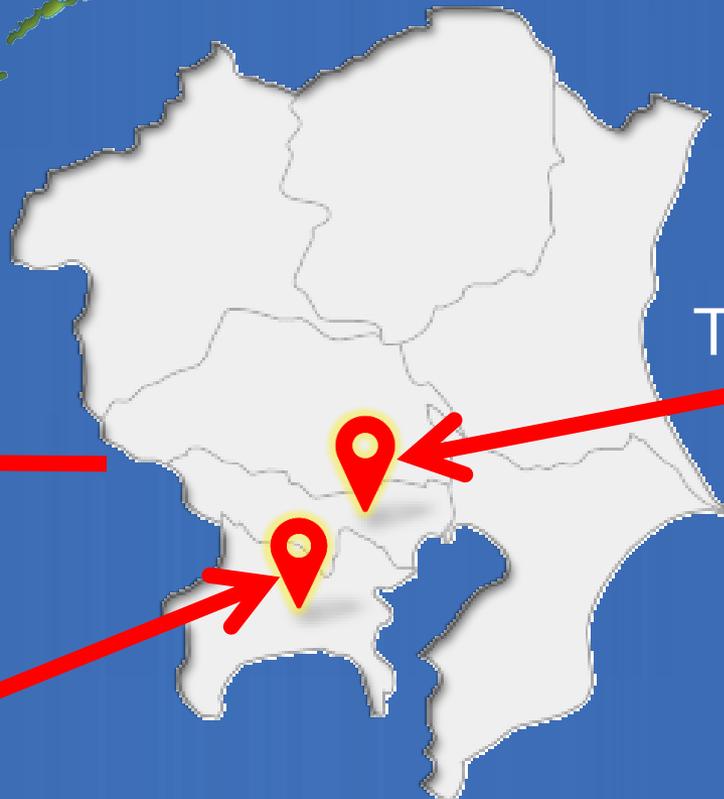
北里大学病院 医療の質・安全推進室

医療安全管理者 荒井有美



北里大学

KITASATO UNIVERSITY



TOKYO

# 北里大学病院

1033床  
特定機能病院



# 北里大学病院 概要

(2016年4月～2017年1月)

許可病床数	1033床
外来患者数 (年度累計)	766,068人
入院件数 (年間)	25,702件
平均在院日数	11.5日
手術件数	13,287件



## 職員数 (非常勤含まず)

(2017年1月) (単位：人)

医師	580	看護師、保健師、助産師	1301
薬剤師	82	臨床検査技師	123
放射線技師	78	臨床工学技士	41
理学療法士・作業療法士	25	栄養士	26

(非常勤、業務委託等を含め、約3,000名が勤務)

# 自己紹介

- 私は医療安全管理者です。
  - 日本では、医療安全の管理体制を整備することが、法律で病院に義務付けられています。
  - 専任の安全管理を行う者の配置が法律上の義務です（特定機能病院）
  - 医療安全管理者とは、医療安全対策に係る専門の教育を受けた看護師、薬剤師等とされています。

- 私は3つの国家資格を有しています。
  - 看護師、保健師、薬剤師



# 医療安全管理体制

- 医療に係る安全管理のための指針を整備
- 安全管理を目的とした委員会の開催や職員研修を義務付け
- 医療事故等を速やかに管理者に届け出るシステムを維持
- 事件事例を収集、分析して適切に病院の問題点を把握して改善する
- 専任の医療安全管理者の配置および部門の設置
- 患者からの安全管理に関わる相談に適切に応じる体制を確保
- 医療事故などが発生した場合、発生日から2週間以内に事故等報告書を作成
- 医療に関する安全管理を行う専任者の配置および部門の設置が必要

# 2016年の法改正

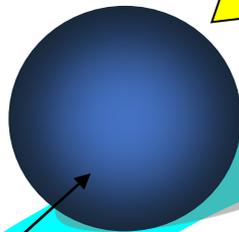
- 医師、薬剤師および看護師の医療安全管理部門への専従
  - 監査委員会による外部監査
  - 全死亡事例および一定基準以上の有害事象等を医療安全管理部門へ報告
  - インフォームド・コンセント及び診療録等についての確認と指導
  - 高難度新規医療技術の導入プロセスの整備  
(当該病院で実施したことのない医療技術)
  - 特定機能病院間相互のピアレビュー
- 等

