

令和6年度山梨県感染症知識普及啓発事業
(令和6年10月6日：山梨県歯科医師会館-ハイブリッド開催)

明日から役立つ医療安全対策



山梨大学大学院医学域
UNIVERSITY OF YAMANASHI HOSPITAL
医療安全学講座



荒神 裕之

利益相反開示

発表者名：荒神 裕之

本演題発表に関し、発表者に開示すべき利益相反関係にある企業などはありません。

講演内容

1. Global Patient Safety Action Plan 2021–2030
2. 戦略目標1 医療における回避可能な害をなくすための方針
3. 戦略目標2 高信頼性システム
4. 戦略目標3 診療プロセスの安全性
5. 戦略目標4 患者および家族の参画
6. 本日のまとめ



明日から役立つ医療安全対策

1. Global Patient Safety Action Plan 2021–2030

患者安全（patient Safety）

- 一貫して持続可能な形で **リスクを低減し、**
- 回避可能な害の発生を減少させ、
- **エラーが起きる可能性を低下させるとともに、**
- **害が発生した際のその影響を軽減する**文化、プロセス、手順、行動、技術および環境を医療の中で創出する、
- **組織化された活動の枠組み**

Global Patient Safety Action Plan 2021–2030

WHO: Global Patient Safety Action Plan 2021–2030
Towards eliminating avoidable harm in health care

ビジョン：医療で誰も傷つかない世界

政府
医療機関やサービス



ステークホルダー
WHO

ゴール
安全でないヘルスケアによる回避可能な危害を、世界的に最大限削減



ミッション
科学に基づき、幅広い領域で回避可能なリスクと危害の原因をすべて取り除く

患者・家族をパートナーに
コラボレーションによる成果
学習するためのデータ
安全文化



改善へのエビデンス
政策と行動
科学的な専門知識と患者経験

高信頼性システム、患者・家族参画、情報・研究・リスクマネジメント

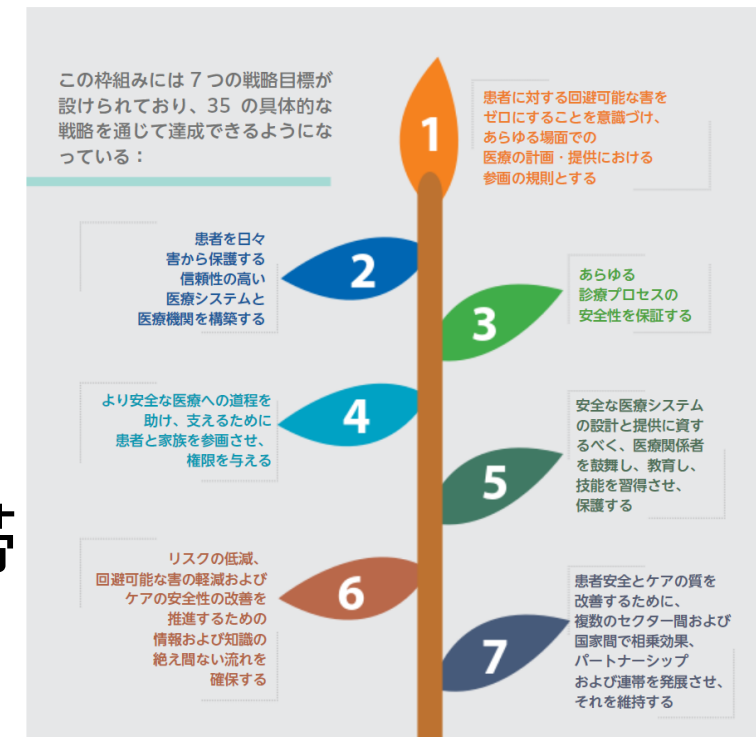
医療における回避可能な害をなくすための方針



診療プロセスの安全性、医療関係者の教育・技能および安全、相乗効果・パートナーシップおよび連帯

戦略目標

- 1 医療における回避可能な害をなくすための方針
- 2 高信頼性システム
- 3 診療プロセスの安全性
- 4 患者および家族の参画
- 5 医療関係者の教育、技能および安全
- 6 情報、研究およびリスクマネジメント
- 7 相乗効果、パートナーシップおよび連帯

