含まれている情報に対して正しい手段と専門知識、資源を付与することが過誤の是正に役立つのである。」と述べている。

このように、インシデントやアクシデントなど現場で発生した事実から、共通言語・基準を持ったマニュアルやガイドラインを作成することにより、標準化、統一化したツールとして活用することができる。

4-2. リーダーシップ

今回の調査で、ほとんどの施設がリーダーシップの必要性と重要性を感じていた。B 病院では、医療安全活動の主旨を理解して引っ張っていくリーダーは、同時に下からの意見を取り上げるボトムアップを推進する役割として重要であるとのことであった。D 病院では、施設長自らが職員の行動規範を提示したり、新入医師全員と面接を行ない、ガイダンスするなどの取り組みをしていた。E 病院は小規模の施設であるため、施設長と職員の距離が近く、お互いの意図が伝わりやすいとのことであった

前掲同書では、「医療機関は、改革に向けた行動と投資へのコミットメントを支えるリーダーシップの必要性と同時に、医療プロセスを再設計するチャンスを発見し、新しい取り組みを成功させる技能を修得した第一線の医療チームを起点とする下から上への変革の必要性を認識している。」「医療機関のリーダーの役割は、自らの組織の目的を明確に規定して、その周知をはかることであり、戦略的に最重要な存在である第一線の医療チームの職務を確立することである。リーダーにとって大切なことは、各業務ユニットが相互にどう関係しあっているかを理解するシステム思考であり、各業務ユニットあるいは現場作業全体に学習したことを伝達し、浸透させることにある。」と述べている。

このように現場の第一線のスタッフがリーダーシップを発揮してボトムアップ式に活動が展開されることが安全管理体制の構築に必要な要素のひとつである。

4-3. 人間が乗り越えられない仕組み作り

マニュアルがあっても、そこに規定されたルールの意味を踏まえた行動をとらなければマニュアルは用をなさない。B 病院では、患者に点滴を行うときの確認行為(確認行為の後に確認実施済みのサインをする)をマニュアルに規定するという取り組みをしたが、インシデントが発生した。その看護師は、実施済みのサインを確認行為の後に行うというルールを守らず、あらかじめサインしてしまうという行動をとったためにインシデントを起こしていた。このように、行為としては非常に単純なことであっても、その順序性に意味があるということを理解することが重要である。したがって、このケースのようにマニュアルで規定したことを乗り越えてしまうことによる問題を解決するためには、人間が乗り越えられない仕組み作りが必要である。

前掲同書(*1)では「人間が持つ限界に配慮したシステム設計の要素として、①安全に配慮した職務設定 ②記憶への依存をやめる ③制約と強制の機能を活用する ④人的監視への依存をやめる ⑤重要プロセスは簡素化する ⑥作業プロセスを標準化する」と述べている。

今回の調査でも様々な取り組みがなされていたが、マニュアルがあってもそれを守らないルール違反によるインシデントの対策として、このような要素を踏まえたシステム作りが必要である。

4-4. ドナベディアンの医療の質の整備

安全管理体制については、次の3点が確立されることが求められる。

1.構造:安全管理組織体制・設備・標準化(マニュアル整備)・報告体制
2.過程:現状把握の方法
3.結果:安全目標の到達度・医療安全管理活動を支えるシステムの評価・修正

構造

①安全管理部門の組織・体制の明確化。
②専任リスクマネージャーの設置およびその責任範囲と権限の明確化。
③リーダーシップを発揮する人材の育成。
④設備・医療機器類の種類・規格の統一化。
⑤標準化・統一化を図るためのマニュアルやガイドラインの作成。
⑥インシデントやアクシデントなどの報告とその活用体制の整備。

過程

①現場(院内の各部門・部署)の状況把握(現場ラウンドの実施)

結果

①安全目標の到達状況
目　標: 重大なアクシデントの減少とインシデント報告率の増加
目標指標: アクシデントの減少率、インシデント報告率

②医療安全管理活動を支えるシステムの評価・修正
現場で展開されている安全管理に関する取り組みについて、以下の視点での評価が必要である。

1. 標準化した安全管理活動の実施状況(職員の行動の変化)
2. 活動が現実的なものであるか。
3. 活動が継続的なものであるか。
4. 現場へのフィードバックがなされているか。

安全目標の到達状況から、医療安全管理活動を支えるシステムそのものの機能を評価・修正することが必要である。

4-5. 提言

今回の調査では、医療安全管理の体制、医療安全体制作りに必要な仕組みと困難性、および解決過程について、8施設に聞き取り調査を行った。

その結果、どの施設も組織や体制が整備されており、重点的な取り組み事項も成果をあげているものがあった。しかし、職員の意識やマンパワーの面、教育のあり方などについて苦慮している実態があった。

これらの実態から今後の医療安全管理対策の効果的な運用のためには、医療安全管理活動を支える仕組み作りが必要である。

仕組み作りに必要な要素として、表 9 に示す 3 項目がある。組織・体制作りにおいては組織内のすべての部門・部署を含めたものでなければならない。活動内容は日常業務に組み込まれたものであり、一時的・部分的にしか展開されないようなものではなく、継続的に行えることが必要である。

表9 医療安全を支える3要素

1. 施設内のすべての部署・部門が関わること
2. 日常業務に組み込まれたものであること
3. 継続的に行われることの3点である

仕組み作りに必要な条件としては、表 10 に示す6項目を整備することが必要である。これらの条件が、先の 3 要素を満たした具体的方法として展開されることが、医療安全管理対策の効果的な運用であると考える。

表10 医療安全活動を支える6つの仕組み

1. 視点の違いを出し合って、補い合う
2. インシデント・アクシデントを受け取れる仕組み
3. 共有する仕組み
4. リーダーシップ
5. 人間が乗り越えられない仕組み
6. ドナベディアンの医療の質の整備