# 医療安全管理者の業務

- 安全管理体制の構築
- 医療安全に関する職員への教育・研修の実施
- 医療事故を防止するための情報収集、分析、対策立案、フィードバック、評価
- 医療事故への対応
- 安全文化の醸成

# 医療安全におけるマネジメント

- 全体把握
- 記述統計



対策の評価

- 検討会

4

部門における

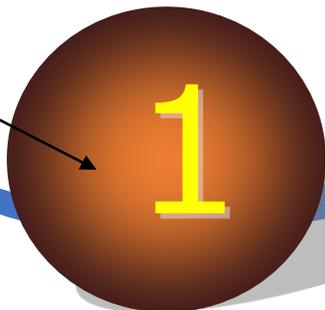
リスクマネジメントサイクル

- 関係者の問題共有
- 検討会
- (マニュアル改定)

3

対策立案

- 事象の報告



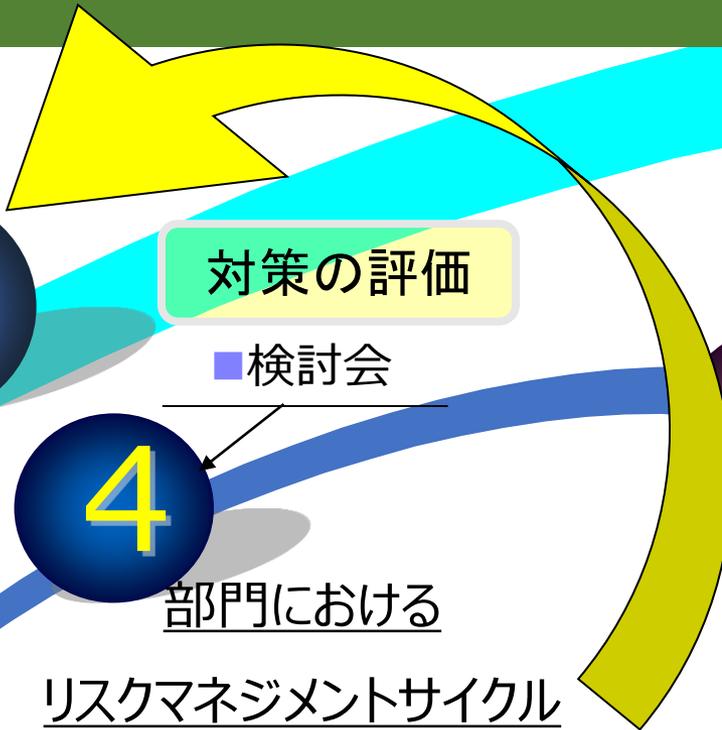
1

現状把握

2

- 方策検討

分析



# インシデント報告システム

院内各所のP C（イントラネット）から操作可能なシステム



- 報告システムの目的 → 医療システムの改善・再発防止
- インシデントの報告基準（インシデントの定義）
- 報告者免罪の周知
- 集計・分析方法 → 事例要因解析 or 統計解析

# 医療安全研修会の開催

- インシデント報告から得られた知見を組織全体で学ぶ
  - セミナー、実技講習、体験講習



# 公的な機関への報告

- 日本では、インシデントや医療事故は、監督省庁や法律が定める機関に報告しなくてはならない。
- インシデント
  - 2001年から、厚生労働省が事例収集を開始
- 医療事故
  - 2004年から、厚生労働省が認定した公的団体が医療事故の収集、分析、提供などの事業を開始。
  - 約6,000の病院に情報提供されている。なお、インターネット上にも公開されており、一般国民も参照することができる

# コミュニケーション・エラー

発生要因×事故の概要	薬剤	輸血	治療・処置	医療機器等	ドレーン・チューブ	検査	療養上の世話	その他	合計
当事者の行動に関わる要因									4,412
確認を怠った	199	7	310	41	117	65	310	114	1,163
観察を怠った	43	3	179	21	82	21	525	129	1,003
報告が遅れた（怠った）	9	0	27	5	7	5	35	21	109
記録などに不備があった	16	0	37	1	5	6	21	14	100
連携ができていなかった	82	4	120	20	43	36	187	61	553
患者への説明が不十分であった（怠った）	29	1	75	0	16	16	319	64	520
判断を誤った	62	1	299	16	95	37	370	84	964

