

<平成26年度第1回医療安全のためのワークショップ>

# インシデントレポートを 活用するために（入門編）

H26年7月7日13:30~14:30

医療法人五星会 菊名記念病院

医療安全管理室室長 新村 美佐香

## ■ 本日の内容：

- ◆ 事例分析の基本的考え方
- ◆ インタビューの方法について




# 事例分析の基本的考え方




レポート分析の目的は、  
事故の再発を防止すること

それぞれの事故事例から過ちを正しく認識し、  
そこから学ぶという観点で、自施設の状況に即  
した再発防止策を考え、組織的に取り組んで  
いくことが重要



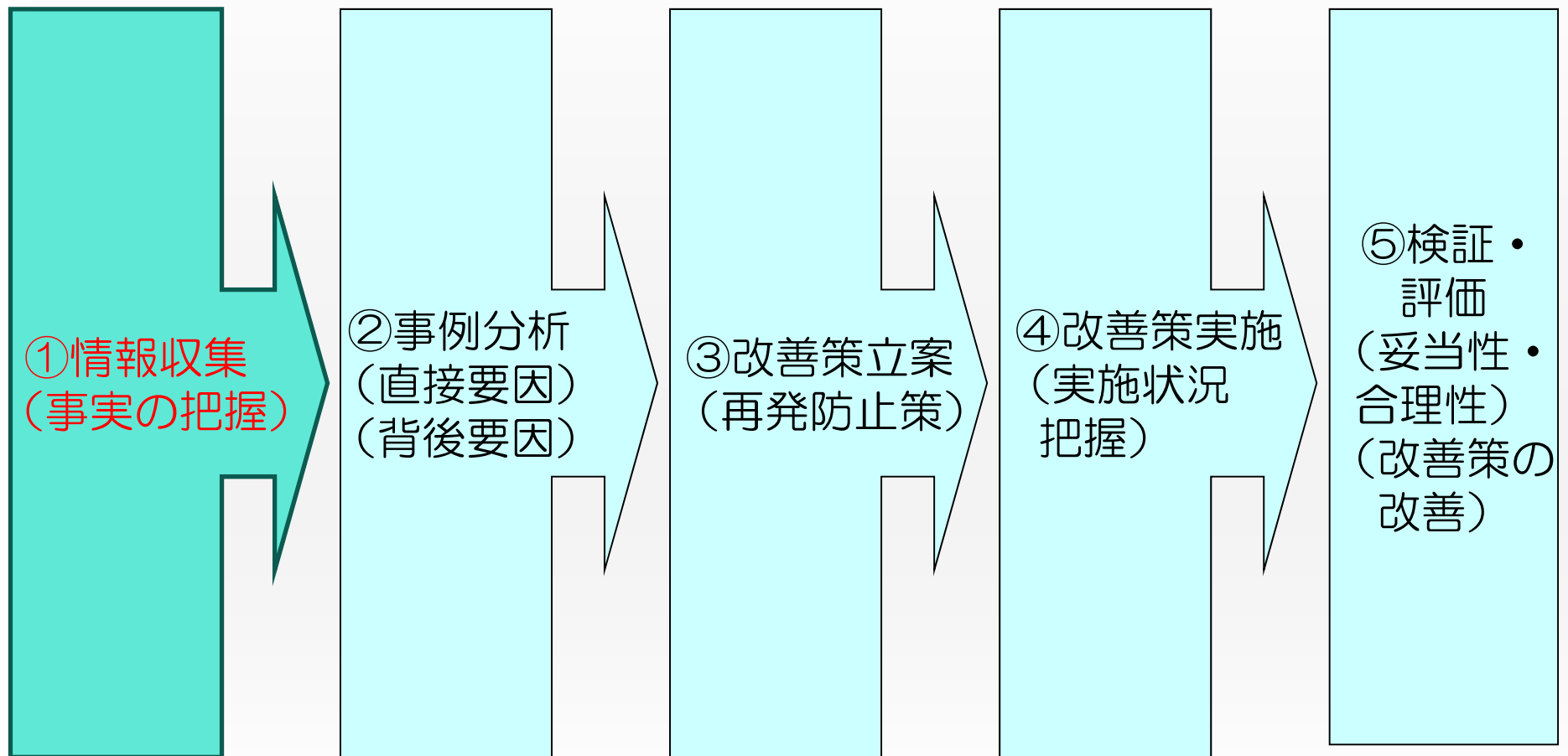


これまでヒューマンエラーが発生すると、  
その瞬間だけを見て、思い込みや見落としなどの  
原因を考える傾向があった




分析にとって最も重要なことは  
事実の把握と  
事故の構造を明らかにすること

# 事故防止への取組のプロセス：





情報収集、事実の把握を  
しっかり行うことが  
最も重要！







人間の行動には文脈性  
(流れ) がある





エラーをした人が、  
エラーに至った前の行動が  
何だったのかを知ることで  
そのエラー行動が  
理解できることもある



# 分析の種類と 分析の実際について

## <定量的分析と定性的分析>

### ■ 定量的分析

統計的分析とも呼ばれ、複数の事例をベースに行われる分析手法。

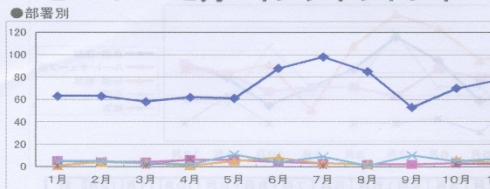
複数の事例を項目別にカテゴリー化し  
数値化

周辺度数を集計したり、ある条件とある条件の組み合わせの分布を見る。

項目間の共通変動を利用して因子分析やクラスター分析などの事故のパターン化を目指して分析。

# インシデントレポート集計結果

## 2011.1~12月 インシデントレポート集計結果



	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月
1 看護部	63	63	58	62	61	88	98	85	85
2 薬剤部	5	4	4	6	6	4	3	2	2
3 臨床検査科	1	4	3	1	5	8	3	2	2
4 臨床工学科	5	5	3	2	11	4	9	1	1
5 画像診断部	1		1	7	1				
6 医局		2	2	7	2	2	2	1	1
7 リハビリテーション科	6	5	1	4	2	2	3	6	6
8 栄養科				1			4	2	2