5. 聞き取り調査の内容　8施設

A病院

1．医療安全に関する体制

1）体制

・医療安全管理委員会が安全対策の中心的役割を担う。

2）構成メンバー

・リスクマネージャーは、医師、薬剤課長、病棟師長2名と看護管理者4名であり、兼務である。

3）活動内容

・医療安全管理委員会は毎月開催する。
・インシデント・アクシデントレポートの集計・分析・対策立案
・マニュアル作成
・計画的な研修

2．医療安全体制の実状

1）医療安全体制

調査員：医療安全に関する組織、体制と構成メンバー、活動内容について話をお願いできますか。

院　長:毎月やっている医療安全管理委員会があります。リスクマネージャーが4人います。

副部長：医師、薬剤課長、病棟師長2名と看護管理者4名。兼務ですけれどリスクマネージャーです。

看護部長：4年前にスタートして、マニュアルつくりから始めました。組織ができたのは、3年前になります。

調査員：マニュアル作成から始まり、そこから活動内容が広がっていったということでしょうか。

看護部長：最初は推進部というものはなかったのですが、委員会の設置はありました。

院　長：秋頃には正式に臨床研修指定病院になっているので、専任職員はいらないけど、リスクマネージャーをおきなさいと、それで急遽この体制にもってきました。

調査員：医療安全委員会の活動で、医療事故防止対策の検討に関することがあげられていますが、具体的にお願いします。

副部長：インシデントやアクシデントが発生すると、パソコンに事故内容を入力するシステムになっています。委員会の前に評価された内容について検討するとか事故内容の分析をやっています。

看護部長：医師が自前で作ったものでありオリジナルです。

副部長：事故の区分別になっていますので、委員が集計して、どこの病棟にどういう事故が何時ごろにあったかということや看護師の経験年数等がクロス集計で見られるようになっています。このフォーマットにアクセスしていけば、事故内容が全て入力できるようになっています。リスクマネージャー4名がそれを見ることによってそれぞれシェル分析もしますが、管理者の視点でどうなのかという対応策および指導がここのコメント欄に入るようになっています。一ヶ月の集計を見たうえで、さらに管理者がコメントをする。また、一般閲覧からは全部署の事故が見れます。やはり事故はみんなで共有しましょうということが基本だと思います。

調査員：いわゆるアクシデントという重大な医療事故っていうのがありますが、そういうものも全部見られるということでしょうか。

副部長：そうです。インシデント・アクシデントの基準値は厚生労働省の0から5までのレベルで分けています。

調査員：これは当事者がいれた生のデータですか。

副部長：そうです。シェル分析もみられます。まず、当事者が入力し病棟で検討するためにシェル分析をしています。それを見て、管理者が指導していくということです。指導内容もパソコン上で見られます。また、委員会では統計処理を毎月、事故別に、年齢別とか、時間別とか、病棟別とか区分別に見ることが出来ます。委員会の前に事故内容を把握した上で、委員会にのぞんでコメントしあったり分析したりします。マニュアルもパソコン上に入っています。今考えているのは、院長先生がコメントしたものをいれることや啓蒙活動になる標語なども入力していくという考えがあります。

2）重点的取り組み事項と困難性

(1) 医療安全への取り組みの経緯

調査員：病院として医療安全の取り組みの経緯についてお願いします。

看部長：平成9年に委員会は立ち上がっています。

調査員：それ以前はどうですか

院　長：平成2年からです。古いマニュアルがあります。精神科特有の離院であるとか、自殺企図とか放火、そういった精神科特有の事故に対する対応というか、そういうマニュアルができていました。

調査員：その、医療事故という考え方が医療安全へ、考え方の変遷はどうだったのでしょう。委員会を作る始まりはどういうところからでしょう。

院　長：はっきりとしたものはないです。国全体、事故の報告が新聞記事でわんさとある4.5年ぐらい前からね。そういうことがきっかけになっていたかもしれない。病院として事故が多発したからとか、いうことは無いのです。だから、医療全体の流れというか、そのなかで出来たのではないかな。

(2) 精神科病院としての特殊性

調査員：こちらの病院は精神科・痴呆の方が多いと伺っていますが、管理していくうえで、

転倒転落が多いと思われますが、具体的に取り組まれていることはありますか。

副部長：委員会ではベッド柵の工夫。精神科ですのでデイルームで過ごされる患者が多いため、デイルームでは、必ず見守って、危険を補う体制とか、転倒しそうになっている患者さんを早くに発見することが第一じゃないかということです。対策として、デイルームには看護者が1、2名は必ずいるようにしています。あと、夜間寝る前に、薬を飲んでいる人においては薬の内容を把握して早めに排尿誘導をしています。特に老人病棟では機能低下しているので夜間はやはり注意しています。

看護部長：最低一時間毎の巡視をしています。なるべく早く発見するということで、一時間以内が基本です。老人病棟は転倒転落に関して経年的に研究を続けております。時間帯、薬との関係、職員が転倒の予測、ナースの直感では「転倒の予測が自分自身にあったかなかったか」などの研究に取り組み、積極的な活動をやっております。転倒転落に対するガイドライン・マニュアルとして使えるものはないので、今後取り組まなければならない課題です。

(3) 職員への教育

調査員：教育は委員会のほうではどうですか。

副部長：教育は、一応研修会を年2回計画しています。全員が対象ということになりますので、看護部は三交代勤務のため、一回の企画では全部参加できないので、同じ研修会を複数回もうける形でやっております。だから、ほとんどが参加することを義務つけています。

看護部長：周知徹底の方法については、看護部では看護部独自の資料を読んだうえで、自分の感想と、自分に取り入れたいことをレポート提出させる形をとり、周知徹底を図っております。研修については、院内の企画は副部長がいった通りですけど、看護協会のリスクマネージャー養成研修に出しております。

調査員：院内研修の内容はどのようなものですか。

副部長：例えば、マニュアルができた時点でマニュアル説明会をするとか、初歩的なことかもしれませんが、「医療安全とは何か」ということを、先ず皆に認識してもらうこと、レポートの「分析方法」です。シェル分析の仕方も研修会を三回ほどしました。あと、「医療と法的な関係」というところでも計画しています。

(4) 医療安全への取り組みへの院長の考え

調査員：医療安全の取り組みについて、院長自身の思いはどのようにスタッフへ伝えているのですか。

院　長：病院全体を揺るがすわけではないけど、チョット大きな事故は、その都度注意を促す。何もないのに話すのも、暖簾に腕押しというかね。

副部長：今、院長も話したように、これからは事故内容を毎月全部院長にみていただいて、コメントを入れてもらうことも考えていきたいという考えは、安全委員会にはあるのです。