発生要因別医療事故発生件数（2015年1月～12月）

日本医療機能評価機構 医療事故等収集事業  
 全国参加登録機関1018施設より収集された4751件より（複数回答）

# 公的な機関からの注意喚起情報

医療事故情報収集等事業 医療安全情報 No.27 2009年2月

財団法人 日本医療機能評価機構

医療  
安全情報

No.27 2009年2月

## 〔口頭指示による薬剤量間違い〕

口頭指示の際、薬剤の単位や量、希釈の条件を明確に伝えなかったため、薬剤量を間違えた事例が2件報告されています。(集計期間:2006年1月1日~2008年11月30日、第13回報告書「共有すべき医療事故情報」に一部を掲載)。

口頭指示の際、薬剤の単位や量、希釈の条件を明確に伝えなかったため、薬剤量を間違えた事例が報告されています。

医師の口頭指示	医師が意図したもの	実際に投与したもの
「ラシックス1ミリ」	ラシックス 1mg	ラシックス 1mL (10mg)
「エフェドリン2ミリ」	生理食塩水9mLで10倍に希釈したエフェドリン 2mL (エフェドリンとして8mg)	希釈していないエフェドリン 2mL (80mg)

医療事故情報収集等事業 医療安全情報 No.4 2007年3月

財団法人 日本医療機能評価機構

医療  
安全情報

No.4 2007年3月

## 〔薬剤の取り違い〕

薬剤の名称が類似していることにより、取り違えた事例が7件報告されています(集計期間:2004年10月1日~2006年12月31日、第3回報告書「共有すべき医療事故情報」に一部を掲載)。

投与すべき薬剤	取り違えた薬剤
アルマール錠	アマリール錠
アレロック錠	アレリックス錠
セフメタゾン静注用	注用セフマゾン
タキソール注射液	タキソテール注
タキソテール注	タキソール注射液
ファンガード点滴用	ファンギゾン
ラクテックD注	ラクテック注

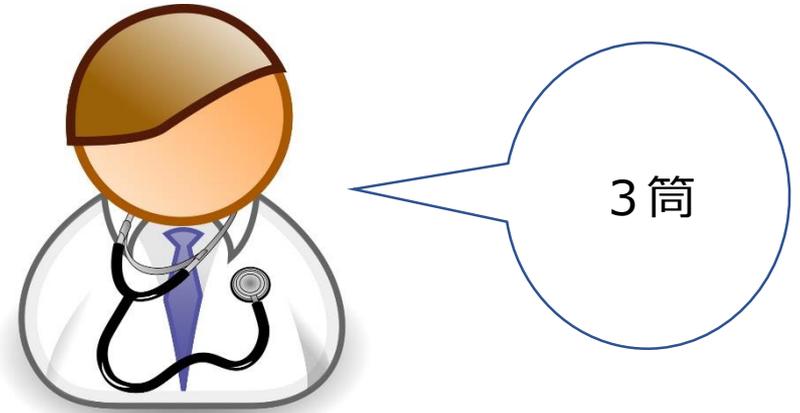
薬剤の名称が類似していることによる取り違えが報告されています。

◆その他にも、当事業の第7回報告書p64-65では、ヒヤリ・ハット事例の中から名称の類似が原因と考えられる主な薬剤を取り上げています。

# コミュニケーション・エラーの種類

- 誤伝達

- 情報が正しく伝達されない
- あいまいな伝達
- 伝達情報の誤った解釈



- コミュニケーションができない

- 情報伝達がされない
- 言ったつもり
- 伝達の省略
- 伝達しづらい



# 病院という組織の特性

専門的職能を持つスタッフが職種部門を形成

医療は、多職種が協働し、補完し合って行われている



- ・職種により認識や常識は驚くほど異なる
- ・患者情報は、個人差が大きく、変化しやすく、不安定
- ・各職種が持つ情報を、正確かつ迅速に伝達し、共有することが不可欠である