9 通所リハ									
10 訪問看護ST					6	2	1	1	1
11 医事課	3	3							
12 総務課									
合計	81	86	75	90	93	112	124	100	100

●看護部内訳

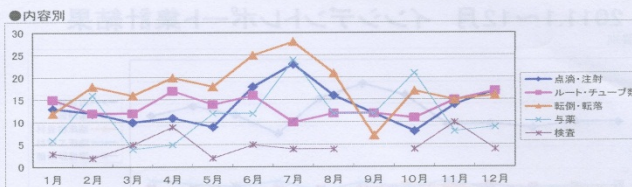
	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月
1 E6	3	4	5	7	13	10	17	9	9
2 E5	12	13	11	14	11	25	19	11	11
3 W5	7	6	4	8	4	8	2	6	6
4 ER	1	1	1	1	1	1	1	6	6
5 外来		1	3	1	4		3	5	5
6 W3A	10	8	5	3	7	5	16	9	9
7 W3B	8	11	16	15	10	31	5	11	11
8 ICU	5	3	4	2	11	11	16	13	13
9 透析室	13	15	8	7	9	2	8	9	9
10 放射線科									
11 手術室	3	1	1	4	3	6	5	1	1
12 病棟記載なし									
合計	62	63	57	62	61	85	98	88	88

●報告者別

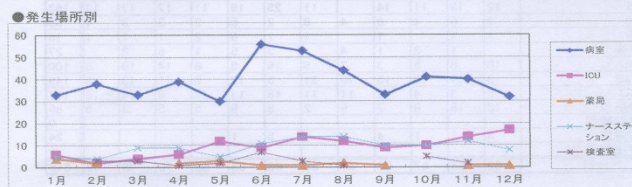
	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月
1 当業者	62	64	57	63	64	83	83	72	72
2 発見者	14	17	10	18	18	16	26	15	15
3 チームメンバーや関係者	5	5	8	9	11	13	15	13	13
合計	81	86	75	90	93	112	124	100	100

●患者の影響レベル

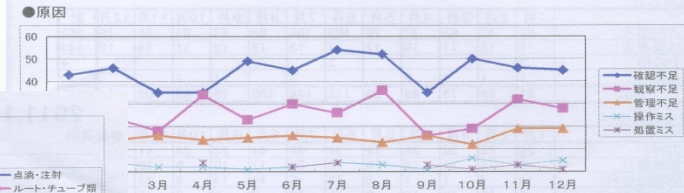
	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月
レベル0	13	14	16	21	17	24	15	11	11
レベル1	53	60	48	52	66	69	74	71	71
レベル2	11	7	9	11	6	10	23	4	4
レベル3a	3	4	2	6	3	7	7	6	6
レベル3b									
レベル4	1								
レベル5		1							
不明									
記載なし							1	1	1
合計	81	86	75	90	93	112	124	100	100