全体をみて、例えば、4月だったら、事故が多いのは新人の教育が足りないのでは

ないか、ということを院長からいってほしい。そうしたら、院長が、安全に関してスタッフ全員に関わっていることが、より明確になっていいと考えているところです。

看護部長：院長のスタッフへの浸透方法ということで、医療安全対策として、今月の課題になっており院長にお願いにいくところです。

調査員：看護部長の考えに対してはどうですか。

院　長：自分の生き方なんでしょうね、僕自身は後ろにいて、あんまり前面に出るのをよしとしないんですけどね。必要があれば仕方ないですよね、やむを得ず。あまり、僕自身がわいわいしたら、なんだということになっても困る。ボトムアップということでやっていただくのが僕は一番、アクティビティも保たれるし、一番いいのではないのですかね。それと、医療は一人でやるわけではないから、医者も看護師も他の職種も一体としてやっているんだから、お互いがお互いを理解するというか、立場をね。そういうなかで医療事故っていうのを防げるというように考えることもできると私は思っているのです。だから、全体の協調、調和を重視して病院を運営していきたいと思っています。バラバラだと、病棟でもこうなったらおわりでしょう。それこそ次から次へとトラブルが起こる。患者に、すぐ、被害というか影響がいってしまう。だからそういうことは一番肝心だろうと思っています。医療はアートで文化だと。だから、それはみんなで作り上げるものだと思っているのです。

(5)　組織横断的な取り組み

調査員：医師とか、コメディカルとか、横断的な医療安全に関する考え方の浸透はどうでしょうか。

看護部長：一般科より精神科はチーム医療が徹底していると感じます。

調査員：組織が大きくなると、横断的に委員会をつくるのも難しいところがあったりすると思うのですが。

院　長：うちは単科でしょう。みんな精神科の医者ばっかりでしょう。そういう点でまとまりというのは、もうそれはすごいですよ。問題ない。

看護部長：医局のリスクマネージャーが、医局の会議のときに周知徹底をされています。

(6) 体制作りにおける困難性・安全管理に必要な要素

調査員：医療安全体制を整えていくにあたって、苦労されたことはどのようなことでしょうか。

院　長：一番は、人員的なものでしょう。

副部長：私は、風土をつくるに苦労したなって思っています。

院　長：兼務、そこらへんが一番。

看護部長：専任のリスクマネージャーもいませんし、どこの施設も一緒かなと思いますけど、全部兼務でマニュアルつくりも仕事の片手間でやっている状況です。

特に、精神科の場合は、一般科と比べてずいぶん人的基準が少ない。少数でもやることは一緒なんです。そうすると、診療報酬では、恨み辛みでないですけど、褥創・感染にしても減点と言う部分は精神科でもやらなきゃいけないことはいっ

しょにおりてきますからね。少ない中でやらなきゃいけないということになると経費的な問題も関連しますからね。

調査員：人的な課題については、どのようにしていこうとお考えでしょうか。

院　長：人数の方は兼務で乗り切るしかない。県の組織ですからね。なかなか人員の配置では言えないです。必要な人の手当てを要求はしてくるんですが、専任をつけなさいというルールがあればつくのでしょうけど、そうでない限りなかなか難しい。となると現状で頑張ってもらうしかないです。

看護部長：基準に、「～しなければならない」というものがあると、体制をとる時に助かります。

調査員：風土つくりとおっしゃっていましたけれど、その点はどうですか。

副部長：それは、私だけが感じていることかもしれませんけれども、インシデントを書くということが、自分が責められるっていう意識が多かったと感じるんです。

調査員：パソコン入力になって、どうしてかわったのでしょうか。

副部長：いろいろな研修に参加することで、管理者自身が当事者に関わる姿勢が変わってきたのかなと思います。事故をみんなで共有して、未然に防ごう、事故は宝だというふうな言い方で、あなたの事故を宝にしたいと関わり始めたことが風土つくりになった感じはします。

看護部長：事故に対する責務は、研修会開催であるとか、婦長会議をとおしていろいろな研修伝達報告をしています。責務は個人だけではない、当事者だけではない、いろんな形に影響していくということで、「みんなに降りかかるんだ」というところの意識も高まっているなと思っております。特に最近の研修報告では、「横浜の事故では一審二審の差、一審ではナースだけだったのが二審で全体の職員にひろがり」それだけみんなに責任がありますよということで、会議をとおして、教育的にかかわりをしています。

副部長：研修に行って、事故事例が出てきた時に、役職にある私達がどう対応するかという姿勢も変わったということがあるかもしれません。

看護部長：とにかく、個人を責めるということじゃなくて、情報共有しようということで、事故は個人の問題でないというところで考えていこうと思っています。

B病院

1. 医療安全に関する組織

1）　体制

・1999年6月に医療事故防止委員会が発足した。
・インシデント分析を全事例について行うようになったのは、2000年5月からである。
・医療安全部門の中心は医療安全管理委員会である。
・医療安全管理委員会の下部組織にリスクマネージャーがいる。

2）　構成メンバー

・医療安全管理委員会は副院長が委員長を務め、各科の師長、医師は外科系・内科系・小児科などから5名、薬剤部・放射線部・検査部・栄養科・リハビリ科・事務部（事務長・次長・医事課長）など20名から構成されている。
・リスクマネージャーは副院長・看護部長・副看護部長・看護師長の中から1名・薬剤部長・事務部長・医事課長の7名で構成され、兼任である。副看護部長がまとめ役。

3） 活動内容
・リスクマネージャー会議を週1回開催しインシデントの検討を行う。
・リスクマネージャー会議の結果は、毎月開催される医療安全管理委員会で報告する。
・リスクマネージャーは全員で揃って現場を見にいくことがある。
・医療安全対策マニュアルの作成を平成12年から取り組んでいる。14年に冊子化した。
・学習会の開催。
・病院長は医療安全管理委員ではないが、委員会には出席している。