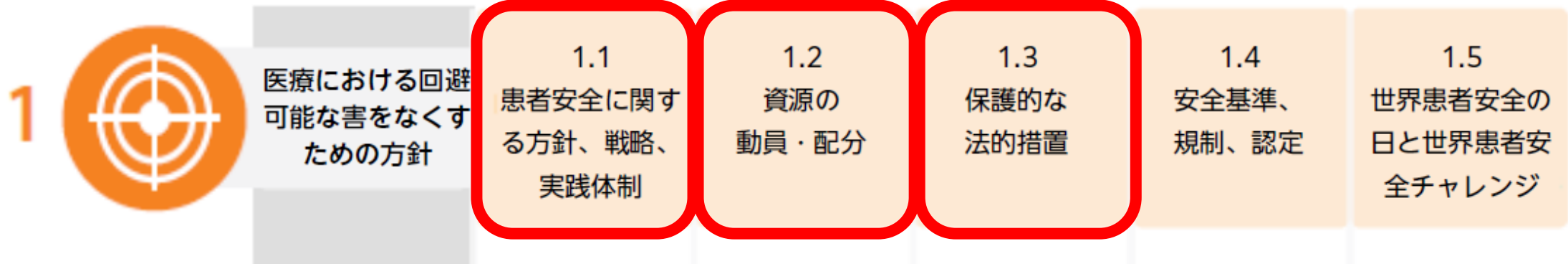




戦略目標 1

医療における回避可能な害をなくすための方針

戦略目標 1 の行動の枠組み



【日常診療への適用】

- 医療の安全を確保するための指針の策定（医療法6条の12）
- 職員研修の計画・実施（医療法施行規則1条の11第3号）
- 事故報告等の改善のための方策（医療法施行規則1条の11第3号）
- 医療事故調査制度（医療法6条の13）

山梨大学医学部附属病院安全管理指針

制定	平成16年 4月 1日		
改正	平成19年 7月 1日	平成31年 3月 27日	
	平成19年10月 24日	令和 元年 5月 31日	
	平成28年 2月 24日	令和 2年 2月 26日	
	平成28年 7月 27日	令和 3年 2月 24日	
	平成29年 3月 29日	令和 4年 2月 24日	
	平成30年 2月 28日	令和 6年 4月 10日	

この指針は、山梨大学医学部附属病院（以下「病院」という。）におけ高度な安全管理体制について定め、医療事故等を防止し、医療への信頼の維持・向上を図り、患者が安全・安心な医療を受けられることを目的とする。

（医療安全の基本的考え方）

- 1 安全な医療の提供のためには、医療従事者一人ひとりが最大限の注意を払い患者の診療やケア等を行うことが求められる。一方で、高度化・複雑化する医療において、個人の努力に依存した事故防止対策には限界があることから、「人間であれば誰でもエラーをおかす」という事実を前提に、エラーを誘発しない環境や起こったエラーが事故に発展しないシステムを組織全体で検討し、患者が安心して質の高い安全な医療を受けられることができる体制を整備する必要がある。
- 2 組織的な医療事故等防止対策として、「リスクマネジメント」を導入し、リスクの把握、分析、対処及び評価のプロセスが継続するシステムを構築する。発生したエラーについては、断じてこれを隠匿することなく、積極的に報告する職場環境を確立し、報告されたエラーについては、常にこれを教材とし、分析し、現場へフィードバックし、再発の防止と、エラーが医療事故につながらない体制を整える。
- 3 チーム医療を推進するため、医療従事者が互いに自由に発言できる組織風土を作り、診療に関わる全てのスタッフが各々の認識を分かち合って協働し、補完しあえる職場環境を整える。
- 4 「頭の中で考える仕事のやり方」と「実際の仕事のやり方」の差異が大きくなるように業務手順等を整理し、刻々と変わる状況の中でも臨機応変な対処ができる人材の育成を行う。
- 5 医療従事者のウェルビーイングが質の高い安全な医療の実現のために不可欠であることから、多様に配慮した効率的な職場環境を整える。

