

とで医師を対象に薬剤科による勉強会をやったんです。その効果はまだ目にみえるものはありませんが、処方する薬剤の選択が少し変わってきたようです。

3. 安全管理に必要な要素

1) 病棟ラウンドと専任リスクマネージャーの必要性

看護部長：私はこれからのことを考えると病棟ラウンドが大切だと考えています。評価にしても問題を吸い上げるにしても報告書を待ってる時代は終わりです。報告の内容は想像がつかます。看護師の何年めがどの時期にミスが多いかなどは傾向としてもう大体わかっています。それだったら現場に行って何故それがおきているのかっていうことを現場をあるいて対策を考えることが必要です。そういう目で見える人が必要です。

調査員：専任リスクマネージャーがそういう役割を担えると理想的ですね。

看護部長：将来的にはリスクマネージャーを専任でおきたいんです。一週間に一回か二回くらい院内ラウンドをしてインシデントに繋がる前に対策を考えたり、現場でディスカッションしてもらってそれを委員会にあげて検討したりできればと思っています。そこから全職員に周知していくというのが一番理想だと思っています。

専任としての実現に向けて今、研修を受けてもらっている看護職員がいます。うちはグループ病院で23施設あるのでそのグループでリスク研修を認定制度にしたのです。20人を対象にして、彼女も参加しています。今年が初回で私も講師です。その他に弁護士からの講義もあります。彼女は現在MRM委員ではないのですが来年度はサブでいれて、平成16年4月からは病棟ラウンドを実現しようと計画しています。現場に足を運んでよく知ることが安全管理体制に必要な要素となります。

継続した教育をして、専任としての位置づけにはまだならないけれども専門に活動できる時間を確保するようにします。また給与にも反映させることがモチベーションの向上にもなります。

専任のリスクマネージャーはすぐには置けませんが、事務処理してくれる人がせめていればということで看護部秘書をひとり配置し、報告書のデータの打ち込みをやっていただいていますので、その日の分の報告書データはその日にはいりますから、いつでもデータが取り出せます。

副看護部長：ちなみに使用目的が研究などであればこれらの報告書に関するデータを閲覧することができます。平日の午後の2時から4時までの時間制限で、ここで見てもらいます。報告者の名前はわからないようにしてデータの匿名性を守っています。

2) 教育による職員の意識向上

調査員：報告のレポートの提出数と職員の意識の関係はどうでしょうか。

副看護部長：変わってきています。以前なら患者が転倒しそうになったというようなことは報告してきませんでした。今はそういう報告が半分くらいあります。いわゆるヒヤリハットでも報告してくれるようになりました。

調査員：そのような意識の変化の背景はどのようなことでしょうか。

看護部長：教育です。集合教育をやっています。その他は院内誌などでインシデント報告書をきちんと提出するようにと周知したりしました。特に医師の提出が悪かったのです。

このようにいろいろ広報活動と教育活動をすすめています。あとは外部からのアンケート依頼にリスク系が多かった時期があって、それに回答することでリスクの認識が高まっていったようにも感じます。医療界に関するマスメディアの動きも影響していると思います。こういうのでも患者から訴えられるようになるのかなどという情報が出ると、医療者として組織の一員として保護してもらいたいと感じるようです。ですからきちんと報告しないと、隠蔽したら知りませんよというのをきちんとうちだしています。ですから医師からの

インシデントレポートの数が増えましたよ。以前はゼロに近かったんですから。きちんと提出する医師はきまっているんです。まじめなほど出すんです。そうでない人が提出しない。ここ1年ぐらいで提出数が増加してきました。2年前は2ヶ月に一枚くらいでした。

副看護部長：医師が関係するインシデントに関して看護師の方からレポート提出があつてからやっと医師が提出するような意識でした。医師部門の会議で全科の部長が出席しているときにこのような実態を報告してから徐々に提出するようになっていきます。

看護部長：私は一番必要な要素は医師の意識改革だと考えています。世の中の動きを医師にささやき続けているんですよ。検査の時にこんな簡単な説明だけではなんか起こったときに先生負けますよ、書面にして患者の反応もないと駄目ですよと言いつけています。

調査員：医師は業務の責任範囲と実施範囲が増えると拒絶反応が大きいですか。

看護部長：大きいですね。そこがクリアできて解決策がでてきたから医師の意識が変わったんです。やはり教育がとても大切です。研修会の講師が弁護士だと参加率がいいです。医療界でも尊敬されるような人に講演してもらおうと意識が変わるようです。いまも年に二回全職員対象の研修を行っています。その後3ヶ月くらいはその研修の話を意識していますが徐々に薄れてきます。そこでまたなんらかの研修を開くというようなことをしています。

