

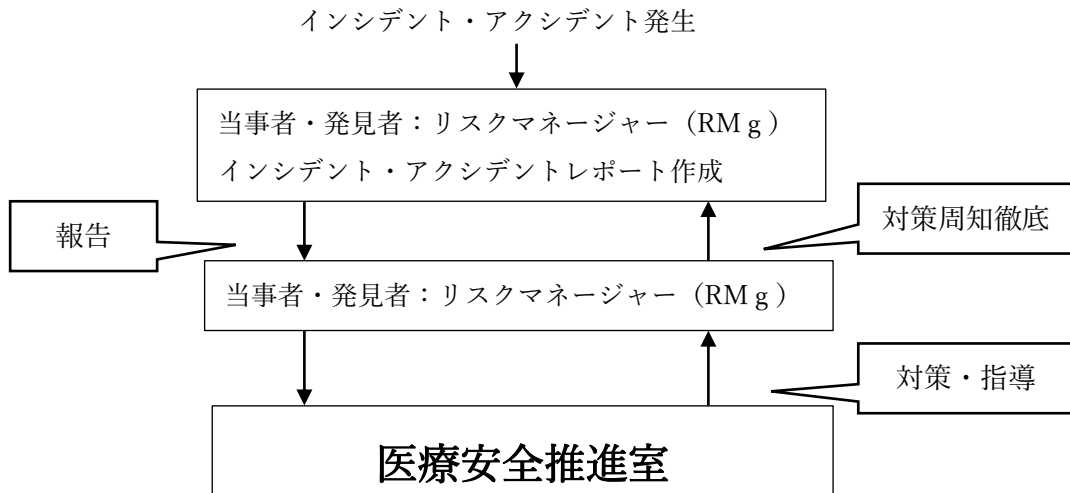
医療安全について（医療安全管理マニュアルより）

1. インシデント・アクシデントレポートレベル基準

レベル0～3 aをインシデント、レベル3 b～5をアクシデントと規定する。

インシデント	レベル0	間違ったことが患者に実施されなかった。未然に防止できた。
	レベル1	間違ったことが患者に実施されなかった。未然に防止できた。
	レベル2	経過観察が必要となったが、処置や治療の必要はなかった。 (間違ったことが実施された、または軽度の事故が発生し患者に変化があった。)
	レベル3 a	一時的な（簡単な）処置や治療が必要となった。(間違ったことが実施された、または事故が発生し、患者に変化があった。)
アクシデント	レベル3 b	一時的な（簡単な）処置や治療が必要となった。(間違ったことが実施された、または事故が発生し、患者に変化があった。)
	レベル4	事故により患者に永続的な機能障害が残った。
	レベル5	事故が死因になった