（医療安全の基本的考え方）

- 1 安全な医療の提供のためには、医療従事者一人ひとりが最大限の注意を払い患者の診療やケア等を行うことが求められる。一方で、高度化・複雑化する医療において、個人の努力に依存した事故防止対策には限界があることから、「人間であれば誰でもエラーをおかす」という事実を前提に、エラーを誘発しない環境や起こったエラーが事故に発展しないシステムを組織全体で検討し、患者が安心して質の高い安全な医療を受けられることができる体制を整備する必要がある。
- 2 組織的な医療事故等防止対策として、「リスクマネジメント」を導入し、リスクの把握、分析、対処及び評価のプロセスが継続するシステムを構築する。発生したエラーについては、断じてこれを隠匿することなく、積極的に報告する職場環境を確立し、報告されたエラーについては、常にこれを教材とし、分析し、現場へフィードバックし、再発の防止と、エラーが医療事故につながらない体制を整える。
- 3 チーム医療を推進するため、医療従事者が互いに自由に発言できる組織風土を作り、診療に関わる全てのスタッフが各々の認識を分かち合って協働し、補完しあえる職場環境を整える。
- 4 「頭の中で考える仕事のやり方」と「実際の仕事のやり方」の差異が大きくなるように業務手順等を整理し、刻々と変わる状況の中でも臨機応変な対処ができる人材の育成を行う。
- 5 医療従事者のウェルビーイングが質の高い安全な医療の実現のために不可欠であることから、多様に配慮した効率的な職場環境を整える。

職員研修で求められているテーマ

(医療法施行規則1条の11第3号)

- **従業者の医療の安全に関する意識**

(⇒ 例 ; リスク感性、安全第一、人は誰でも間違えるなど)

- **他の従業者と相互に連携して業務を行うことについての認識**

(⇒ 例 ; チーム医療、メンタルモデル、引継ぎなど)

- **業務を安全に行うための技能の向上等**

(⇒ 例 ; シミュレーション、外部研修など)

を目的として、

- **医療に係る安全管理のための基本的な事項、及び具体的な方策**

(⇒ 例 ; 確認業務 (患者や検体)、事例検証など)

医療事故調査制度

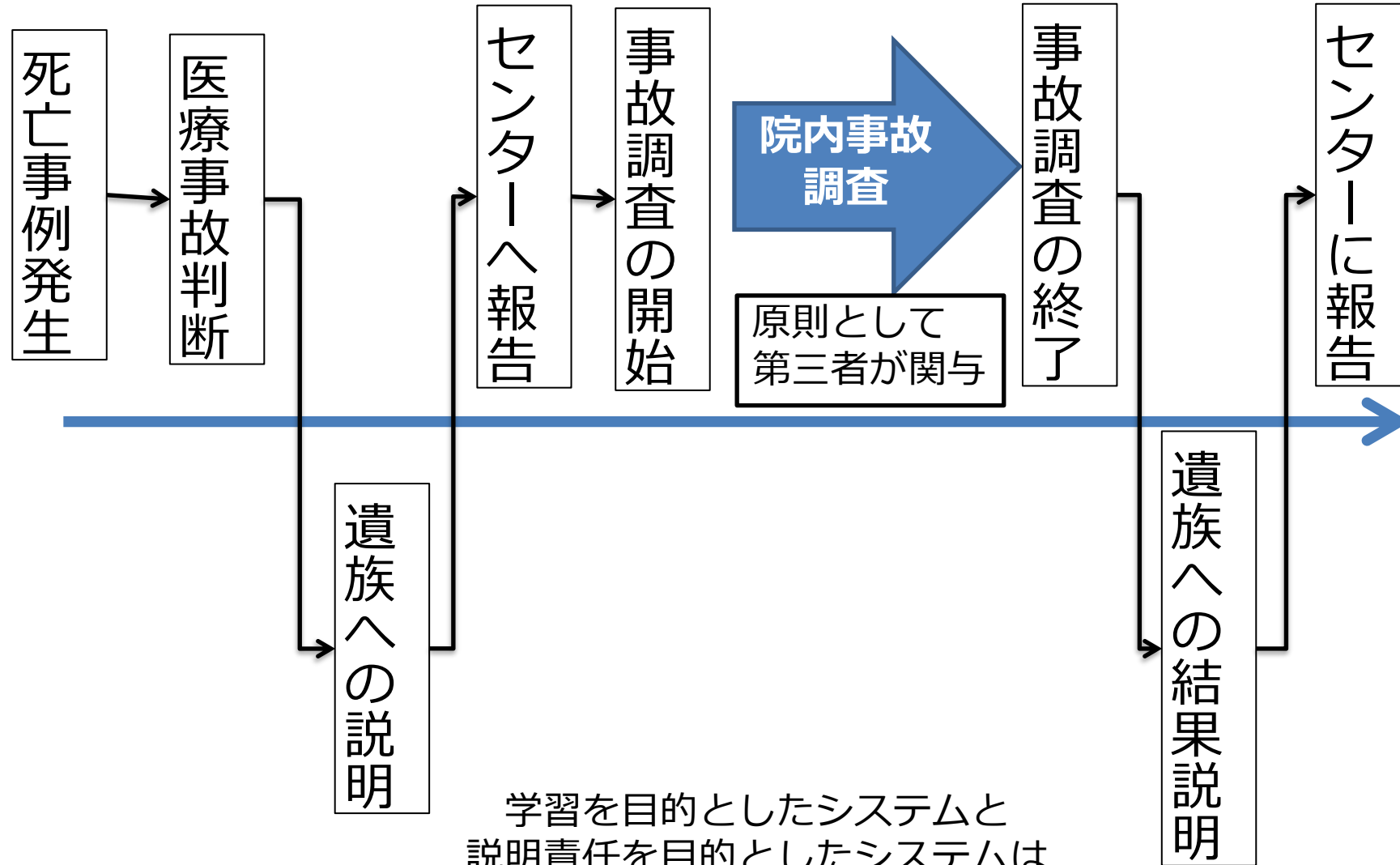
- 平成27年10月1日制度施行（医療法6条の10）
- 下記の定義を満たす「医療事故」の届出、院内調査を法的に義務付け