このような教育が医師の意識を向上させて、報告書の提出数が増加したことに繋がっていると思います。

3) 職員の努力をデータで示す

調査員：さまざまな取り組みを実施してこられて、その評価はどうですか。

看護部長：対策を実施してからは同じ事故は発生していません。けれども取り組みの評価がまだきちんと出来ていません。専任のリスクマネージャーをおいてチェックをやっていけば理想的ですが。現在、事故やインシデントの項目別にデータを整理しているのでその項目での増減はわかります。そのデータから評価できるものもあります。減らないものには何か違う理由があるのかなと考えたりします。

調査員：データをどう活用していけばいいでしょうか。

看護部長：データを持つてただけじゃだめなんです。そのデータを職員に返すことが大切です。転倒転落事故がこれだけ減少したと院内紙で報告しています。静脈点滴留置による合併症に関することも対策を実施してからゼロなんです。そういうデータで職員が頑張ったことを客観的に示して努力を認めることが大切です。

4) アイデアを即実行できる組織風土

看護部長：うちは職員がなにかアイデアが浮かんだらすぐに形にできるようなものが組織風土にあります。

調査員：一般的にはなにか提案するときは多くの段階を経ないと実践は難しいですが。

看護部長：上にいちいちお伺いしなきゃいけないとかそういうタイムラグがないんですよ。とにかくやってみましょうということで即取り組んでみます。例えば、以前の看護師の勤務体系は3交代でした。準夜を終えて帰宅するのは危険だという理由で2交代にしたいという意見がでたのですが、拒否する声も多かったんです。外部からきた看護師数人が2交代を経験したことがある人たちだったんです。メリットを伝えたらやってみたいという病棟が一つでてきました。勤務表を作るのは苦労しましたが徐々に全病棟に波及して、現在は全部2交代です。

この例のようにトップダウンだと浸透しないけど、ボトムの方からとにかくやってみてその状況によってシステムを見直したり、新たなことを取り入れたりするという柔軟性は大切な要素だと考えます。

D 病院

1. 医療安全に関する組織

1) 体制

医療安全対策組織図は、院長の統括で、医事紛争と医療安全推進に分かれる。

医療安全推進は、医療安全推進統括責任者＝GRM (General Risk Manager)のもと、医療安全推進室が行っており、看護部・診療部・薬剤部・検査部(技師)・放射線部(技師)・事務部に対応する。

医療安全推進部会は看護師以外のインシデント・アクシデントレポートの検討をしている。この部会には医療安全室室長の看護師も出席している。

医療安全推進室を統括責任者(GRM)と医療安全推進部会と看護安全委員会が支援する。

看護部の中には、看護安全委員会がある。

医事紛争は、医事相談会が担当する。

患者からのクレームについては、患者相談窓口が受ける。

2) 構成メンバー

医療安全推進室には、室長と2名の事務員がいる。室長は、副看護部長だった看護師で、平成14年度より専任として独立している。

それを支援するのは、GRMである副院長、医療安全推進部会の部会長である診療部の部長1名、

看護部の看護安全委員会の委員長である看護師1名である。

医療安全室会議の構成メンバーは、室長・副院長・医療安全推進部会長である医師・看護安全委員会の委員長である看護師・事務の5名である。

医療安全推進委員会では、各部署に、医療安全推進者（リスクマネージャー：RM）を置いている。

医事相談会は、ほとんどが、管理会議のメンバーである。

3) 活動内容

医療安全推進委員会を毎月開催し、インシデントの検討会を行う。

医療安全推進室の支援として、毎週会議を開催する。

問題がある場合には、各部署に出かける。

事故がおきた場合は、安全推進部会長である医師が中心となり、3～4人の調査委員会を発足させる。ここでは、医療安全推進室がかなり関係する。

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（重要取り組み事項とその背景）

①問題は、部署横断的。

調査員：体制作りの経過について教えてください。

院長：平成7年からいろんなことを始めました。当時、看護部の方にそういう報告制度は持っていました。それで平成8年からドクターにもそういう報告制度を導入して、インシデントレポートを検討する会ということで、医師11人で医療評価委員会を作りました。そこで、看護師以外のインシデントを扱うようになりました。平成11年から、それを少し拡大して医師を13名にして、リスクマネジメントナース・薬剤師・検査技師・事務が入って、確か17名で、看護師以外のインシデントを検討する会というふうに位置付けました。

始めは、リスクマネジメント委員会という名前でしたが、平成13年から医療安全推進委員会という名前に変えました。

看護部の中には、看護部の医療安全推進委員会というのがあって、看護師のインシデントについてはそこで扱っていました。

両者にまたがるようなことがけっこうあるので、それは、リスクマネジメントナースが、その親の委員会である医師の委員会で報告し、医師側からの意見も聞くということをし、そこで繋がっているという形をとってきました。