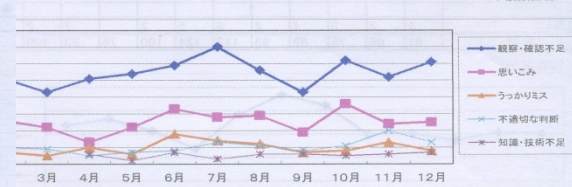
	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	計
1 点滴・注射	13	12	10	11	9	13	23	16	12	8	14	17	163
2 ルート・チューブ類	15	12	12	17	14	16	10	12	12	11	15	17	163
3 転倒・転落	12	18	16	20	18	25	28	21	7	17	15	16	213
4 与薬	6	16	4	5	12	12	24	12	12	21	8	9	141
5 検査	3	2	5	9	2	5	4	4	4	10	4	5	52
6 検体	1	2	1	1	3	2	2	1	1	1	1	1	15
7 調剤	3	4	1	3	5	1	1	2	1				23
8 採血	4	3	3		4	3	3	4	3	4	3	2	36
9 針刺し	1	1	1	2	3	2	7	3	2	4	4	4	38
10 機器	3	3	1	3	2	3	4	5	7	6	2	6	44
11 栄養・食事	1	1	1	1	2	3	2	1	2	1	4	1	27
12 離棟・離院	2	3	2	3	2	3	3	1	2	1	4	1	27
13 透析関連	8	2	7	5	5	2	1	2	4	3	2	6	44
14 輸血						2	1	2		5	2		12
15 紛失・破損	1	2			1	1	8	1	2	1	4	1	21
16 麻薬			4	1									5
17 患者トラブル							3	3		1			7
その他	10	7	8	9	13	11	5	11	8	10	14	9	115
合計	81	86	75	90	93	112	124	100	71	93	100	91	1116



	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	計
1 病室	33	38	33	39	30	56	53	44	33	41	40	32	472
2 ICU	6	2	4	6	12	9	14	12	9	10	14	17	115
3 薬局	4	2	1	2	3	1	1	2	1	1	1	1	18
4 ナースステーション	5	4	9	9	5	11	14	14	10	10	12	8	111
5 検査室	3	3	1	2	7	3	1		5	2			27
6 透析室	16	20	11	8	18	7	15	7	13	9	9	13	146
7 画像診断部	2	1	3	11	1	1	5		2	3	4	6	39
8 外来	1	1	1	1	1		1	2		2	2	1	11
9 手術室	3	3	1	4	3	6	4	1		1			26
10 テイルーム		1		1	1		1	2		3	2	2	13
11 テイクアップ													0
12 廊下	1				3	5	3	2		1	5	3	23
13 在宅													0
14 トイレ	2	2	1	3		3	3	3		5	1	1	24
15 リハビリ室	5	4	1	2	1	1	1	3	4	2	1	1	26
16 救急外来	1	1	2	1	6	2	1			3	2	1	19
17 栄養科	2			1				2		2	1		6
その他	2	4	5	1	7	3	3	6	2	4	4	4	41
合計	81	86	74	89	93	112	124	99	76	93	100	90	1076



	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	計
確認不足	43	46	35	35	49	45	54	52	35	50	46	45	535
観察不足	28	24	18	34	23	30	26	36	16	19	32	28	314
管理不足	8	14	16	14	15	16	15	13	16	12	19	19	177
操作ミス	2	4	2	2	1	2	4	3	1	6	3	5	35
処置ミス	3	1		4		2	4		3	1	3	1	22
その他	2	1	1	3	2	1	2	2	2	1	3	1	19
ラブラブルするミス	4	4	1	4	6	3	7	10	4	6	4	7	60
その他	3	2	2	3	3	8	4	5	7	4	3	4	44
その他	3	1	2	3	4	2	3	4	2	5	5	1	32
その他	4	1	6	2	4	3	3	3	3	3	3	2	31
その他	1	1	1	1	1	1	2	1	2	1	1	1	11
その他	2		1	1	1	3	2	3					11
その他													8
その他													0
その他	1			1		1							2
その他								1					2
その他	12	15	13	18	19	29	23	15	16	13	23	14	210
その他													0
合計	113	114	97	127	127	138	156	147	98	125	142	127	1301