1. 病院・医療従事者が提供した医療に起因（疑い含む）
2. **死亡・死産**が予期されなかったもの

- 事故届出報告数 2909件（令和5年12月末時点）
- 院内調査結果報告 2541件（令和5年12月末時点）
- 事故調査に基づき、再発防止の提言が行われる

➤類似の仕組みに、医療事故情報収集等事業（ヒヤリ・ハットなども含む）がある

医療事故に関する調査の流れ



学習を目的としたシステムと
説明責任を目的としたシステムは
別であるべきだが、現実的に切り離すのは難しい



戦略目標2 高信頼性システム

戦略目標 2 の行動の枠組み



【日常診療への適用】

- 有害事象やエラーに対する非懲罰的取り扱い
- 失敗を活かす（Safety-1）と共に、成功を活かす（Safety-2）
- 患者安全の担当者を配置し、トップがリーダーシップを発揮する

有害事象やエラーに対する非懲罰的取り扱い

- Just culture (公正 (正義) の文化)
- 経験やトレーニングに基づく行動や意思決定については、**非懲罰的に扱う**考え方やふるまい
- 悪しき結果からの学び (学習) と、事故被害者や社会への説明責任を重視する



懲罰的文化 (Blame culture)
結果に基づき懲らしめて戒める

医療事故再発防止に向けた提言の活用

- 第1号 中心静脈穿刺合併症に係る死亡の分析—第1報—
- 第2号 急性肺血栓塞栓症に係る死亡事例の分析
- 第3号 注射剤によるアナフィラキシーに係る死亡事例の分析
- 第4号 気管切開術後早期の気管切開チューブ逸脱・迷入に係る死亡事例の分析
- 第5号 腹腔鏡下胆嚢摘出術に係る死亡事例の分析
- 第6号 栄養剤投与目的に行われた胃管挿入に係る死亡事例の分析
- 第7号 一般・療養病棟における非侵襲的陽圧換気(NPPV)及び気管切開下陽圧換気(TPPV)に係る死亡事例の分析
- 第8号 救急医療における画像診断に係る死亡事例の分析
- 第9号 入院中に発生した転倒・転落による頭部外傷に係る死亡事例の分析
- 第10号 大腸内視鏡検査等の前処置に係る死亡事例の分析
- 第11号 肝生検に係る死亡事例の分析
- 第12号 胸腔穿刺に係る死亡事例の分析
- 第13号 胃瘻造設・カテーテル交換に係る死亡事例の分析
- 第14号 カテーテルアブレーションに係る死亡事例の分析
- 第15号 薬剤の誤投与に係る死亡事例の分析
- 第16号 頸部手術に起因した気道閉塞に係る死亡事例の検討
- 第17号 中心静脈カテーテル挿入・抜去に係る死亡事例の分析—第2報（改訂版）—
- 第18号 股関節手術を契機とした出血に係る死亡事例の分析
- 第19号 肺動脈カテーテルに係る死亡事例の分析 第1部 開心術編／第2部 検査編