2. インシデント・アクシデントレポート提出フローチャート



※研修医は、指導医へ報告。指導医より RMg（指導医と同一の場合あり）へ報告する。

※インシデント・アクシデントレポートを入力した場合は後日、教育研修推進室（担当：総務課 教育研修担当）まで報告してください。

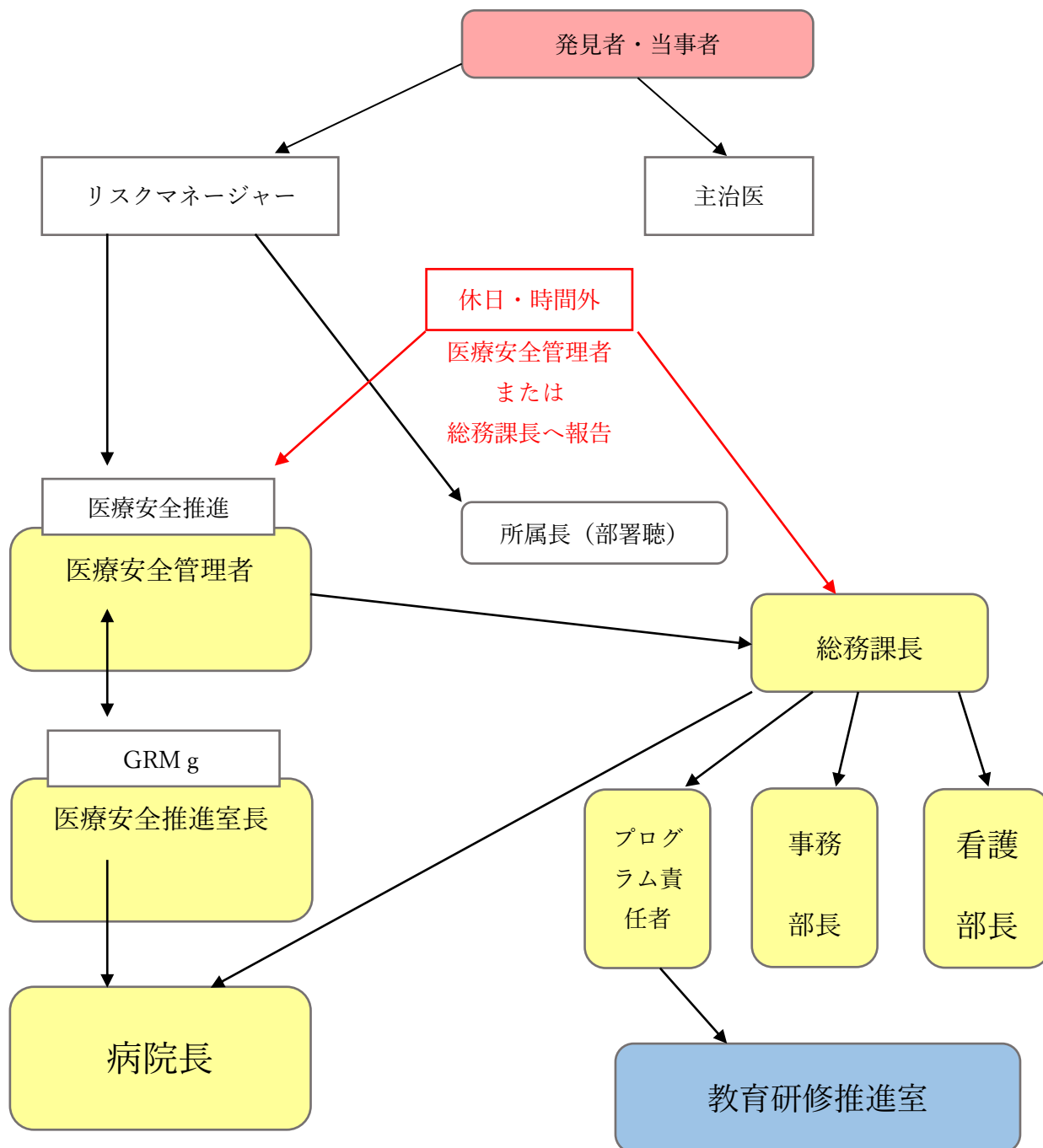
※「インシデントレポート」「針刺し・切創」「オカレンスレポートは電子版。電子カルテシステム「セイフティーアシスタント」から展開する。

※インシデントレポートは、事例発生1週間以内に入力し、リスクマネージャーの評価を受ける。

3. 重大医療事故発生時の報告フローチャート

医療事故

インシデントレポート 3 b 以上



(マニュアルより追補)

研修医が当事者である場合は、教育
研修室へ報告 (後日で良い)

4. オカレンスレポート対象事例一覧

【手術に関連した事象】

- ・術中、術後 48 時間以内の死亡、心停止・呼吸停止・心筋梗塞・脳血管障害
- ・予定外の再手術で、同一入院中あるいは退院後 7 日以内に起きたもの
- ・予定外術式の施行（予定しない臓器の摘出、腸管、出血、神経、尿管の吻合など）
- ・手術時間の予期せぬ延長（3 時間以上）
- ・多量な出血（予定より濃厚赤血球 5 単位以上使用）
- ・異物の残置（治療目的のものは除く）
- ・医療器械、手術機器の不良、破損による手術中止や予定術式の変更
- ・麻酔に伴う有害事象（術後 4 時間以降に影響が残らなかったものは除く）
- ・術後に生じた末梢神経麻痺、皮膚障害で術前は存在しなかったもの

【侵襲的検査・治療等に関連した事象】

- ・検査、処置中の死亡、心停止・呼吸停止・心筋梗塞・脳血管障害
- ・治療・検査に伴う予期せぬ多量出血（1,000mL 以上の内出血、外出血を含む）
- ・内視鏡検査や処置中の消化管と穿孔
- ・心臓カテーテルや IVR 後の心タンポナーデおよび輸血や手術が必要となった血腫発生
- ・中心静脈穿刺に関連した合併症
- ・入院加療を要した造影剤や薬物によるアレルギー、ショック

【その他】

- ・入院中発生した静脈血栓塞栓症（深部静脈血栓・肺血栓）
- ・入院中の予期せぬ死亡例（心筋梗塞・肺梗塞・脳血管障害・窒息など）
- ・入院中の予期せぬ急変 ICU 入室例
- ・退院後の予期せぬ 24 時間以内の再入院
- ・予定入院期間の大幅な延長
- ・院内感染の可能性のあるもの
- ・VVR

※2015 年 10 月から開始された医療事故調査制度に伴い、予期せぬ死亡・死産事例について医療安全推進室では院内すべての死亡事例にスクリーニングをかけ、必要に応じ院内での事例検討や医療事故調査委員会を開催している。