調査員：最初は看護部と医師部門が別々になっていたのですね。

院長：看護部と医師部門が別々になっていたという理由の一つは、報告例数が違うということです。看護部が多いです。それから、内容では重要な事例は医師が多いのです。それで医師の問題は、医師できちんと検討しようということが基本でした。

現在は推進室で扱っています。

薬剤とか放射線などのコメディカルも入ってきます。

医師だけの事例じゃなくて関連性があるとか、処理する上から言うと医師の方と一緒にやっていけばいいのではないかとということです。

看護部では件数が多く、2年ぐらい前から報告事例の切り分けをするようになったようです。軽い・大きい影響がないインシデントは看護安全委員会実践委員が各部署の話し合いの中で報告・検討し、終わりにしています。

実践委員は、係長のちょっと下ぐらいの卒業後5-6年位の人にやらせています。他の科などへ影響するとか、レベルの高いものを委員会に報告しているようです。

2) 上記における困難性とその解決過程

①中心となる人をどうやって探し、育てるか。

調査員：体制作りの時に、一番大変だった点・難しかった点は何でしょうか？

院長：この病院は、安全室よりも以前からQC活動っていうのをやっていて、今もやっています。一番初めは、医療事故防止を目的に平成7-8年にQC活動をしましたが、うまくいかず中止しました。二年ぐらい経ってから、業務改善ということでQCを再度立ち上げました。その時に皆がなかなか協力してくれない。こういうことをやる時には、そのキーパーソンというか、中心になって働く人が必要なのです。

企業だったら、QCの事務局とか品質管理部門とかそういうものを作ってそれを指揮してそれを動かすわけです。ところが病院には、そういうのは作れない。皆、手いっぱいでしょう。だから、わざわざそんな品質管理とかQCでその専任者を置くなんでできないわけですよ。コストの問題もあります。先が見えない話です。それで、困って、結局、いわゆるQCのプロジェクトっていうのをやって、それは各職種入れました。

事務、看護師、ME、薬局、医師も入れて、全部で10人弱ぐらいのプロジェクトというのを作りました。そのプロジェクトのうち、主に事務の2-3人を事務局的な働きもするために入れました。今もそこは独立のものではなくて、事務局的な働きも兼務でやってもらっています。それで始めてQC活動っていうのが病院全体で少し動きだしました。

②問題は部署横断的であり、かつ早急な対応が必要。そこで、専任者は看護師にした。さらに、それをサポートする体制が必要。

調査員：専任を看護師にしたというのはどういうところからですか？

院長：よく聞かれますけど、私は、いろいろ考えました。

アメリカでは看護師で、どうしてかなって思ったら、アメリカはシステムが違います。病院が雇用しているのが看護師で、医師は契約者なのです。

それで、私も病院で見えていて、いろいろな診療科の医師の話し合いを聞いている

と、医師の多くは自分の専門分野の視野しかもっていないのです。

私は医療全体を見ているのは、看護師だなんて思うのです。

自分のことをいうのは変だけど、私は病理出身なのです。病理を7年間やってから臨床に変わりましたから、比較的いろんな診療科の内容は、わかります。自分の専門の診療科以外のいろんな診療科のことが分かる医師って、少ないです。

それだったら、看護師のほうが、いろいろな診療科を見ているから、看護師の方が医療全体を見るのにいいと思います。だから、他の病院では、医師がしているといいますが、私は、やっぱり、看護師の方がいいと思っています。

そして、看護師にして、その看護師をサポートする体制が大事だと、私は思っています。

調査員：体制として、サポートしていくのですね。

院長：平成14年の春に医療安全推進室というのを立ち上げて、その室長に看護副部長として今までやってきたリスクマネジメントナースを室長にしました。事務員を最初の年から1名兼務で配置し、今年もう一名配置して1.5名事務員がいます。

それを支援する体制として、去年私が院長になったので、新しい副院長がゼネラルリスクマネージャーとしてそれを支援する。

それから先ほどの医療安全推進部会、部会長の、呼吸器外科部長のM医師がそれを支援する。

それから看護師の看護安全委員会の委員長のS看護師長が支援をする。

だから、医療安全推進室を、ゼネラルリスクマネージャーの副院長、部会長、看護師長が支援する、という体制です。

調査員：支援体制が整って、早急な対応もできるようになったということですね。

院長：医療安全室ができてから、その室長がとんでいって情報収集してそれで早急に打つべき手は対策をとる。それを、二人が支援して、私に報告をもらうというような形になっています。