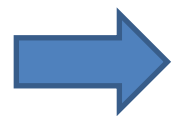
失敗を活かす (Safety-1) 成功を活かす (Safety-2)

Safety-1 :

「うまくいかなかったこと」をできるだけ少なくしようとする方策

Safety-2 :

「うまくいったこと」をできるだけ多くしようとする方策

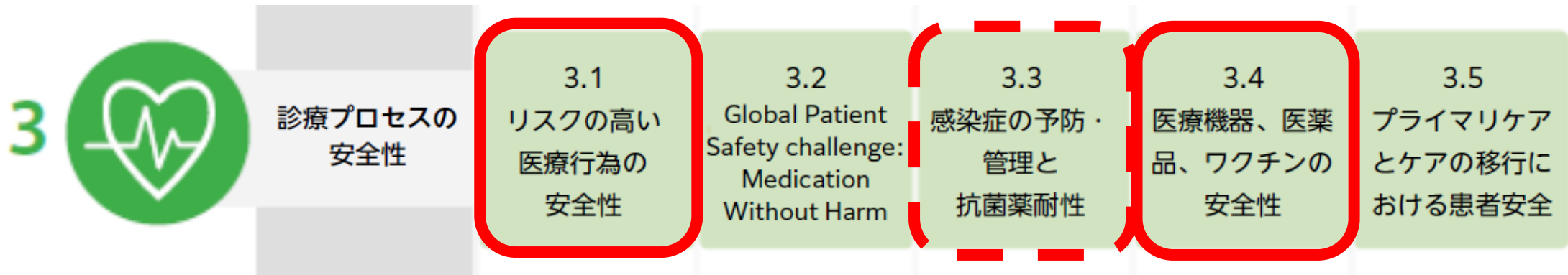


対立や競合する概念ではないことに注意



戦略目標 3 診療プロセスの安全性

戦略目標 3 の行動の枠組み



【日常診療への適用】

- 標準業務手順書（マニュアル）の活用
- 感染や薬剤耐性の拡大防止
- 機器の操作マニュアルの常備と活用

読まれない？マニュアル

イグノーベル賞（2018）を受賞した研究

- 機能が過剰な家電と付属のマニュアルの利用に関する調査
- **マニュアルは大多数の人に読まれておらず、製品のすべての機能を使用していない**
- 若い人は中高年よりもマニュアルを使用する可能性が低い
- より教育を受けた人々は、マニュアルを読む可能性も低い
- 過剰な機能とマニュアル参照の強制は、否定的な感情的体験を引き起こす

仕事 = マニュアルの弊害

- ゴールデン・バッチ (golden batch; 過去の最良データ) ばかりを規定し、そこからの逸脱が許容されにくくなる
- ゴールデン・バッチ以外の新しい仕事や部署の狭間にある仕事が、マニュアルのない効率の悪い厄介ごととして敬遠されがち

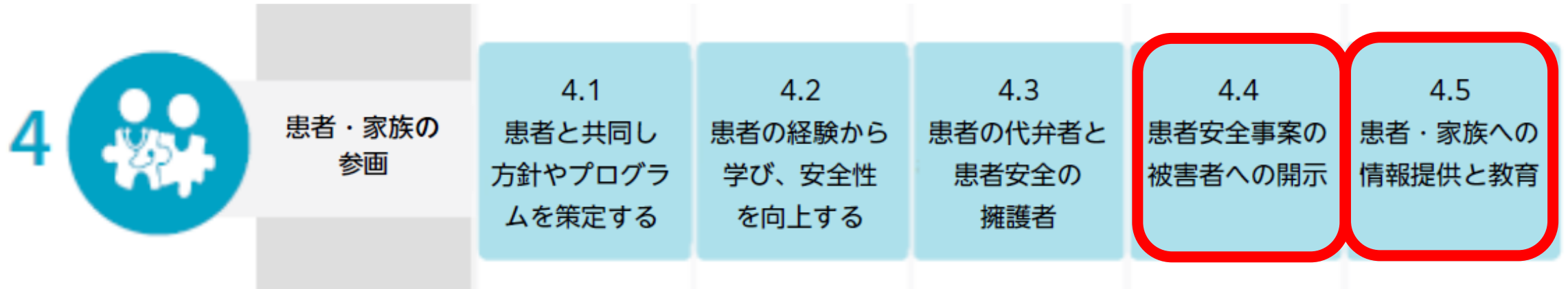
➡ より良いケアのためのルール破り (Breaking the Rules for Better Care) (IHIリーダーシップアライアンス 2016年～)