※予期せぬ死亡・死産の場合は、現場保全と共に、家族等に AI・剖検をできる限り勧め、死因の特定に努める。

※異状がある場合は、医師法第 21 条に則り異状死の場合の対応とする。（防犯対策：異状死マニュアル参照）

※日頃から「オカレンスレポート」対象事例は迅速な報告を促している。

5. その他

防犯対策マニュアル参照 以下の事象の場合

- ・盗難・紛失
- ・無断外出・離院
- ・暴力行為
- ・異状死
- ・苦情・クレーム

1. 確認について

確認とは、曖昧な情報や知識をはっきりさせる事であり、対象と参照物との一致を確認する事、知識不足を補う確認、言われた名前の確認などがある。

1) 確認方法

(1) 指差し呼称

対象と参照物との一致を確認する時に有効な確認方法であり、以下のような医療行為の場面で実施する。以下の場合以外でも、有効と思われ有る状況で実施する。

例 ・患者誤認防止

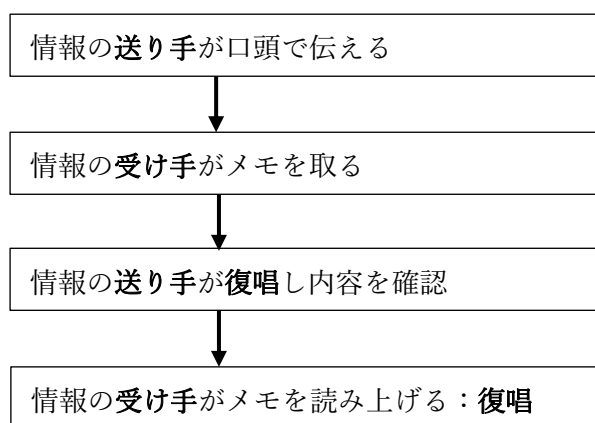
- ・各種検体と患者氏名
- ・検査内容の確認・医師の指示書と薬剤
- ・ドレーンチューブ類の状態や医療機器との接続状況
- ・薬剤と医療機器の設定・実施の確認
- ・医療機器類の作動・使用の確認
- ・薬剤投与時の6Rの確認
- ・各種チェックリスト使用時の行動確認
- ・書類等の記載内容確認 など



(2) 復唱

口頭や電話での情報伝達時は、メモを取ることと復唱する事で情報を双方が確認し合い共有する。有効と思われ有る場面では常に実施する。

- 例
- ・指示出し・指示受けの場面
 - ・業務の申し送りなど引き継ぎの場面



(3) 注射・検体・輸血などのシステムを利用した確認

現物（注射・検体・輸血など）と、ラベル・注射箋・予約票などの指示内容と、実施すべき患者のリストバンド・診察券などを、指差し呼称し、ドリル式で確認する。

ヒューマンエラー対策として、バーコードリーダーやPDAなどのシステムを利用し、電子カルテとの照合も行う。

ただし、実施すべき状態○ 実施してはいけない×の表示も、確認箇所や段階、タイムラグ等があることを認識しておく事も大事

2) ダブルチェックについて

当院のダブルチェックとは、複数人で確認する事ではなく、視点を変えて行う事であり、1人で行う場合2人以上で行う場合がある。

①基本の一人ダブルチェック

全ての業務において、視点の（方向）を変えて双方向で確認する事を基本のダブルチェックとする。②③の複数人で行う場合も、各自が一人ダブルチェックを行うのは大前提である

例：通常業務全般 日当直や緊急時・災害時など

②2人時間差で行う リチェック式

視点の（人・時間）を変えて行うダブルチェック

時間において異なる人が双方向でチェックする

例：薬剤部の2重監査

医療機器の設定確認・書類作成時とお渡し時等

③ 2人で同時に行う ドリル式

視点の（人）を変えて行うダブルチェック

2人以上で同時に同じものを見ながら行う

例：必要時指示・口頭指示実施時

注射準備読み合わせ時

麻薬（残数・返納）の確認

書類等を患者家族へ渡すとき（2人目は患者）

患者誤認防止 5つの原則

1. 患者に関わるすべての業務の直前には、患者本人にフルネームを名乗って頂く
2. 名乗って頂いた氏名と照合できるものがある場合は、それを用い、指差し呼称して確認する
3. 名乗れない場合は、氏名と照合できるものを用いて確認する
4. 注射・点滴実施時の確認は、24時間を通して注射ラベル・リストバンドのバーコード認証を実施する
5. 同姓同名の場合は、生年月日。年齢。住所などの情報も確認する
* 「呼び出し」と「患者確認」は違う

2016.9.鳥取赤十字病院 医療安全管理委員会

医師の指示出し・指示受けについて

1. 医師の指示

指示とは、医師がオーダー入力されたもの、指示コメントとして入力されたもの

指示が入力されると患者 TODO 画面に通知されるため、適宜指示を確認し指示受けし実施する。

2. 医師の指示でないもの

診察記事、メール、患者フォーラム、付箋・ボードへの入力は指示ではない。

3. 診療録として認められるもの

患者 TODO 画面からの疑義問い合わせ、指示コメントオーダーとその疑義問い合わせであり、メール、患者フォーラム、付箋・ボードへの入力内容は診療録ではない。

4. その他詳細は、「医師の指示出しマニュアル」「指示受けマニュアル」参照