③問題は、部署だけにとどまらず、組織で取り組む。

調査員：医師部門からの報告はどうでしょうか。

院長：データがありますけど、だんだん増えてきています。今は、年間130件ぐらい。月にしてみれば10件あります。

調査員：アクシデントの対応はいかがでしょうか

院長：推進室ではインシデントレベルのものを主に扱っていて、アクシデントというか医療事故になる部分は上の管理会議で扱っています。

アクシデントとしてかなり扱っていますが、重要なアクシデントや紛争になるようなものは、医事紛争についての医事相談会っていうのがありますが、これは別になっていて、ほとんどが管理会議のメンバーです。

事故がおきた時は、調査委員会を作ります。大部分はその医療側の安全推進部会長のY医師がリーダーになり、3、4人で調査委員会を作っています。調査委員会

のメンバーは、扱う事例によって選ばれます。安全推進室の室長、看護部長が入って、あとは直接関係しない院内の第三者的な人が一人二人入ります。

安全推進室の方は副院長が統括していますが、調査委員会は院長の統括として、別の組織としてあり、報告を受けます。扱うものが違うということです。調査対象としては関連した人に全部聞き取りをしています。分析方法としては事象関連図を使っています。事象関連図は東京電力株式会社原子力研究所の河野龍太郎氏が開発した手法です。時系列に時間の経過とともに、誰がどういうことをしたという、その事例に登場する人を横軸に書き出して、縦軸に何時何分にこの人がどういう行為をして関わったかということを経時的に全部書き出します。それを全部書き出すと、どこでどういうふうな連絡が洩れていたかとか、どういう風な行為を誰がやったのかとか、そういうことが非常にはっきりと分かるということです。それを基本的に作って、調査委員会が私達相談会に報告してくれて、話し合いをします。

調査員：医療安全推進委員会の他にも委員会があると思いますが、それらの連携や分担はどうなっていますか。

院長：医療安全委員会の他にも委員会がありました。これを昨年整理して、医療の質の委員会、診療管理委員会、というふうに、医療の質に関係したものをまとめ、診療管理上のものをまとめました。そして、それぞれ担当の副院長をきめて、それぞれの部会長が必ずこの委員長である副院長を含めて、横の検討会を毎月ちゃんとやりなさいと、いうふうにしました。

今までは、副院長の担当といいながらも、担当がばらばらについていて、少しまとまりが良くありませんでした。だから、そういうことをもっと明確にしましょうということ、それぞれを部会という形に直しました。

それで部会の責任者には医師じゃない人も結構入っています、看護師も入っているし、事務の人も入っています。そういう形で、委員会・部会を、二人の副院長で全部を統括しなさいということで、変えました。

例えば感染症に関しては、医療安全ともかなり関係しています。例えば、アルコール綿を全部一人一袋に替えるとか。手指消毒液を各病室の入り口に置きましょうとか。

副院長が、委員会として部会長を全部集めて話し合いをしろと言います。お互いに連絡をとって、コーディネートするっていうか、ばらばらにやってもしょうがないですから。これはある程度機能しています。

委員会は、定期的に毎月開催しています。その委員会には大部分の職種が入っています。だから、その委員会活動が横の連絡を兼ねているということになります。

調査員：組織的な連携がとられているということですね。組織のイメージっていうのは、医療安全推進委員会などの中での組織横断的な活動というイメージでしたが、そういう意味では病院全体がそうなっているという捉え方もできますね。

院長：医療安全推進室の仕事のメインは、何かアクシデントが起きた時にできるだけ早く対応する、情報収集を行い、改善策を提示する。それで必要な情報をどこからも集めるし、そして必要な情報を外にも出す。いろいろな改善策を出していった

りしますが、その中の、たとえば感染の管理とか、そうことはそれぞれの委員会
がやるということです。

3) 安全体制作りに必要な要素

①安全対策を作るうえに必要な要素は、核になるような人達を作って、それを広めること。

調査員：体制作りに必要な要素は何でしょうか。

院長：新しいことを始める時に中心になる人をいかに育てるかということです。

現在は、医療安全推進委員会で委員長になっている人達が、主に品質管理につ
いてのキーパーソンになっています。核になって働いてくれる人が5~6人います。
そういう人達が、看護師とか医師とか特に医師でそういうのがいないと困るの
です。薬剤師なんかも少しそういう人は出てきていますが。そういう人を育ててい
く。

育っていくと、輪がひろがるっていうか、病院全体がそういう活動になっていく
っていう、私はそういう感じを受けます。

調査員：育てるといのは、どういうことをしていらっしゃいますか。

院長：始めは、私が行く勉強会に、ちょっと興味があったら連れて行きます。興味があ
りそうであれば、こういうことを少しずつ任せていくっていうようなことですね。
いろんな会合がありますが、私も全部行ってられないので、だんだん、そうい
う人に行ってもらおうようにしています。