	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	計
足	54	51	43	51	54	59	70	56	43	62	52	61	656
足	33	26	22	13	22	33	28	29	19	36	24	25	310
足	6	7	5	10	6	18	14	12	7	8	13	8	114
足	9	10	9	5	7	8	13	11	8	11	20	13	124
足	2	3		6	2	7	3	6	6	5	6	7	53
足	8	5	2	3	5	6	7	12	3	2	7	6	60
足	4	4	5	4	2	4	8	3	3	2	2	3	44
足	1	5	9	3	6	3	6	6	5	3			75
足				1	3	1	3	2	1	2			15
原因			2	5	3		3	3	2	1			4
原因													2
原因										2			2
原因			1										



## ■ 定性的分析

個別の分析手法で、事故はどのように発生したのかを時系列に追い、構造を明らかにする分析手法や大きな分類項目ごとに要因を探る分析方法



# 再発防止と未然防止

## 再発防止

- 事故が発生した後考える
- 原因を追究する

## 未然防止

- 事故が発生していない前に考える
- あらゆるリスクを想定して、その対応策を考える

# 事例分析手法の種類：

☆ KYT

☆ FMEA

☆ SHEL model

☆ 4M4E

☆ 背景要因分析

☆ 時系列分析

☆ Medical Safer Im Safer

☆ RCA (VA版)

☆ FTA (故障の木解析)

未然防止

再発防止

など

## フレームワーク型の分析：

- ◆ フレームワーク型の分析手法は、時間がないときに比較的手軽に実施できるのが特徴
- ◆ 事象の連鎖や背後要因関連図などといった事故の構造を求めるのではない
- ◆ 枠を決めておき、その枠の視座から当該事象に関係したと考えられる要因を列挙していく
- ◆ フレームワークが不完全だとその要因がスッポリと抜ける可能性がある
- ◆ フレームワークに入る内容は同じものがでてる



# 4M-4E

## 4M

Man (人間)  
Machine (機械)  
Media (環境)  
Management (管理)

## 4E

Education (教育)  
Engineering (技術)  
Enforcement (徹底)  
Example (模範)

	Man	Machine	Media	Management
Education				
Engineering				
Enforcement				
Example				

# SHELL分析

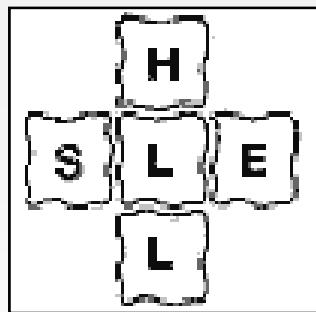
S : Software (ソフトウェア)

H : Hardware (ハードウェア)

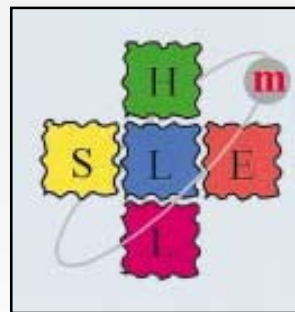
E : Environment (環境)

L1 : Liveware (人間 / 患者・医療者・その他)

L2 : Liveware (人間 / 医療者・患者・その他)

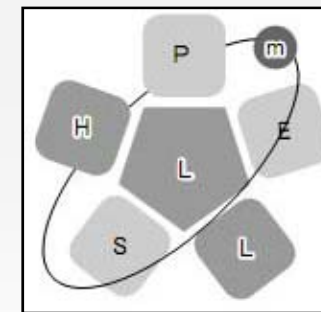


SHELモデル



m-SHELモデル

管理の要素を  
加えたモデル



P-mSHELLモデル

患者の要素を  
加えたモデル

## 事故の構造に基づく分析：

- ◆ 事故は単独の要因で引き起こされることは少ない
- ◆ 結果の重大性と比較すると小さな事象が連鎖して最終的な事故につながっている
- ◆ 時間軸の関係と因果関係の記述が重要
- ◆ 背後要因の因果関係を断ち切れれば、最終事象の発生を防止することができる

## 一般的にRCAとは・・・

「事故などのある出来事が発生した際に、その根本的な原因、背後要因・寄与因子を同定し、対策を立案・実施して、同様の出来事が発生することを予防するプロセスの総称である。」


—種田の定義より—

## Medical SAFER

- もともと原子力発電所勤務の運転員が、過去のヒヤリ・ハット事例を分析することを目的に開発されたH2-SAFERがベース
- これを河野先生が医療用に使いやすくするために、モデルを考え、対策の発想手順を改良

# RCA (Root Cause Analysis) VA版

- 米国退役軍人病院 (VA) の患者安全センターで開発された手法
- 出来事流れ図を作成し、出来事背後を「なぜ?なぜ?」と掘り下げていく
- この作業を進める手助けとして、RCA質問カードを用いる