2.安全管理体制の実状

1）医療安全に関する体制

調査員：医療安全に関する体制・構成メンバーと活動をご説明いただけますか。
院長　：医療安全管理委員会というのがあります。
それは各部門から代表を出してもらって、委員長は副院長がやっています。メンバーは２０人でやっています。各科の師長は必ず入ります。医師は５名で、薬剤部、放射線部、検査部、栄養科、リハビリ科、事務部からは、事務部長、次長、医事課長に入ってもらっています。
その下部組織には、リスクマネージャーをおいています。リスクマネージャーは、本来は部外者を入れないと駄目だと思うのですが、うちはなかなか厳しいものですから、各部門から出して、みんな兼任でやっています。そして主に、副看護部長にそれのまとめ役をやってもらっています。
委員長である副院長、それから看護部長、副看護部長、看護師長の中から１名、薬剤部長、事務部長、医事課長の７人でリスクマネージャーを構成しています。
リスクマネージャー会議は週に一回開催しています。そして、医療安全管理委員会は月一回開催しています。リスクマネージャー会議は、前の週のいわゆるヒヤリハットですか、インシデント・カードを集めて、これに対する対策について意見を出す。例えば病棟看護師が提出したものなら病棟師長に詳しく説明してもらい、リスクマネージャー会議でまとめたもののなかから、ピックアップしたものを医療安全委員会に報告してもらってディスカッションしています。
リスクマネージャーは、その他に、例えば注射関係、点滴関係のヒヤリハットが同じ部署で頻回に起こっているというときには、実際を見ないとわからないので、そこに行って確認します。7人のリスクマネージャーが時間を合わせて、一番起こりそうな時間帯にその場所に行って、どんなやり方をして、どういう流れの中で、どんなミスが起こりそうになったのかを自分たちの目で見ます。例えば、薬局でいろいろなことが起きる可能性がある、入力ミスがあるという時には、どういう手順に

なっているかを、実際、皆で行って見て、写真も撮って改善していこうということです。しょっちゅうはできないが、年に3回位はやっていると思います。一番多そうなものからやろうということで、最初にやり始めたのは病棟の点滴のやり方です。あとは薬局です。つい最近は給食の名前間違えや食止めをしなかった例などがあります。給食の報告が多いものですから、給食に行ってどうなっているか手順を見たりしました。

私は医療安全管理委員にはなっていませんが、委員会には出席させてもらって聞くようにしています。

調査員：どの位前から、体制としては確立され、取り組まれてきたのでしょうか。

院長　：　横浜の取り違え事件あたりだと思いますけど、こうやって、全事例についてやり始めたのは2000年の5月です。看護部で始めたのが1999年で、1999年の6月に医療事故防止委員会を発足させました。17名で。そのときの委員長は僕がやっていました。

そこから始まって、報告書を出してもらってコンピューターに全部入れるようになったのが2000年5月からです。フォーマットを作り、その報告書をリスクマネージャー会議の際に、その中に、全部入れるという形にしました。

調査員：インシデントの内容とか、発生場所とか、簡単な概要をデータベースに入れるのですか。

院長　：まとめて、6ヵ月ごとに表にして、何が多いか、何に注意したら良いか、結果は同じですけどね。この位減ったとか、この位多いぞとか話しながら、勉強会を年2回、必ずやっています。我々やリスクマネージャーとか、委員会の委員だけわかっていても仕方ない。全員にわかってもらわないと困るので、勉強会に必ず出るように指示しています。看護部は、もっと頻繁に看護師だけでやっているようですね。

調査員：学習会のテーマは、出てきたのをまとめて、件数が多いとか重大なものとか、その時々に応じて、決めているのですか。

院長　：改善されたもの、あるいはこういうことで減ったぞというようなものをやったり、外部から講師を招いたりはしておりませんが、例えば、薬剤部長に薬局で間違えやすい薬のビンを出してもらったり、これとこれは間違えやすい名前だとか、あるいはこの瓶とこの瓶は全然違うものだけど似てるというようなものを出してもらって、特集のような形でやったりしています。

調査員：対象は全職種ですか。

院長　：基本的にはそうです。

調査員：出席率はどうですか。

院長　：なんでもそうですけど、やっぱり医師の出席率が少ないところが頭の痛いところです。僕がいつも言っているのですが、出る人はいつも出る、出ない人はいつも出ないので、必ず全員と言っているのです。しかし、やる時間がどうしても普通の勤務時間にはできない。5時半から始めるわけです。そうすると、熱心な人は休み明けでも出ますが、夜勤で疲れてとても出るのはいやだという方もあります。必ず出席するようにと言っていますが、自分は起こさないからいいということではなくて、義務というか、働いている現場で起こっていることを皆で共有して、それで皆で起

こさないようにしましょうということが大事なので、それを言っています。

調査員：医師からのレポート提出状況はどうですか。

院長：　最初は、なかなか出さないのが多いです。それから、看護師からは医師にはなかなか言えないので、結局指示間違いでこうなったということがあります。オーダーリングはまもなく入れる予定ですが、読みにくい字とか、最初の発生源が医師の場合は、医師にも出して欲しいということがあります。医師が関係したものでは、大体大事件になったりしますのでね。医師が積極的に出すというのは、今でもあまり有りません。看護師もすぐ出す人もいるけれど、私じゃない、私じゃないっていうような感じもあったりして。とにかく、その人を罰するためではなく、皆で共有して二度と起こさないようにするんだって私なんかは言っております。勉強会の時に、会が始まる前に必ず言うようにしてます。僕がもう一つ言うことは、同じ間違えを何回もやるなって。皆一生懸命やっているのだから、それだけの能力もある者の集まりなんだから、そういうことを繰り返さないように言っているのですが。同じことを何回かやった時に、僕が管理者として困るのは、その人をその部署に置いておいて、はたして良いものかということです。そこが難しいところですけど。

2）重点的な取り組み事項と困難性

（1）マニュアルの作成

調査員：病院の重点的な取り組み事項はどのようなことでしょうか。

院長　：　私のところにも置いてありますが、医療安全対策マニュアルの作成です。医局、病棟、外来、各部署に置いてあって、いつでも見られます。平成12年から取り組んで、現在のように冊子化したのは14年です。

内容としては、看護部からでこれだけは守りましょうという８項目がでています。「名前を大きくはっきり書く」「薬品は３回確認する」「注射や検査は指差し確認」「ドレーンや酸素、呼吸器などルートトラブルがないか自分の目で接続を確認」「血液型は必ず二人で確認」「口頭指示は鉛筆で指示簿に代筆して、受けた人はサインをして、医師が出勤してから指示簿に記載してもらう」「指示簿の確認を徹底する」「申し送りは自分の目で確認して責任をもって送る」という内容です。医師のほうは「誤字、読みにくい字を書かない」「誤りの生じやすいこと、例えばｍｌとｍｇなど。薬の場合は力値と倍さん。似た名前の薬剤などをわかりやすく書く」「違う患者の書類が混ざっていないかなど患者の名前を確認する」「早めに指示を出すこと」「危険な処置や治療はあらかじめ関係者が確認しあう」「患者情報は繰り返し確認する。例えば基礎疾患を確認して薬剤投与時など注意する。今服用している薬剤と併用できない禁忌薬剤はないか、アレルギーの有無、出血傾向など」の内容が載せてあります。