②安全体制を作るうえに必要な要素は、長たる人のリーダーシップ

調査員：他に体制作りに必要な要素は何でしょうか。

院長：私が自分でいうのはなんですけど、やはり長たる人のリーダーシップっていうと
ころはあると思います。

そして、半分は、教育だと思います。組織的に予防できることは組織的に取り組
むけれど、もう一方は個人の教育です。

個人の教育という時に、今の日本全体のことと関係しますが、なんとなく、皆、
いうべきことを言わないで、なあなあでやっているような一面があると思います。
それを、ちゃんと言うべきじゃないかという気がしています。

今まで当院の理念っていうのはこれでした。「愛の病院」というのは、うちの初代
院長がモットーとして言い出したものでした。私が、それを具体的に4つに分解
して、こう書いたのです。

それと一緒に、私は、職員の行動規範を作りました。当院の医療従事者にはこう
いうことが求められていることを明示したのです。今の時代というのは、こうい
う規範とかいうのはあまり好まれない。私は特に医療には、基本的には人間の心
の姿勢っていうか、そういう一面がずいぶん大事だと思っています。

日本ハムとか雪印とかいろんなことがあって世間的に騒がれているでしょ？企業
倫理っていうことがいろいろ問題になって。病院も、これが一番大事じゃないか

と考えて、今年の春、これを全員に配りました。こういうカードにして、必ずみんなに携帯してもらっています。入れていて、読まなかったらしょうがない、だからこんどから入職の時に全部これを配るつもりです。

もう一つは、去年の春からですが、新しく入ってくる医師と全員と面接しました、一対一で。そこで、基本的な病院で守らなくてはいけないことを、話しました。それから、年に二～三回新入医師ガイダンスとって、不定期に交代する医師に対して、大体15人ぐらいになったらやります、病院の方針とかを集めて話をしています。

それから、院長メッセージとして、例えば保険の病名をきちんと書いてくださいとか、いろんなことをメッセージとして、私が書いています。始めは紙で配っていて、今はイントラネットで配信しています。二週間に一回、場合によっては週一回もあります。それはスタッフ全員がアクセスできます。医師が一番大事だから医師にも配っています。

調査員：安全体制の要素は、まさに、リーダーシップと教育ということですね。

院内的な研修や教育は、どのように行われているのでしょうか。

院長：医療安全室が行っていることが、一つは講習会です。年に2回開催します。

それから、リスクマネージャーの養成ワークショップを年2回やっています。これは、いわゆるリスクマネージャーという立場の人達に、実際に事例を渡して、8人ぐらいのグループで、検討して発表をさせます。それを、金曜の午後から土曜日一日かけてやります。

もう一つは、おとしは9月にやって、去年からは11月の医療安全週間にあわせて、医療安全月間というのをやって、そこでいろんな監査をします。監査というのは、名前がよくないけれど、マニュアルとかいろんな決め事が実際にやられているかどうかとか、それを現場でチェックするというようなことです。一昨年は、その医療安全推進委員会のメンバーと、病棟の看護師長とを組み合わせて、関係ない病棟を回って、チェックしました。医師の伝票の記載内容とか、カルテチェックとかね。昨年は、看護師の業務をチェックしました。

今年は、この医療安全ガイドブックを作りました。これは看護師全員に配りました。誤薬を中心にして非常に簡単で分かりやすく、しかもポケットに入るので携帯できます。これを始めたのは、A1病院が最初で、それを真似て私達は作りました。

そして、いかにこれを徹底するか、年に二回、皆がどこまで知識として入っているか、簡単な試験をしようと思っています。

調査員：ただ作って渡すだけではない、使ったあとに評価をするということですね。

院長：A1病院で、これを作ったのは一年半ぐらい前かな、去年の春に発表しましたから、二年ぐらい前になります。それで、知識調査を行ったら確実に誤薬事故が減っています。データとしてでているから、当院でもやろうということで、これを作りました。

医療安全委員会ということになっていますけど、これは、看護安全委員会のS師長が中心になって作りました。

調査員：スタッフの皆さんは、こういう医療安全に対する意識や、医療安全委員会の活動に対する意識付けはどうか？

院長：知っていると思います。講演会なんかで彼らが主催しますので。

②特定の部署だけでなく、横断的に検討する。

調査員：組織横断的な課題はどのようなことがありますか。

院長：部署間での課題もあります。

いろいろ変更があるとメーカーから通知だけは薬局に来ていますが、薬局から現場まで届いてなかったとか、いろんなことがあります。

つい最近、国立仙台で放射線を過量にあてたというのが問題になっています。あのような事故があると、医療安全推進室で、うちの場合はどうするかと、放射線についての線量の測定など相談を受けましたが、数ヶ月に一回抜き取り検査といった形で、計算をし直すことをやりましょうということになりました。このように他の施設の情報からも医師としてどうするかという検討もしました。