- ルール破りを事前に想定しておく
- ルール破りを定常化させずマニュアルを更新する



戦略目標 4 患者および家族の参画

戦略目標 4 の行動の枠組み

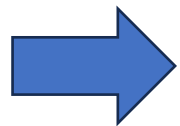


【日常診療への適用】

- 患者・家族への情報開示手続きの方針と手順を実装する
- 有害事象に遭遇した患者・家族と医療者の双方に対して、継続的な心理的支援を提供する
- 共同意思決定を推進する

情報開示プログラムの策定

1. 病院の首脳部の賛同と協力
2. 情報開示の院内指針と実施手順
3. 情報開示プログラムの院内への周知
4. 情報開示チームのトレーニング
5. 情報開示プログラムの維持



医療対話推進者（医療メディエーター）養成セミナー等の活用

【参考文献】

1. ダグ・ヴォイチエサック・他著、前田正一（監）：ソーリー・ワークス！医療紛争をなくすための共感の表明・情報開示・謝罪プログラム，医学書院，2011
2. ロバート・D・トゥオルグ・他著、和田仁孝（監）：医療事故後の情報開示，シーニュ，2015

Second Victim 第二の被害者

- 医療従事者が、予期せぬ患者有害事象や患者の傷害に関連する医療過誤に関与したことで傷害を受け、被害者となること
- これらの医療者の多くは、患者の転帰について、自身の臨床スキルや知識不足が失敗原因だとする、個人的な責任を覚える。

Wu AW. Medical error: the second victim. The doctor who makes the mistake needs help too. BMJ. 2000;320:726-727.

Scott SD, Hirschinger LE, Cox KR, McCoig M, Brandt J, Hall L. The natural history of recovery for the health care provider "second victim" after adverse patient events. Qual Saf Health Care. 2009;18:325-330.

山梨県でのピアサポート 普及啓発の取り組み (山梨県 医療従事者の心のサポート構築支援事業)

山梨県 医療従事者の心のサポート構築支援事業

ピアサポートで医療者を救う!

— 第二の被害者 (Second Victim) を生まないために
私たちが出来ること —

研修会では、有害事象に関与した医療者へのピアサポート体制としてのファーストエイドをご紹介します。

2020年12月13日(日) 13時30分～17時

会場：山梨大学医学部附属病院 臨床大講堂

定員 会場100名、Web参加100名 (予定)

プログラム

- *特別講演1
ピアサポート—有害事象に遭遇した医療者への関わり
筑波大学附属病院 臨床医療管理部 臨床心理士 平井理心
- *特別講演2
ピアサポートへの産業界の関与—筑波大学附属病院の取り組み
筑波大学医学医療系 産業精神医学・宇宙医学グループ 大井雄一
- *シンポジウム
ピアサポートの初動体制「ファーストエイド」の実践に向けて



〒400-8580 山梨県中央市下河原1150
山梨大学医学部附属病院
医療の質・安全管理部 担当 五味
Tel. 055-273-1111 内線 3525

プログラムの内容

【メモリアルデー行事】

医療事故の内容に基づいた動画の視聴
当事者からの手紙の朗読

【特別講演】

座長 山梨大学医学部附属病院 木内 博之
ピアサポート —有害事象に遭遇した医療者への関わり
筑波大学附属病院 臨床医療管理部 臨床心理士 平井理心
ピアサポートへの産業界の関与 —筑波大学附属病院の取り組み
筑波大学医学医療系産業精神医学・宇宙医学グループ 大井雄一

【シンポジウム】

ピアサポートの初動体制「ファーストエイド」の実践に向けて

座長	山梨大学医学部附属病院	荒神 裕之
登壇者	筑波大学附属病院	平井 理心
	筑波大学附属病院	大井 雄一
	山梨県立中央病院	深澤 智美
	市立甲府病院	向山 ゆりか
	山梨大学医学部附属病院	伊藤 雅美

主催：山梨大学医学部附属病院 医療の質・安全管理部
後援：山梨県、山梨県医師会、山梨県看護協会、山梨県歯科医師会、山梨県薬剤師会、山梨県栄養士会

後援：山梨県、山梨県医師会、山梨県看護協会、山梨県
病院薬剤師会、山梨県栄養士会

山梨県こころのサポート構築支援事業

ピアサポートで医療者を救う!