# 集団の心理的特性

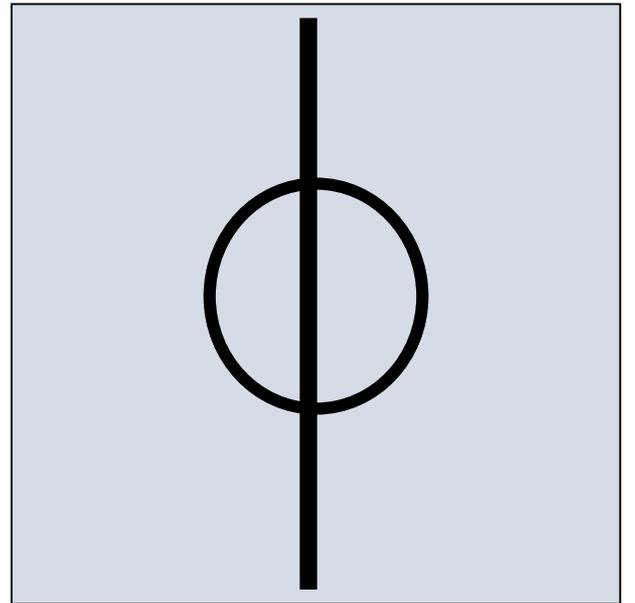
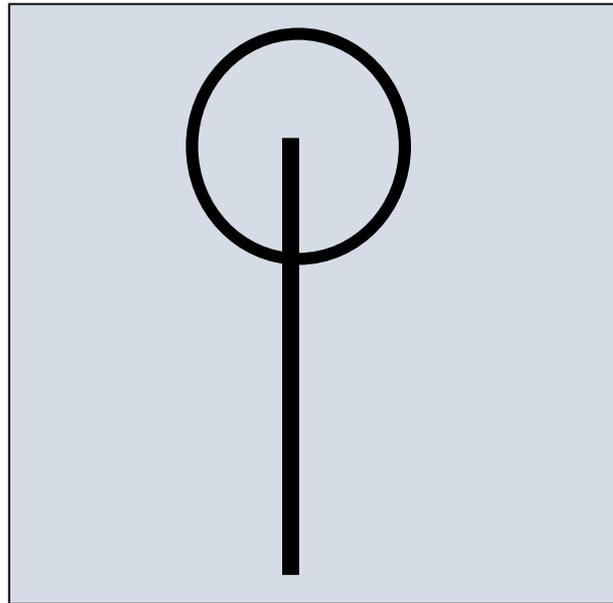
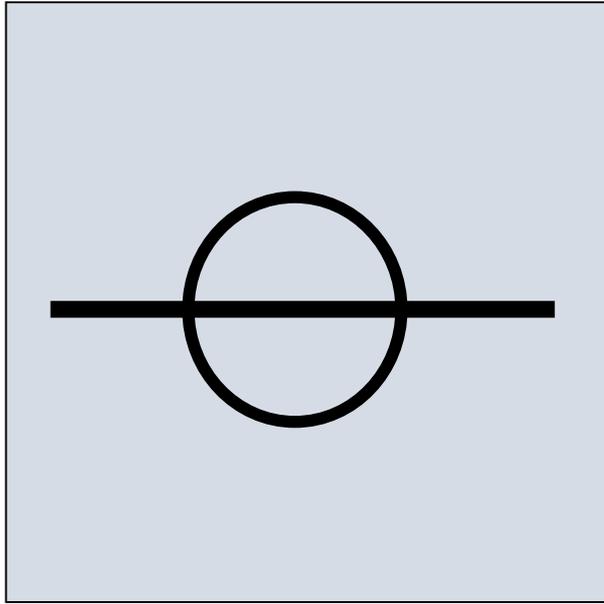
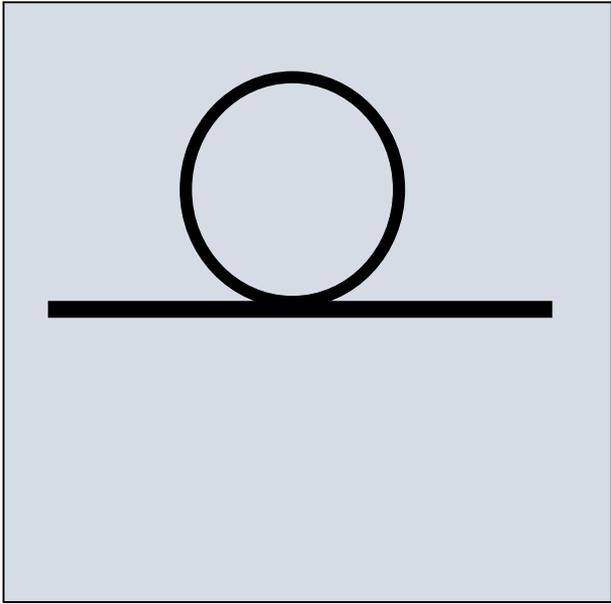
- 1) 権威勾配（上司には逆らえない）
- 2) 同調行動（みんながやっているから）
- 3) 社会的手抜き（1人くらい手を抜いても大丈夫だろう）
- 4) 社会的促進（集団でやる方が作業量が増大する）
- 5) 集団浅慮（集団で考えると考えが浅くなる）
- 6) リスキーシフト（集団の方が過激な結論になる）