また、14年１月に標語を作ろうとして病院全体に働きかけました。看護師からは「患者様声かけ、指差し、フルネーム」「薬品名、確認、確認、再確認」などが集まった。看護助手からは「おむつ交換骨折せぬようそっと優しく」など。事務部門からは「顔なじみ　先入観がミスのもと」「カルテ出し、同姓同名気をつけよう」「ピーポーの近づく音に緊張し」などが集まりました。時々こういうことを思い出しな

がら仕事するといいのではないかと思いますね。
調査員：職員がふだんから気になっていたことがこのような標語の中に表れていますね。
院　長：私もびっくりしました。こんなにみんな考えていたんだなと思いました。けれども実際は結果的に見ると、確認されていないヒヤリハットがほとんどです。だから７０～８０％は確認すれば起こらない。注射をやった時に、やった・やらない、の確認が取れていないということや、名前をまちがって違う患者さんに注射をするとか。まず、最初に、指差し確認でなくても、○○さん点滴を追加します、○○さんって言った時にベッドの名前を見る。そうすると、○○さんって言ったときに返事できる人は返事をしますし、違う人は違うっていうし、ベットネームを見てＯＫと、その次に、輸液の混合はなっているかどうかとか、その時に見る。それから、ラインの接続がきちっとしているか、そして刺入部がＯＫとなった時に、確認したよ、ということで、ナースがボトルにサインをすることにしたのです。一単位１，２，３，４を確認したということで、そこにサインを入れる。これは看護部から出たアイデアです。

それをやって減ったんですけど、これを全部やるつもりで、最初に名前を書いている人もいたんですよ。それで、それは駄目だ、一つ一つやったら、最後に書かなくては意味が無いではないかと言う話がありました。あたりまえのことですけど。頭が良いというのか要領がいいのか、そういう人がいるんですね。あなたサインしたのと聞いたら、しましたって。全部やっていたら、そんな間違いが起こるわけがないのに、どうして間違いが起こるんだろうねって。実は、最初にサインを書いていたというのがわかった。ルールを決めても、ルール通りにしていなければ、あってもないも同然で、せっかく、良いことをやってもそういうことが起きている。

インシュリン注射のマニュアルも最近作成しました。例えば、インシュリンの注射器を統一しました。さらにインシュリンの単位の表示として「E」と「U」の２種類使用していましたが、「U」に統一しました。その他注射時の５つのＲの確認(名前、時期、薬剤名、単位、時間)をしようというものです。このマニュアルが一番新しいものです。
調査員：このようなインシュリンのマニュアルを作成しようという動きはどこからでたのですか。
院　長：インシデントの報告にインシュリンの間違いがすごく目立ってきて、とにかくこの問題をなんとかしようと思ったんです。

あと、うちの病院では、シリンジポンプや輸液ポンプは三種類入っていて、これで間違いが起こっています。メーカーがそれぞれ違っていて、チューブも取り違えると流量が違ってくるのです、そういうことがあって、これを図解してマニュアルを作成したら、機械によって使いにくいものが有ることが分かりました。本当は、ポンプを統一したらという話しもでたんです。古いものを新しく変えるときにはそういう風にしましょうかとか、あるいは、この病棟はこのポンプ、この病棟はこのポンプにしようかとか、色々なアイデアが出ました。他の病棟から勤務交代した時に、また別になるので、今あるものを全部覚えてもらわなければ困るという結論でした。だんだん統一化しようと思って、なるべく安く、使用しやすい機種にしよう

としたんですが、それも、なかなかうまくいかない。だから今も三種類はいっています。

調査員：マニュアルがここまで整備されているのですが、これまでの困難性、苦労されたことなどはどのようなことですか。

院　長：集計して分析してじゃあなぜこのようなことがおこるのか、どうしたらよいかというところがなかなか難しいです。

けれども地道に事故防止のための業務改善は進めています。

注射箋がわかりにくいということがあって、それを看護師が転記して、間違ったまま実施してしまうということがありました。そこで、注射箋を1枚に5日間分記載できるもので6枚複写にして、医事課、薬局などにもそのままいくようにしました。

水銀体温計破損による怪我などがあり電子体温計にかえました。

患者毎の週間予定表をベッドにぶらさげるようにしました。例えば検査のため絶食なのに間違って配膳された場合に患者が気づいて確認してくれるようになりました。

調査員：患者の協力を得て職員と双方で確認するのですね。

院　長：そうです。点滴が昨日と違うということを家族から確認されたりもしました。

その他、カルテが厚くなると自分が見たいところがわかりにくいので、ビニールのマーカーをつけました。

また、点滴のパックで薬剤と溶解液が上下に分かれているものがありますが、それを混和させないで溶解液だけ投与してしまうということがありました。そこで薬局で配送するときに、「上下を混合すること」という張り紙をするようにしました。今はもうパックに印刷してありますけどね。その他、IVH のユニカリック N と L があって、看護師も薬局も間違えやすいということで、N あるいは L の文字に丸をつけることにしました。さらに IVH の調剤を薬剤部で行うようにしました。患者 ID プリンターの印字が見にくいということがあって、インクを青から黒に変えたらわかりやすくなりました。また、ヘパリン生食の作成に関しても透析センターの分だけは薬剤部で作成して届けることにした。

調査員：１７項目の改善がありますね。何年くらいかかったのですか。

院　長：3 年です。ただし、このようにわかりやすいマニュアルを作成してもちゃんと見ているかという問題があります。

(2) 職員への啓蒙・周知活動

調査員：医療安全に関する取り組みを各部署で促進、啓蒙、周知していく責任者、担当者はどのようになっているのでしょうか。

院長　：僕らもいろいろ言うし、師長たちも、それなりに、朝、必ずミーティングの時にスタッフにお話するようです。ところが、上から話されても抜けてしまうのです。実際の自分の身につかないというのがあります。それで１年ぐらい前からボトムアップ形式を始めました。トップダウンとボトムアップは逆のことですけど、だれかがリーダーシップをとって一生懸命やる人がいないとだめで、それも必要ですが、考えなくなっちゃうんです。自分達で考えさせるという意味で、スモールグループというのを看護師が作って、若い人達５、６人で、これをどうしたらいいかと投げ