このあいだ青砥の事件がありましたが、あのようなことについては管理会議で新しい技術の導入については申告性にすることにしています。

調査員：委員会間ではいかがでしょうか。

院長：例えば、東京の脳外科でセラチアの敗血症が起きて大問題になりましたね。それから一ヶ月位した時に、ここの病院にホットラインで入院して一日位で亡くなった人がいました。その人の血液からセラチアが出て、東京都に報告したら、東京都はすぐ監査にきました。調べて、水道まわりがちょっと汚いと注意を受けました。それで、その頃は、まだ固形の石鹼を使っていたので、全部液体石鹼に変えるように指導を受けて変えました。そういう時も安全についてということで、安全室も少し関係しました。主には、感染防止対策部会がやっていますが、相互に連絡はとってやっています。

③研究会や世間での出来事など他からの情報を得た場合、自分たちはどうしようかということを取り組む。外部の知識を取り入れる。関係外部へ要望を出す。

調査員：医療事故の情報についてはいかがでしょうか。

院長：例えば、KCLはプレフィールドのメディジェクトKというものに切り替えましょうとか。他の病院でこういうことがおきたからこうしようとか。そういう研究会っていうのがあって、そういうところから情報を得ます。それで、こういうのに切り替えましょうという提案があって、我々がOKですっていうことで、そういうのを採用しました。

それから、今は注射の処方箋を間違いにくいようにしました。略語が多く使われていますが、その略語を全部整理しました。また、麻薬の伝票も作り変えました。それから、抗がん剤の登録制、現在、外来化学療法で使う抗がん剤の調剤は全部薬剤部が作っていますが、病棟の抗がん剤の調整がまだ薬剤部できていないの

で、それを今、推進するようにしています。

あと、インシュリンのスライディングスケールを院内で統一しました。

それから投薬事故も多いので、与薬カートを全病棟に入れました。

調査員：他に検討されていることはありますか。

院長：ツーバックの点滴の表示を間違えないような表示にするようにという要望をメーカーに出しました。

それから、抗菌薬の注射が出た時に、希釈しなければならないというのがきちんと表示されていないので、それも要望を出しました。

これは、結構アクシデントの中に入りますが、手術で使うゲルフォームが、二年ぐらい前に、包装の仕方が、パックに入れる包装に変わって、大袋の中に小袋が入っているのですが、大袋の中は滅菌されてないのです。それを間違えて出して脳外科で使ったのです。その手術が終わってから気が付いたので、再度この手術やり直して、全部それを取り除いて消毒したことがあったりしました。それでメーカーに、わかりやすいように表示をしてくれるように要望を出しました。

調査員：外部との情報のやり取りも重要ですね。

院長：転倒や転落に関しての取り組みですが、4年ぐらい前に、私が、品質管理学会に誘われて入りました。そのきっかけになったのは、医療におけるTQM協議会というもので、その中心になっている方がT大学のU先生です。これは、医療界に、産業界の品質管理の考え方を、なんとか導入したいという会なのです。そこで、U先生をサポートしているのが、T大学のI先生とW大学のM先生という、それぞれ品質管理の専門家です。そのM先生が、うちの病院の、インシデントレポート全部を検討させてくれと言ったのです。医師のものを見せるわけにはいかないということで、守秘契約を結んだ上で、看護師のインシデントレポートを分析してもらおうということで、W大学の方に頼みました。共同研究で、大学院の学生がここに入りこんできて、一緒に分析をしている中で、転倒転落については、こういうふうな項目で報告書をあげてもらおうと分析しやすいじゃないかということで報告書を作りました。私も非常に勉強になりました。

それから、与薬カートは、彼らのアイデアなのです。その研究会に、A1病院も入っていて、W大学の大学院生と共同研究をしました。その中で、投薬事故っていうのがどうして起きるのかということで、大学院の学生がいろいろ調べたら、簡単にそれを防げるでしょうということでした。患者さん毎に、細い引き出しが全部ついていて、そこに一週間分縦の7つのマスがあって、それをまた横に4つに仕切って、それぞれにシェルが入っています。そこに朝昼晩と就寝前の薬を入れておくわけです。それぞれのシェルに入った薬を時間に渡せば間違わないということだけなのです。単純なことですがそういう発想は我々にはありませんでした。今までは看護師がはさみで切って、一回ごとに分けていました。私がそれを導入したのは、将来的には薬剤部で全部整備して病棟へ運んでいただくようにしたいと考えたからです。