# 「先入観により、認識は共有されにくい」

- 人間特性 → 先入観



- 先入観で、認識が共有されなかった結果、正しい意思決定が行われない。



# チーム力を高めるツールと戦略

## TeamSTEPPS®

**T**eam **S**trategies and **T**ool to **E**nhance  
**P**erformance and **P**atient **S**afety

2005年に米国国防総省と米国医療研究品質局が開発したチームワークシステム

チーム活動にはトレーニングが必要！

# 正確に伝達するツール

- SBAR 患者情報を正確に簡潔に伝達するツール
  - **S**ituation (状況)
  - **B**ackground (背景)
  - **A**ssessment (評価)
  - **R**ecommendation & Request (提案と依頼)

(発信者) 情報を漏れなく伝える事ができる

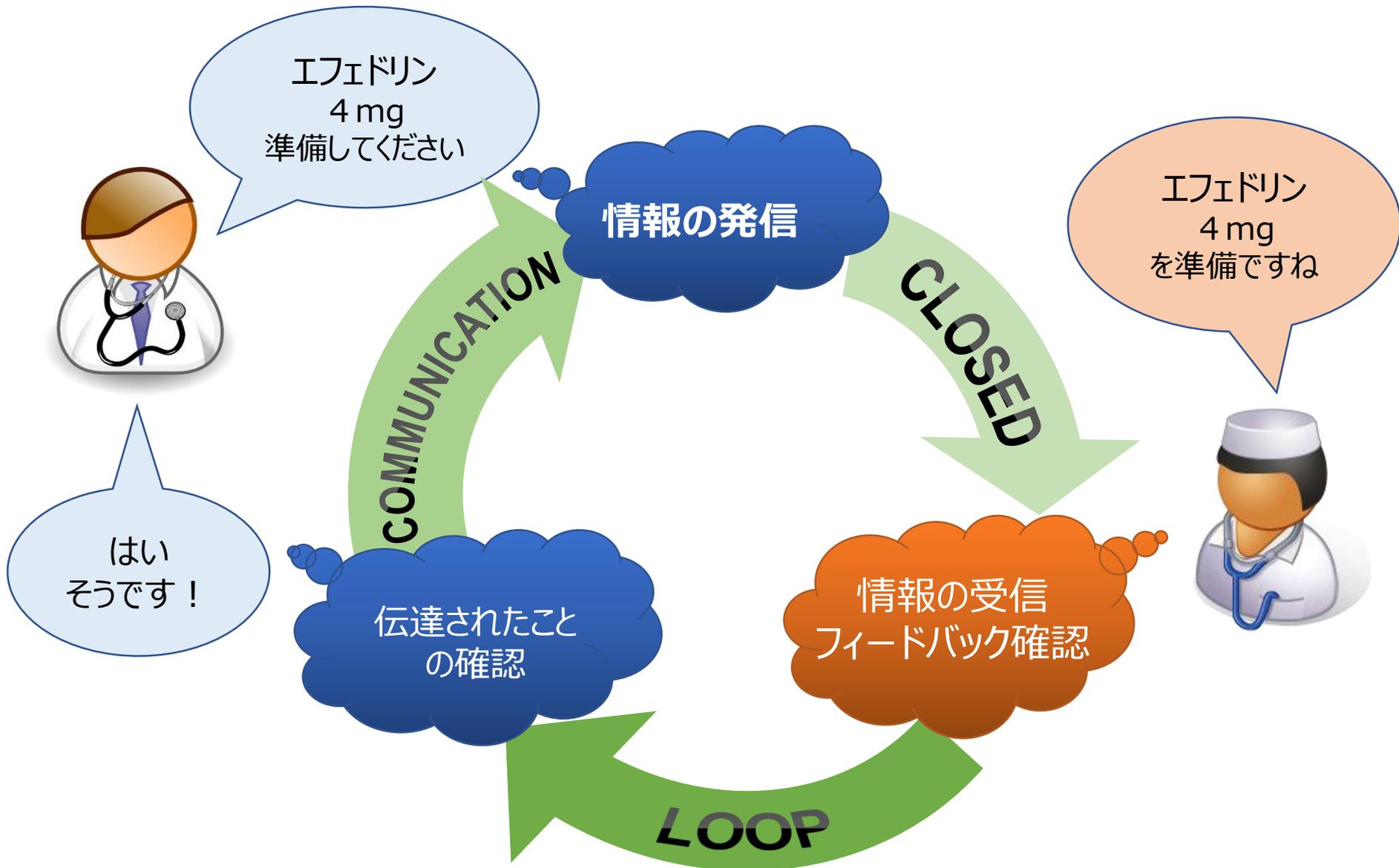
(受信者) 整理された情報を受け取れる