かけて、グループで考えてもらって、こういうことがいいんじゃないかということを出してもらって、それを採用するというボトムアップです。スモールグループを作って、そこから声を聞き出そうという、そうすると彼女らは考え意識する。最近はそういう方法でやってます。それを指導するのは副看護部長です。

調査員：それは看護師だけですか。

院長　：看護師だけですね。

調査員：スモールグループで、ボトムアップというような形でやりましょうというような声があがってきたのは看護師からですか。

院長　：それは、リスクマネージャー会議や医療安全管理委員会のときに、どうして同じことがでるのか、ちょっと確認すればいいことが、なんで出来ないのだろうとかね、毎回悩むところは同じところなんですよ。そうすると、我々例えば管理者が一生懸命やっても、あるいは師長が、毎朝訓辞じゃないけれど色々言っても、埒が明かないじゃないかということで。タッチするのは、やっぱり看護師が一番多いですよね。ですから、そこの段階から考えてもらおうと。そうしたら、自分達の意見が出て実行しやすいのではないかということがありまして。そして、それをリスクマネージャー会議で検討した後、看護師長をとおして看護師サイドで徹底してもらう、ということでやり始めたのです。だからといって、ここ半年くらいでよくなったかと言えば、目に見えたものはないけど、それなりに自分達で考えることはいい事だといっていました。

調査員：具体的にはどのようなスモールグループあるいはテーマがありますか。

院長　：「指示出しのルール」とか「転倒転落防止対策と発生時の対応」とか「インスリン注射を確実に実施するための標準化」など１０項目ぐらいあると思います。当院のやり方は１項目のマニュアルがある程度完成してから次のマニュアル作成に取り掛かるというやり方なので、ゆっくりです。だからその結果はまだわかりません。

調査員：このような取り組みの結果は、レポートの数、アクシデントの数では計れない。数値目標みたいなもので出せるというのはあるでしょうけど、取り組みによって具体的に実質的に減ってきたかどうかは、何年か長いスパンで見ていかないとレポートの数だけではいえないですね。

院長　：僕も、いろいろなことをやっているわりには、さっぱり減らないのはなぜだと言うのですけどね。

6ヵ月毎に勉強会をやりますよね。そうすると、みんな、それで注意が向くからある程度減ります。しかし、また同じことになるのです。その繰り返しのようですが、大体、半年ごとに分析すると、どんどんとまではいかないまでも、最初に取り組んだときに比べると、少しずつ減ってきました。12年の初めから少しずつ減ってきたからいいかなって思ったら、14年にまたちょっと増えたりして、そのあとまた減ってという感じでてきている、結果、あんまり変わらない。先ほど言いましたように、ちょっと確認すればいいのに、というのが相変わらず多い。確認不足ですよね。これをどうしたらいいかというと、どうしても、ダブルチェック、トリプルチェックとチェックを多くしたからいいのかというと、そうじゃなくて、すり抜けるのです。いつも思うのですけど、前の人がＯＫといったからと、あまり注意深く見ないので

しょうね。ダブルチェックして、間違いに気が付かないと、そのまま通り抜けていってしまうのです。だから、その時に初めて見たと思って見るようにいうんですが、前に見た人がいると思うから、すり抜けてしまうのでしょうか。

３.医療安全対策に必要な要素

調査員：医療安全対策に必要な要素を、どのようにお考えでしょうか。

院長　：二つあると思います。リーダーシップとボトムアップです。二つは相反するものですけど、これが実は大事なのではないかと思うのです。リーダーシップはトップダウンになると思うのですが。別に院長でなくても、医療安全委員会とかですね、あるいは、リスクマネージャーでも引っ張っていく人、核となる人がいないと、それを理解してやろうと言う人がいないと、ただ、やらなきゃだめだからとか、上から言われたからとか、院長からいわれたからとか、月に一回会を開けばいいのだ、というのではだめです。やはり、主旨を理解して引っ張る人がいないとだめだと思います、一つは。

それとボトムアップも必要だと思います。結局、インシデント報告がでてくるのは人数からいっても看護師が一番多いし、患者さんにもっとも多く接するひとが一番の問題ですよね。ですから上から言われても、右から左に抜けるのでは何の意味も無いので、彼らに自ら考えてもらい、その意見を取り上げて皆に広めていくという、下からの意見を聞くようにしないと、おまえ注意しろということだけを上からぼんぼん言っていたのでは、全部通り抜けてしまう。下からの意見を取り上げるということがやっぱり大事なのではないかと思います。他人の話を聞くこともリーダーの役目だと思います。

C病院

１.　医療安全に関する体制

１）　体制

・ 4年前にＭＲＭ委員会を立ち上げた。
・ ３年前よりＭＲＭ委員会には医師部門とコメディカル部門ができた
・ 現在は医療安全管理室の下にＭＲＭ委員会と医療事故対策委員会があり、さらにＭＲＭ委員会は諮問機関として医師部門ＭＲＭ委員会と看護部門ＭＲＭ委員会をもっている組織体制になっている。
・ アクシデント発生時は事故対策委員会が対応する。
・ 看護部門にはリスク委員会がある。
・ 投書箱からの意見を扱う意見調査室がある。

２）　構成メンバー

・ 医療安全管理室は副院長が責任者である

・ ＭＲＭ委員会は副看護部長が委員長で、副院長、医師、薬剤科、ＭＥ科、検査科、レントゲン科、リハビリテーション科、栄養科の９名。
・ ＭＲＭ医師部門は副院長が委員長で、看護部長、各部長が所属している。
・ 事故対策委員会は院長、救急部部長、事務長、看護部長、診療管理室長の５名。
・ 看護部門のリスク委員会は各部門から一名選出し構成されている。

３） 活動内容
・ ＭＲＭ委員会は月に２回、第１・３金曜日に開催される。
・ インシデントやアクシデント、投書などへの対応。
・ 職員教育および広報活動。
・ 事故対策委員会はアクシデント発生時に活動する。
・ 諮問機関である看護部門と医師部門はＭＲＭ委員会から依頼を受け討議する（医師に関与することは医師が対策をたて、看護に関することは看護で対策をたてる。また同じテーマを違った角度から討議することもある）