「最も重要なことは事実の把握だ。  
第一段階の事象の流れが明らかにな  
れば分析はほぼ終わったような  
ものだ。」



～米国デュポン社　マーク・パラディ～

## 事例の分析・適正な再発防止を立案するためには：

- まずは当該事例の事実確認
  - ➔ レポート内容は不完全であることが多い

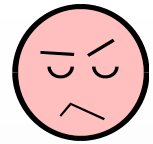
ヒヤリングが  
重要！





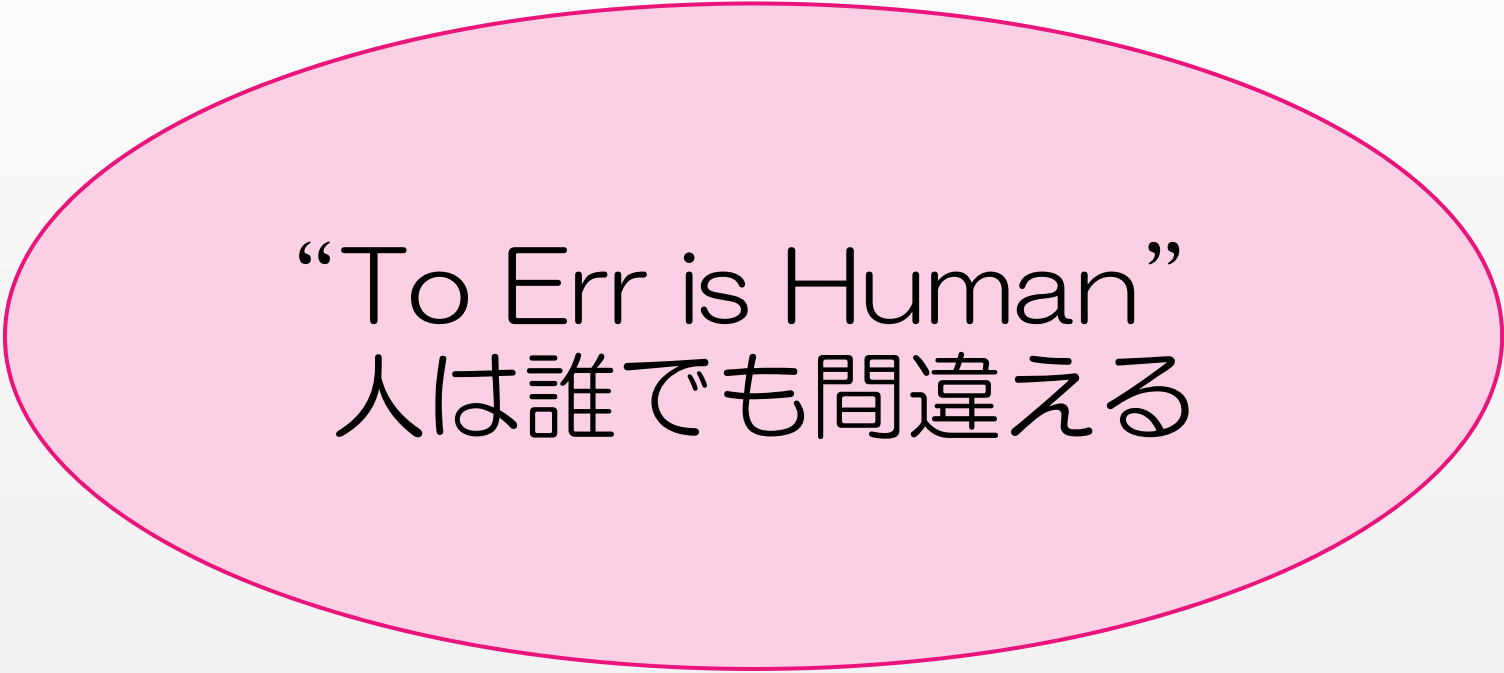



## ルール違反をするのには理由がある





- ◆ルールを知らない
- ◆ルールを理解していない
- ◆ルールに納得していない
- ◆誰もルールを守っていない
- ◆守らなくても注意や罰がない
- ◆破るだけの価値がある