# 気がかりな事を伝える

## 2回主張ルール **Two-Challenge Rule**

- 安全規則の違反を察知・発見した場合に実施
- 1度駄目でもあきらめず、最低2回はアピールする。
- CUS
  - **C**oncern : 気になります！
  - **U**ncomfortable : 不安です！なぜ不安なのか？を伝える
  - **S**afety Issue : これは安全の問題です！STOPして下さい

# チェックバック（復唱を確認する）



# チームステップス研修

コミュニケーションの難しさを体験する



医師、歯科医師、看護師、看護補佐、研修医、  
薬剤師、助産師、理学療法士、作業療法士、  
臨床検査技師、診療情報管理士、臨床放射線技師、  
栄養士、調理師、言語療法士、臨床工学技士、  
社会福祉士、事務職員、保育士、視能訓練士、  
警備員、売店店員 等



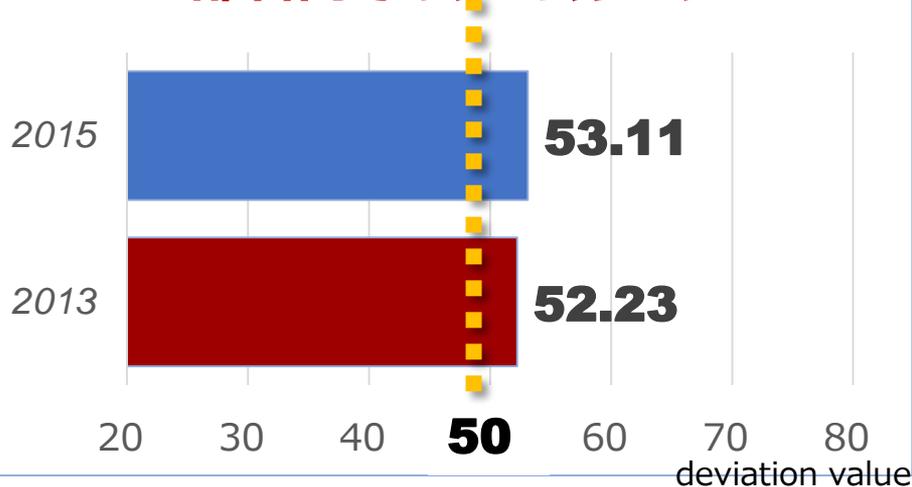
# TeamSTEPPS®

- 2007年 TeamSTEPPS® Japan Alliance設立
- 日本でも周知されつつある
- 当院でも、2013年より、約60回の研修会を開催し、昨年までに約2,700名の参加があった。