調査員：貴重なお時間を、ありがとうございました。

E 病院

1. 医療安全に関する体制

1) 体制

- ・安全委員会が中心となって活動している。
- ・玄関には警備員を配置している。

2) 構成メンバー

- ・安全委員会は、看護師・医局・事務・栄養科・メンテナンス・エアロビクスや美容室のアメニティが加わり、検査部門・薬剤部門などの 11 人で構成されている

3) 活動内容

- ・安全委員会は、毎月定例会を開催。
- ・職員研修
- ・インシデントレポートの対応
- ・マニュアル作成

2. 安全管理体制の実状

1) 医療安全に関する体制

調査員：医療安全に対してどのような体制をとられているのでしょうか。

院長：安全委員会を月 1 回の定例会で、各代表で話し合っています。

各部署の長で看護師と医局と事務と栄養科とメンテナンス、それとエアロビクスとか美容室のアメニティが加わりますし、検査、薬剤と 11 人ででしょうか。

調査員：安全委員会が活動し始めたのはいつごろからでしょうか。

院長：最初は現在のような会としてはなかったのですが 10 年位前からやっています。この委員会の年間の目標は、病院全体の活動内容で安全に関してはないのです。その都度、話題や問題が出た時にそれを手配していこう、解決する方法や策を考えてみよう、そして各部署で話し合うようにしています。

2) 重点的な取り組み事項と困難性

(1) 事故防止対策

調査員：アメニティも大事な要素という印象をうけましたが、重点的に力をいれているところはどのようなことでしょうか。

院長：うちではマタニティビクスやエアロビクスをしていますので、それに参加される

方が玄関などで転んで事故などにならないように警備員を配置しています。夜は 8 時に正面玄関が閉まるので、8 時半までは一人常勤でいます。夜は、近くに職員が住んでいるので何かあれば駆けつけてきてくれるようにしています。防犯カメラが外も中も二台あります。

医療事故に関しては、チェック体制を何回か設けるようにしています。また今年はまだやっ

ていませんが、来年にまたやろうと思っているのが職員研修です。二日間くらい、場所を変えて、接遇を含めて安全管理とトラブルにならない対応とか、接遇会社の専門の方がきてやっています。今年は新しく入った人が少なかったのでやめましたが、一年やらないと、やっぱりむらがでてきたのでそろそろやらなくてはと思っています。職員は看護師を含めて全体で100人くらいになります。

看護部長： 危ないことといえば、名前の確認が難しいですね。診察券があるから、内診のときは、自分でその診察券で患者確認をするように変えました。

患者さんって「〇〇さんですね？」「はい」と言って、違う人が入ってきたりする。それで間違えることもあるものですから。同じような名前じゃなくてね、田中さんと山田さんであったとしても間違えてしまうのです。患者さんはその気になってしまうのですね、私達が呼びかけると。

診察券にしても、同じ生年月日じゃなくて、フルネームが同じこともあるので、受付で全部注意していますが、それでも名前が全然違う人でも入ってくることもあるのです。

「〇〇さんですね」と確認して注射するつもりでいても間違えることがあるので、今はもう、その場で呼んで診察券を出してもらってから注射します。

大事な処置のときは、患者に名前を言っていただいて診察券を確認してから始めます。むこうが間違えてもこちらの責任になってしまうので、名前と呼んで確認するのは止めようということになりました。

赤ちゃんの安全に関しては、監視カメラがありますし、ほとんど個室に赤ちゃんがいますので(母子同室)、お母さんが部屋を離れるときは、必ずこちらにお預けいただいています。20時以降は誰も入ってきませんが、シャワーに入ったりする時は、最近はお母さんの方がお預けになる方が多いです。預かって、それで行動していただくようにしています。

子供の取り違えに関しては、タグを足に付け、ベットネームも付けていますけど、沐浴をするとき間違いが起こると考えますから、もとのベッドに寝かせるようにしています。寝かせる時に間違わなければ、まず取り違えることはありません。生まれてすぐタグを付けますし、お母さんと子供の顔はすぐに私達覚えます。母親も自分の子供でなければ、見ればすぐわかると思いますけど。取り違えは沐浴くらいの機会じゃないかなと私は思っています。あと、3、4人いっぺんに生まれる時は危ないですね。タグが一番簡単で、すぐ出来るものをやっています。生まれた時にお母さんに見せて、ぽんと切って足につけるとようにしています。子供の標識は、一個しかついてないです。足の裏に名前を書くとかはしてないです。それほど人数が多くないとこともありますが、多いときで20人いることはまずないし、今も15.6人くらいです。少ないときで7.8人ですので、そんなに間違えることはないです。いつも、どこで間違えるかなと考えてやっているつもりでいます。一番間違えそうなところで間違えないようにしています。

(2)報告体制

調査員： 間違いがあったときの報告体制はレポートを書いたりするのでしょうか。それは、ここの安全委員会の組織で処理していくのですか。

看護部長： インシデント報告書はあります。まず主任に報告し、主任が私か院長に報告し

ます。それは紙に書く前に。すぐに報告して、どうするかは院長と相談をして処理をすることになります。

インシデント報告書は間違えた人、その処置に関係した人、ものを壊したときも含めて一応全部書いてもらうことにしています。高価なものもいっぱいありますので。医療事故につながる直接的な事務処理の間違いはないので、事務処理に関しては報告だけとなっています。