“To Err is Human”  
人は誰でも間違える



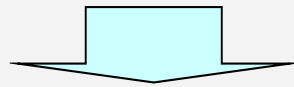


どの分析手法を取り入れるかは、  
分析に費やすことのできる  
**時間・人・予算・目的**  
を考えて決めていきましょう！



# インタビューの方法について

インシデント・アクシデントが発生した時に、「何がどのように発生したのか」という事実を知るために、リスクマネージャー等が、関係者から話をきく場面が多々ある。



効果的なインタビューが必要

|| インタビューは、相手から考えや要望を  
引き出すコミュニケーションであり、

「訊く（尋ねる）」スキルと「聴く」スキル  
を組み合わせる。

顕在部分だけを  
聞くのは単なる質問

相手が持っている  
顕在化した  
ニーズ、考え



顕在部分から  
掘り下げて潜在部分  
も訊きだすのが  
インタビュー

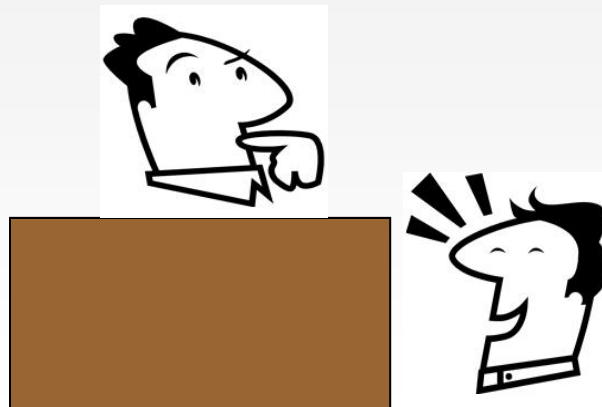
相手が気付いていない  
潜在部分の  
ニーズ、考え

## インタビューのメリット：

- ◆ 真実を確認することが出来る。
- ◆ その時の状況を思い出すことが出来る。
- ◆ 隠された人間関係やシステム的な問題を抽出できる。
- ◆ 事例関係者の不安を直接聞き、体験を共感することで、精神的にサポートすることが出来る。

## インタビューするときの環境：

- ◆ 静かでゆっくり話せる環境を整える。
- ◆ PHSや電話はオフにする。
- ◆ 時間に余裕を持つ。
- ◆ 座る位置関係への配慮を行う。  
⇒ 面と向かうのではなく、  
L字の形か斜めの位置





## インタビュー中の注意事項：

- ◆ 基本的な姿勢を保持する。
- ◆ 事実を確認する
- ◆ 質疑がうまくいかない場合は、  
インタビューの質問方法を変えて聞く



- **クローズ質問**: 閉じた質問 (closed question)  
はい、か、いいえで答えられる質問  
事実で答えられる質問  
「今何時ですか？」など  
情報を引き出すのには優れている  
⇒ 会話は長続きしない
- **オープン質問**: 開いた質問 (open question)  
なぜ？  
どのように？  
「なぜそのように思われたのですか？」など  
情報が確実に得られるとは限らない。  
⇒ 会話は長続きする

## 基本的な姿勢の8つのポイント！

- ◆ 先入観を持たない
- ◆ 事実のありのまま受け止める
- ◆ 温かな顔つきを心がける
- ◆ 目で語りかける
- ◆ 「自分は組織に必要なんだ」と思う気持ちを持たせるようなかわりを持つ
- ◆ ボディタッチ（スキンシップ）を適宜、自然に行い、親密感を示す
- ◆ 腕を組んだり、足を組んだりして威圧感を与えない
- ◆ 事例関係者のタイプに応じてインタビューの方法を工夫する。

## 質問を行うときの注意事項：

- ①脈絡がない質問は被面接者の記憶の再生を妨げるので、脈絡のある聞き方をすることがよい、同様に矢つぎばやの質問や、被穿設者の話を途中で折るのもやめる。
- ②知らないことをきかれた場合、想像で答えることが多いから注意を要する。
- ③被面接者にとって応えにくい問題はともかく聞いてみる。回答がない場合は、別な角度からの質問を行う。
- ④予備知識を基にして質問を構成すると、被面接者が暗示にかかった答えをすることが多い。

- ⑤ 二重質問はやめる。
- ⑥ 否定式、すなわち「・・・ではありませんか」の問い方はやめた方がよい。
- ⑦ 正しい専門用語を使用する。
- ⑧ 回答の中で自分の期待に反する部分があった場合、無意識のうちに無視しがちであるから注意する。
- ⑨ メモはできるだけ詳細正確にとる。
- ⑩ 助詞、例えば、「危険がある」「危険もある」などもメモにとどめて置いた方がよい。
- ⑪ メモに書いていないことから創作を行い、それが誤りの原因となることが多い。
- ⑫ 記録のためにテープレコーダーを使用する場合は、被面接者の了解を得て使う。