２． 安全管理体制の実状
１） 横断的な安全体制作りへの取り組みの経過
①体制作りの経緯
調査員：医療安全に関する体制や活動内容などをお聞かせください。
看護部長：ＭＲＭ（メディカルリスクマネージメント）委員会を立ち上げたのが４年前です。副院長と医師の診療部長１名と私の他、薬剤科、ＭＥ科、検査科、レントゲン、リハビリテーション部門がメンバーでした。けれども体制が複雑でした。これらのＭＲＭ委員会の下に小ＭＲＭ委員会が４グループあったんです。外科系が１グループ内科系が２グループ、コメディカル部門の４グループです。診療部長を責任者として医師のほとんどが所属するようにしました。そしてインシデントの分析方法や対策の立て方などについての学習会やグループ別にテーマを決めての検討などを行うようにしました。けれども医師は業務が忙しいために出席率が低くなって自然消滅しました。やはり多数の医師に参加を求めるのは無理があるということで基幹グループだけ残しました。その下の小ＭＲＭ委員会は解散したんです。

討議するテーマには、医師の参加が必要な検討とコメディカル部門だけで検討できるものがあるので、体制の変更を行いました。ＭＲＭ委員会の医師部門とコメディカル部門の２つを並列の組織体制としました。医師部門には看護部長である私がメンバーとして入っています。それは医師部門とコメディカル部門はリンクしていかなければならないので情報交換をよくするためです。コメディカル部門には副看護部長に入ってもらっています。

私は本来トップにはコメディカル部門を置いたほうがいいと思っています。その諮問機関として医師部門があるというのが組織体系的には一番いいのではないかと感じていましたので、更に体制を変え、医師部門を諮問機関としました。この体制が組織的に動きやすいです。医師部門が独立したからといってＭＲＭ委員会

から医師を除いたりはしていません代表を出して頂いています。なぜなら、例えばＭＲＭ委員会で医師の意見が必要な場合に、医師部門のＭＲＭ委員会の検討を待っていると時間がかかるからです。

調査員：看護部門のリスクマネージメントに関する委員会はあるのですか。

副看護部長：以前は、主任会というのがありまして、主任会を三つにグループに分けて、その一つが看護部のリスク委員会でしたが、現在は、ＭＲＭ委員会の諮問機関としての看護部門ＭＲＭ委員会があります。

②安全管理体制

調査員：インシデントやアクシデントが発生したときの報告体制についてご説明願えますか。

副看護部長：インシデントについては匿名で投書箱に入れてよいというルートを残してありますが、基本的には報告書を提出します。記名でも無記名でもどちらでもいいことになっています。アクシデントは自分で直接持ってくるなり自分の直属の上司にまず報告するという流れです。ＭＲＭ委員会の会議は二週間に一度ですから、できるだけ早くその部署で話し合った対応策をこの委員会に持ってくるようにしてもらっています。その方がＭＲＭ委員会の会議の効率化も図れます。

調査員：投書への対応はどなたですか。

看護部長：私とＭＲＭ委員長がまず最初に対応しています。

アクシデントの場合、例えば家族からのクレームやＩＶＨで気胸を起したとかがあってすぐ対応をしなくてはいけない場合は、ＭＲＭ委員会に下ろしてる暇は無いんですね。ですから報告書を待つのではなく、事故対策委員会にストレートに下ろすんです。

事故対策委員会メンバーの院長、副院長、救急部の部長、看護部長、事務長、診療管理室長で対応を検討して、主治医や院長が対応します。平均して月に１件くらいあります。

院内で発生したことは院長に全て情報が集まります。議事録等を読んで不明な点は、ＭＲＭ委員会の方は副看護部長と副院長に、医師部門だったら私と副院長が確認しています。

院長から承認された事故対策案はＭＲＭノーティス（NOTICE）という紙面によるシステムで全職員に周知しています。これは事故が発生したときに行うことなので不定期です。定期的なものとしては、院内誌で毎月ＭＲＭ委員会の活動を載せたりしています。

調査員：投書ではなく、直接患者や家族からのクレーム対応はどうしているのですか。

看護部長：クレーム対応は別な委員会があるんです。投書箱の方は意見調査室に二名の専従職員がいます。一週間に一度回収・集計して院長、事務長、副院長、看護部長のところに回覧されます。それに対する返答も集約して、月に一回この４人のメンバーで朝の７時30分から会議をします。患者に返さなければならないものは病院の入り口に患者さんへのお知らせ板に掲示します。職員全員にも回覧して、読んだことを直筆でサインさせています。それがまた意見調査室に返ってきます。

3．重点的取り組み事項と困難性

1）重大なトラブルに発展しそうな問題への対応

（1）マニュアル整備の重要性

調査員：重点的に取り組んでいるのはどのようなことでしょうか。

看護部長：大きいトラブルに発展する問題に関することです。以前点滴による静脈炎から敗血症を起こした患者が発生したんです。長期間の静脈点滴留置の問題性について医師は点滴刺し替えの時期などについて全然問題意識がありませんでした。看護師のほうも刺入部をこまめに観察するという意識が低い状態でした。結局いつ留置したのかを明確にすることや適切な期間で刺し替えすることが必要だということで、静脈注射に関するマニュアルを作成することになりました。ちょうど国から看護師の静脈注射に関する法律改正が出た時期でもありましたのでタイミング的にもよかったんです。

調査員：どれくらいの期間で作成したのですか。

副看護部長：平成 14 年の 12 月から翌年の 1 月までの 2 ヶ月間で集中的に行いました。業務委員会が原案を作成して看護部会議で検討しました。徹底には 1 ヶ月くらいかかりましたが、現在はルールどおりに実施されています。これ以降は静脈炎による問題はおきていません。

看護部長：これらの動きがあってから点滴管理に関して職員の意識が変わってきました。持続点滴の必要性について医師も看護師も考えるようになったんです。輸液ポンプを押しながら売店に来ている患者がいるが、本当に点滴が必要なのかを医師に検討してもらったんです。

そうしたらポンプの使用数が減少したんです。いまは中心静脈栄養に関するデータを収集中です。それは医師にその治療の妥当性を問うためです。

調査員：これらの取り組みのその後はどうですか。

副看護部長：業務委員会や病棟科長・係長が確認しています。

看護部長：私は看護科長や係長に一日一回は全部の患者をラウンドするように言っています。職場の状況を確認してもらっています。3 ヶ月くらいすると現場の意識が弛んできますのでこのようなチェック機構が必要です。