医療従事者のためのピアサポーター養成セミナー

筑波大学医学医療系産業精神医学・宇宙医学グループ

大井雄一先生

筑波大学附属病院 臨床医療管理部 臨床心理士

平井理心先生

コーディネーター 山梨大学医学部附属病院

医療の質・安全管理部 荒神 裕之

講師

日時

2022年3月13日(日)

13:30～16:30

参加費

無料
(事前登録要)

配信

オンライン(ZOOM)開催

医療事故など医療上の有事における医療側当事者への支援が求められています。これら第二の被害者 (Second Victim) となった当事者への関わりについて、新たに発刊されるハンドブックを執筆頂いたお二人の講師に解説頂き演習を通じて学ぶピアサポーター養成研修会を開催します。

【参加登録】 参加登録 3月10日17時まで

https://supportoffice.jp/hosp_yamanashi2022/

参加登録はこちらから➡



主催 山梨大学医学部附属病院 医療の質・安全管理部 受付・配信 有限会社ビジョン・ブリッジ

山梨県

医療従事者の心のサポート構築支援事業



ハンドブックの作成・配布

- ピアサポートの心構え、関わり方の要点をまとめたハンドブックを作成
- 県内の医療機関に配布
- ハンドブック活用に向けた、研修会を実施



2023年度には学習動画を作成

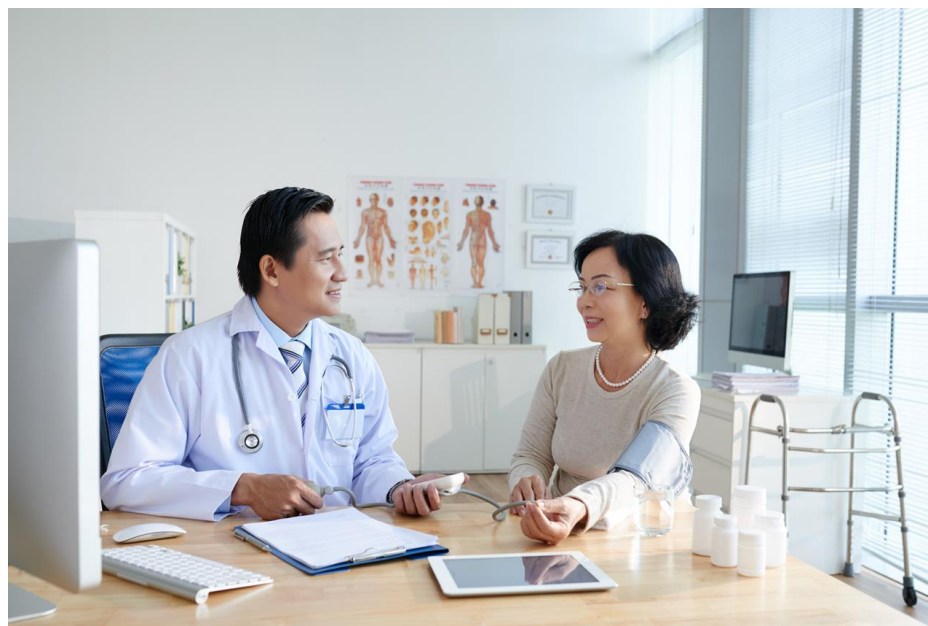
医療従事者のための
ピアサポートハンドブック

パターナリズム（父権主義） から パートナーシップ（協働）へ

対等な立ち位置から、協働して意思決定をしていく
Shared Decision Making(SDM : 共同意思決定)