# インタビューの実際：

## 自己紹介・ウォーミングアップ

↓ 信頼関係を築けるように努める（ねぎらいの言葉など）

## 目的の説明

↓ 例) 「今回の出来事に関して、お話を聞く事により、今回の事故の原因を究明し、同じような事が起きないように対策を検討する事が目的です。」

## インタビュー開始

↓ 本人がどうしても答えたくない時は、時間を置くこと

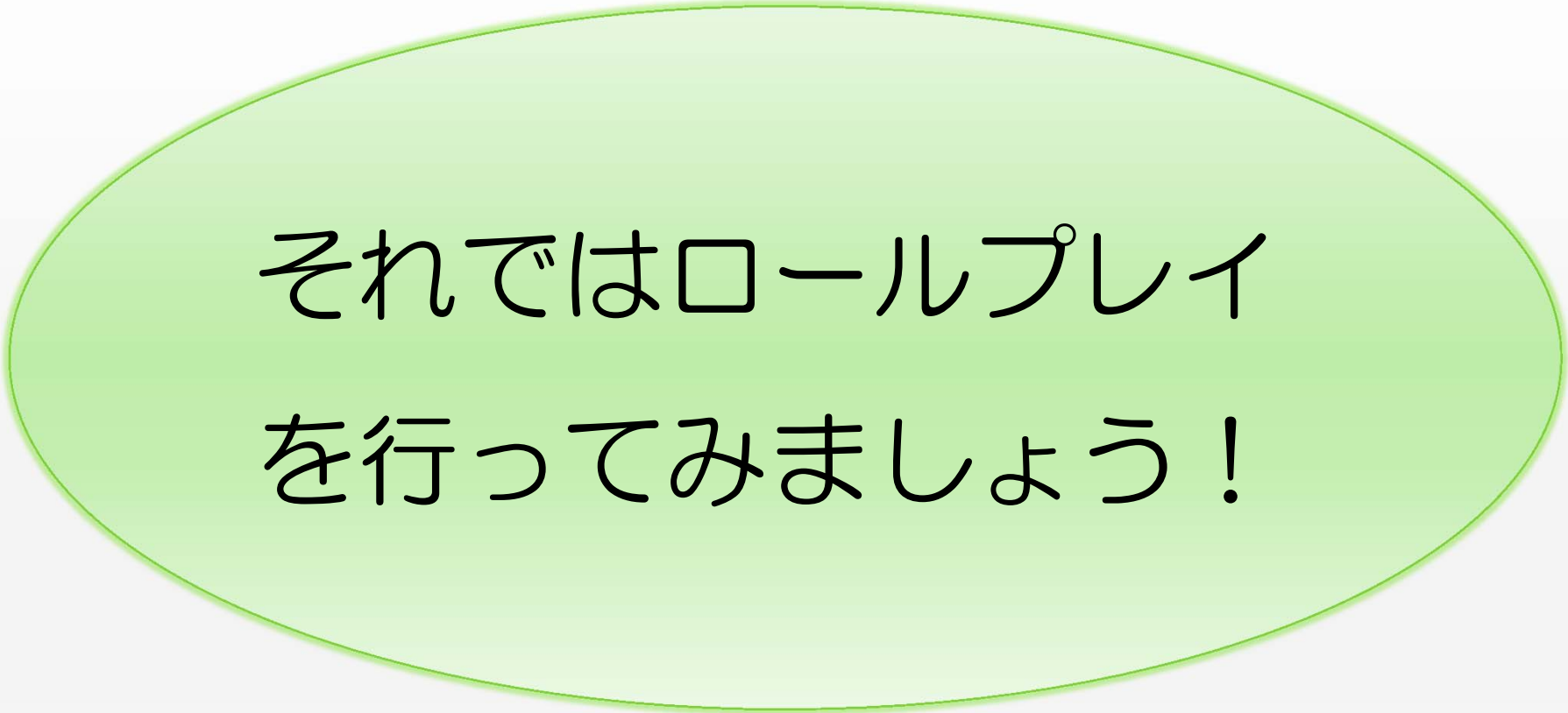

## 終了

最後に言い残した事などがいないか確認しましょう！


## メモする時は？

- メモを取る場合は、最初に了解を得ましょう！
- メモは事実のみ。重要な事は、当事者に確認してもらいましょう！





それではロールプレイ  
を行ってみましょう！