　また、組織横断的な面としてこれらの看護部門に関する取り組み事項を他の部門にも周知しているんです。ですからレントゲン技師や医師などから情報がきたりもするんです。

全部署に周知するという体制が整っているんです。これはここの職員の仲がいいという

組織風土的なことも影響していると思います。決まったことは浸透しやすいんです。所属長会議が月に 1 回ありまして、全部の部署の長が出席するのでこれによっても周知が効果的になされています。

調査員：静脈注射に関するマニュアル作成への取り組みに関することで、困難だったことはどのようなことでしょうか。

看護部長：医師のバリアが高かったことです。点滴刺し替えの期間設定について反発が大

きかったです。けれども看護の方で文献検索して科学的な根拠を示すとともに業務の効率性やコストの面などを説明して結局医師側に理解してもらいました。医師を動かすのが一番苦労します。

点滴の他に輸血システムに関する業務を見直したときもいろいろありました。それまでは輸血パックを検査科に取りにいくのも、輸血を患者に実施するのも看護師でした。新聞で輸血に関しては医師が実施するとともに５分間か１０分間は傍にいなければならないということが報道されたんです。そこで医師に対して新聞に載ったことを実践していないと告発されるおそれがあることを話したんです。看護師がやって何かあっても医師が直接責任をとれるわけではありませんから。何回も話し合いをしまして結局輸血は医師が実施して、副作用の確認をするためにきちんと立ち会うように決まりました。また検査科とも検討を重ねて、輸血パックの運搬業務を引き受けてくれることになりました。そのため看護師は患者ケアに集中できるようになりました。

調査員：これらのことの時期はいつですか。どなたが提案したのですか。

看護部長：平成 14 年の 7 月の新聞報道がきっかけで私が見直しを提案したんです。それから 5 ヶ月間くらい検討しました。医師の方も意見が二分だったんですが最終的には折り合いました。徹底的に話し合うことが大切です。マニュアルの整備は検査科がやってくれました。

看護部門や検査部門などの部門を越えて病院全体としての輸血業務マニュアルが完成しました。

調査員：このように組織横断的な取り組みが進むための要素はなんでしょうか。

看護部長：私は以前業務委員長をしていたんですが他部門と仲がよかったんですよ。そこでレントゲンや検査科の技師から看護師の態度が問題だという指摘があったんです。お互いに仕事が見えない部分があってぶつかる場面が多かったんです。そこで業務委員会でその各科と話し合いをもちました。レントゲンやＭＥ、検査科のそれぞれの代表と看護部門とで 4 人から 5 人ぐらいのワーキンググループで検討しました。検討して規約として決まったことは周知して実践していきました。規約が継続して守られているかはお互いにチェックして申し入れや相談して再周知するというようにしました。結局お互いのコミュニケーションが大切な要素のひとつだと思います。その後は何かあると話し合いをしましょうよというようにお互い歩み寄って建設的な意識が高まってきました。

（２）事故やインシデント発生から対策までのタイムラグをなくす取り組み

①報告体制の見直し

調査員：報告体制のどのような点を見直ししているのでしょうか。

副看護部長：基本的にはインシデントやアクシデントの報告書を提出してもらっています。職員自身が投書箱に投書したり、自分の直属上司に直接報告したりもしていますが、それでも情報が渋滞してしまうということが今問題になってきています。報告書をＭＲＭ委員会で検討するのは 2 週間に 1 回ですからそれからの対応では後手になってしまい、事故が再発するということがあったんです。そこで所属長に

報告者が報告書した時点でＭＲＭ委員も参加することにしました。現場の当事者を含めて一緒にやることで情報の正確な共有化と対応までのタイムラグをなくすことができます。現場での対応策を早く実践したいのです。

看護部長：これはインターナショナルナーシングレビューでも取り上げられていたことです。

調査員：このようなシステムに変えていこうという動きはどこから起こったものですか。

副看護部長：ＭＲＭ委員会会議のあり方に問題性が感じられてきたんです。2 週間毎の会議では膨大なレポートを目の前にして検討しなければならないこともたくさんあります。そこで、対策については現場である程度検討してきてもらうことが必要なのではないかということになったんです。ＭＲＭ委員が現場で発生した問題に即座に参加していれば、現場をよく知るとともに問題解決が早くなるからです。

②全体周知の徹底

副看護部長：報告体制が速やかになされたら、次は各部署への速やかな情報伝達が重要です。看護部に関して言えば、看護師長会は非常にタイムリーに情報伝達できる組織です。部署への検討課題を提示して、部署から出てきた意見の集約を行うということを毎週しています。各部署での病棟会議は毎週というわけにはいきませんが、このところやる機会が増えてきているように思います。

看護部長：以前は次回の病棟会の日を待って検討するという職員の意識でした。事故が起こった部署はその重みを感じていて対応策に直ちに取り組みますが、他の部署は意識が薄く、決まった対応策を実施していないという状況でした。そこで周知徹底するために臨時で病棟会を開いてすぐに対策を実施するようにということを徹底したら早くなりました。

（３）システムの変更

①夜間入院への対策から転倒事故を減少できた

看護部長：夜間の入院への対応システムを変更したら、結果的に転倒事故が減少しました。従来は夜間の緊急入院はその科に入院させていました。そうなると 3 人夜勤であっても急患のために他の患者への手が薄くなってしまいます。そのため転倒事故が起きやすくなります。そこで一つの病棟に夜間の入院専用ベッドをつくったんです。科を問わず一泊そこに入るんです。翌朝に専門病棟へ移ります。夜勤の看護師も増やしました。そうしたら転倒事故が減少しました。

調査員：時期はいつですか。

副看護部長：平成 13 年度ですね。そのときは３床つくったんですけど、入院が増えたので次年度は 6 床一部屋まるまる夜間入院ベッドにしました。

看護部長：なるべくエレベータの近くで他の廊下を通らない場所にその部屋をつくったんです。それによって入院中の患者さんに迷惑をおかけすることもなくなりました。

調査員：転倒事故はどれくらい減少したのでしょうか。

看護部長：半分までは減りませんでしたが、それなりに効果はありました。

また、この転倒事故に関して睡眠剤の使い方にも問題があるのではないかというこ