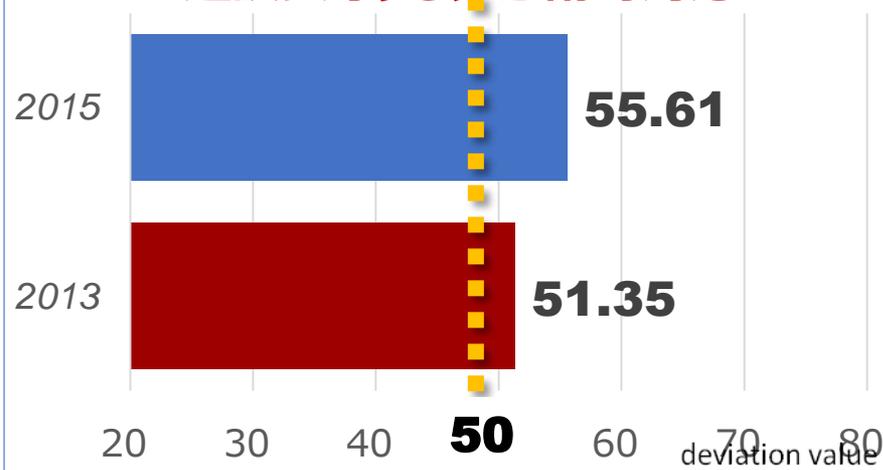


# 当院職員へのアンケート結果

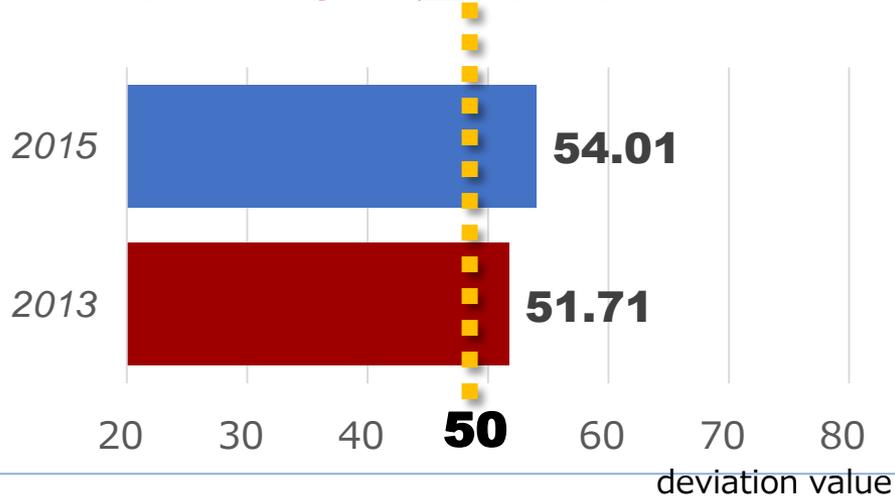
## 部署内でのチームワーク



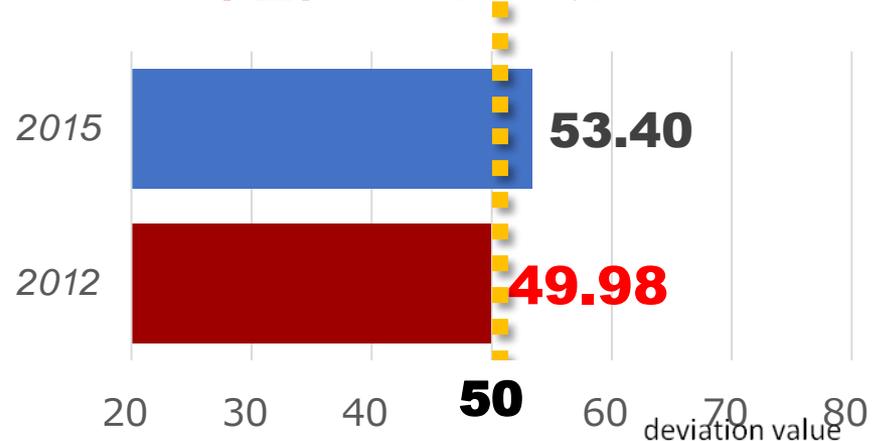
## 過誤に対する非懲罰的対応



## オープンなコミュニケーション

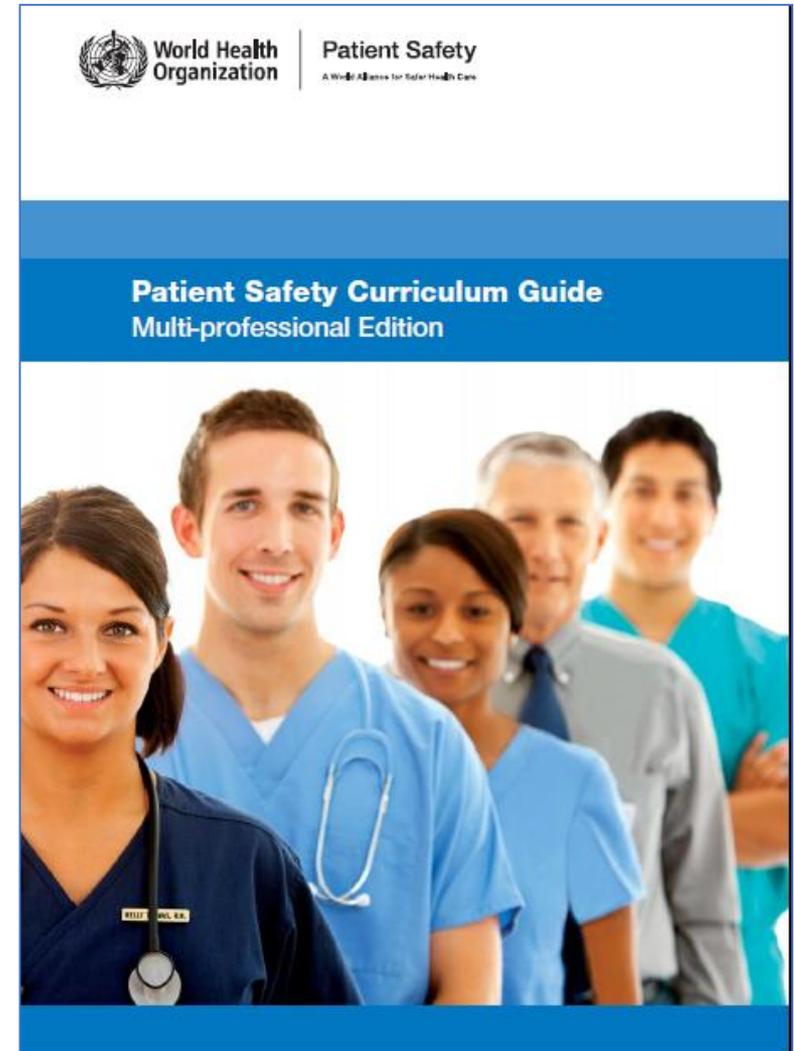


## 部署間でのチームワーク



# 職種連携はチームワーク

- 対立が起きた場合には、誰が正しいかではなく、患者さんにとって「何が」正しいかに集中する。
- WHO患者安全カリキュラムガイド多職種版  
(2001年)



# 患者参加型の取り組み

## 安全な医療を受けるために

患者の皆さまと病院職員の  
パートナーシップ

北里大学病院は、「患者中心の医療・共に創り出す医療」の理念のもと、職員が一丸となりその実現に努めています。このリーフレットは、患者の皆さまと病院職員が協力し合い、より安全で安心できる医療を創り出すために作成しました。皆さまのご理解とご協力をお願いいたします。

北里大学病院

1

### 患者さんの氏名確認にご協力ください

- 診察室に入られたら、医師にあなたの氏名をお伝えください。
- 職員は、さまざまなところであなたの氏名を確認いたします。
- ご自分の氏名と違ってないか、**あなたご自身も確認**をお願いいたします。



タブレット端末

# まとめ

- 医療の提供は、多職種 of 専門家の協働作業である。
- 専門性は他の専門と協働することで発揮される。
- 職種の違いは、多角的な問題解決の糸口になる
- 安全で適切な医療な実施するには、良好なコミュニケーションが鍵となる。



ご清聴ありがとうございました！



## 2017年 医療の質・安全推進室

危機担当副院長、診療担当副院長、医療安全管理者、対話促進者、  
医師、薬剤師、看護師、臨床工学士、診療情報管理士、事務、弁護士