専門家としての の情報

- 診断、治療
- ケア、リハビリ
- 予後、余命



患者としての の情報

- 家庭、仕事
- 目標、価値観
- 希望、不安

患者・家族；エンパワメントと報告

入院中の皆さまへ

お名前と
誕生日を
お伝えください

患者さんの確認のため
病院職員が名前・誕生日をお尋ねします。

山梨 太郎、
9月12日生まれです。

お名前をフルネームで、
誕生日もお願いします。

こんな時に転びやすくなります。注意しましょう。

ベッド周囲

立ち上がる時

- 数を3つ数えて、ゆっくり起き上がりましょう。



椅子・車椅子に座るとき

- 椅子との距離を確認しましょう。
- 車椅子はフットレストの確認をしましょう。



ベッドから身を乗り出し落ちた物を取るとき

- 無理な体勢はやめましょう。
- 落ちた物を拾うとき、棚や冷蔵庫から物を取る場合は看護師を呼びましょう。



トイレ

トイレのあと急に立ち上がる時

- トイレのあと、気分が悪くなる場合があります。数を3つ数えて、ゆっくり動きましょう。
- 気分が悪い時は、看護師を呼びましょう。



睡眠剤を飲んだあとトイレに行くとき

- 睡眠剤を飲んだあとは、ふらつきやすくなります。
- 薬を飲む前にトイレへ行きましょう。
- 夜間、トイレに起きたときは、看護師を呼び一緒に行きましょう。



歩くとき

- 点滴・酸素・チューブが足に引っかからないよう注意しましょう。
- 段差に注意しましょう。



- 検査や処置のあと、最初に歩くときに薬の影響でふらつくことがあります。検査・処置後に歩くときは看護師を呼びましょう。





明日から役立つ医療安全対策

6. 本日のまとめ

まとめ — 回避可能な害ゼロに向けて —

- 患者安全（Patient Safety）は、リスクの低減による回避可能な害の減少を目指す取り組みであると共に、発生した害の影響を低減するための組織的な取り組み
- 回避可能な害の低減に向けて、下記の取り組みを推奨する
 - ①指針の策定・共有と職員研修の実施
 - ②有害事象やエラーの非懲罰的取り扱いと、失敗・成功の活用
 - ③標準作業手順書（マニュアル）の活用
 - ④情報開示プログラムの策定とピアサポートの実施



The 19th Annual Congress of Japanese Society for Quality and Safety in Healthcare

第19回 医療の質・安全学会学術集会

会期 | 2024.11.29 金 ▶ 30 土

会場 | パシフィコ横浜 ノース

〒220-0012 神奈川県横浜市西区みなとみらい1-1-1 TEL:045-221-2155 (総合案内)

大会長 **荒井 有美** 北里大学病院 医療安全推進室
副室長/医療安全管理者

副大会長 **松村 由美** 京都大学医学部附属病院
医療安全管理部

実行委員長 **荒神 裕之** 山梨大学医学部附属病院
医療の質・安全管理部

プログラム委員長 **田中 和美** 群馬大学大学院医学系研究科
医療の質・安全学

運営委員長 **中村 京太** 横浜市立大学附属市民総合医療センター
医療の質・安全管理部

演題募集期間

企画演題 2024年4月25日(木)~5月31日(金) (予定)

一般演題 2024年4月25日(木)~6月17日(月) (予定)



<https://convention.jtbcom.co.jp/19jsqsh/>

学会事務局

一般社団法人 医療の質・安全学会 〒113-0033 東京都文京区本郷2-29-1 渡辺ビル201

運営事務局

株式会社JTBコミュニケーションデザイン 事業共創部 コンベンション第二事業局内
〒105-8335 東京都港区芝3-23-1 セレスティン芝三井ビルディング E-mail: 19jsqsh@jtbcom.co.jp

※運営事務局はテレワークを実施しております。恐れ入りますが、原則E-mailでお問合せいただきますようお願いいたします。

2024 Hiroyuki Kojin

患者安全推進地域フォーラム in 山梨

「地域と取り組む医療安全」

日時 2024年10月14日（祝）

病院見学 11:00-12:00

フォーラム 13:30-16:00

基調講演 小林美亜

「山梨県における地域医療の現状と課題～医療の質・安全の観点から」

シンポジウム 座長 川村龍吉

演題 1 「初期救急医療センターの立ち上げ 持続可能な救急医療提供のために」（森口武史）

演題 2 「肝炎スクリーニングと医療安全」（前川伸哉）

演題 3 「医療安全管理部門が取り組む地域貢献」（荒神裕之）

演題 4 「山梨医療安全研究会の取り組み」（小林美雪）

参加はこちらへ



病院全体がひとつのチーム



山梨大学医学部附属病院

UNIVERSITY OF YAMANASHI HOSPITAL

医療の質・安全管理部