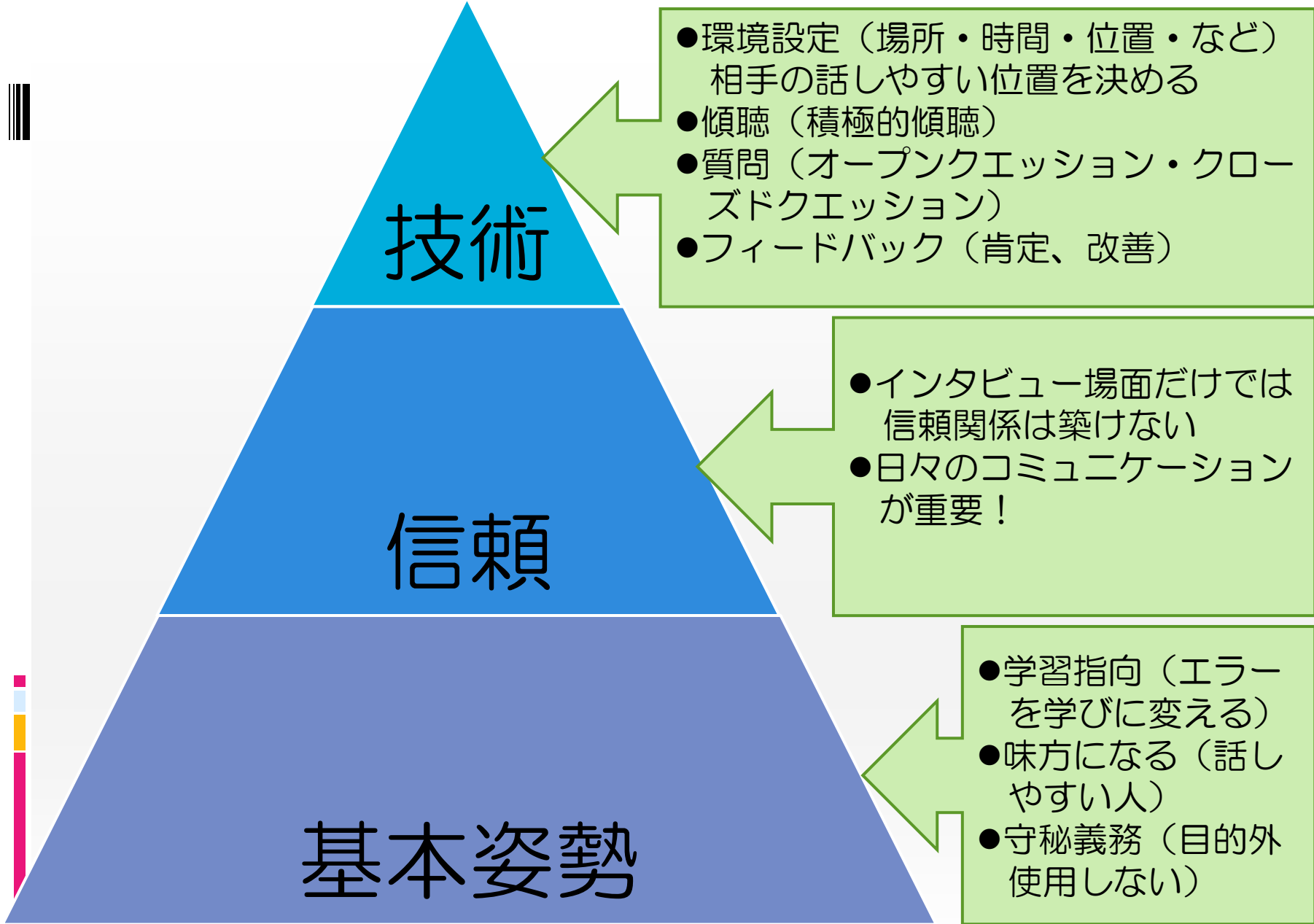
## <事例>

6月30日（月）9時45分頃

看護師の〇〇は、本日10時にA病院に転院予定の高木綾子たかぎ あやこさんの書類を、本日退院の高田綾子たかだ りょうこさんに渡してしまった。高木さんが転院した後、転院先のA病院から連絡があり、書類を渡し間違えたことが発覚した。

－6月30日の状況－

退院予定患者が5名あり、病棟クラークは退院処理に追われていた。看護師〇〇は、高木綾子さんの家族から「書類はまだですか？」と声を掛けられたので、病棟クラークに伝えたところ、カウンターに置いてあるから渡してと言われた。家族がとても急いでいる様子だったので、「高」の一文字を見て高木さんの書類だと思い込んでしまった。フルネーム確認はしなかった。



お疲れ様でした！