調査員：苦情も、レポートは書かないでその場ですぐ対応しているのですか。

看護部長：レポートには書いてないです。その場ですぐ対応できるものもありますが、苦情に関しては、月に1度定例会の議題に出しています。病棟と外来に苦情を書ける紙を置いているので、書かれたものは全員にコピーを渡して、それで検討します。そして、どうしてそのような結果になったかを因果関係を含め確認をし必要な場合にはレポートにして院長に提出しています。

(3) 苦情対策

調査員：どのような苦情があるのでしょうか。

看護部長：薬の間違いです。薬が間違えて処方されたとか、日数が違っていたとか、もらっていきものが違っていたとか、その他看護師の対応、受付の対応、会計が遅い、医師の対応などです。

診察券カードをしょっちゅう使うので、首に下げる便利なものをつくってもらえないとか考えました。

院長：注射の間違いもあります。対策として、薬を詰めるときにアンプルから確認し、それを第三者にもう一度確認させて、ダブルチェックを習慣にしています。ダブルチェックしてから間違ったことはないですね。

以前は、内診室に入っている時に隣の内診室の荷物置き場の荷物から財布を盗まれたことがあります。それから内診室の壁を別にしました。

あとは、婦人科ですから、男性で全然知らない人がディルールの所でうろちょろして、妊婦さんのお腹を触ったことがあって、妊婦さんから苦情がきて、昼間の面会時間でも警備はちゃんとつけることになりました。防犯カメラも役に立ちました。

それから、お母さんが子供を連れてくることが多いから、こどもの事故、ドアにはさまれるとか転ぶことがあるので、気を払っています。今は、なるべく診察中は子供をこちらに預けるようにしてもらっています。キッズランドは子供の安全のためです。保母さんに委託会社からきてもらっています。感染予防のために子供は連れてこないよという掲示は、大きくは書いてないのですがあります。

(4) 誤薬防止対策

調査員：産婦人科領域の注射で、メテナリンとウテメリンのような、名前の間違いやすい薬剤やアンプルの形が似ているようなものへの対策はどのようにしていますか。看護部長：うちは、メテナリンではなくてエルゴメトリンを使っています。

エルゴメトリンのアンプルとプロスモンのアンプルがそっくりです。お産の時

にエルゴメトリンを希釈して使うもので、プロスモンは子宮収縮が悪い場合 に使います。10人

1人ぐらいは使っていると思います。場所を変えて表示しています。エルゴメトリンはお産の前に準備しますが、プロスモンはそういうことは絶対ないので、だから、エルゴメトリンを入れるときには、間違いがないと思います。それをつめるときには、誰かと確認してやる癖をつけています。

フォリルモンの75mgと150mgが、色とかが凄く似ているんです。そういう、似たものが多いということを自覚しています。もちろん、やる時に自分が確認し、他者にみてもらってカルテと確認してやっていますが、それでも間違うことがあるとスタッフに言っています。だから皆アンプルと取るときに用心しています。色だけ違っても、ラインがそっくりだったりするものもあります。同じ薬であっても75mgと150mgがあるので計算を間違えることがあります。ですから、似たようなものがあるという自覚が必要です。なれてない人は、多分、簡単に間違えやすいです。うちも、ウテメリンを相当使っています。持続的にやっていますから。常に使用しているお薬の場所はほとんど変えません。そこにあるっていうことでね。

(5) マニュアル作成

調査員：看護職員の経験年数は高いのでしょうか。またローテーションはありますか。

看護部長：ベテランが多いかもしれません。学校を卒業したての人はほとんどいません。3ないし5年くらい経験してからうちに来て、産婦人科を経験しないで勤めても、慣れるまで一年近くかかります。

婦人科の手術も腹腔鏡でやっていますし、不妊治療もやっていますので、不妊症のための手術が結構複雑なので覚えるのは大変です、一つの科だと思えばそれまでですけどね。

外来業務から病棟業務、アメニティのチェックや、母親学級をやったりとか、覚えることは結構多いです。去年くらいに県からのマニュアルを病院に合うように作り変えました。産婦人科独特というより、一般的でどの科にも通用するものだったので。

うちは誘発分娩する際、患者さんの同意書、承諾書を今は頂いてないのです。そのままやっているものですから、数もものすごく多い。いまさらっていうのもあるけど、でもこの世の中だから、そのくらいはとっておかなきゃいけない。もし事故が起こった場合に、無いということになると、印象悪くなると思います。今までこの件に関して問題が起こったことはありません。誘発分娩とか、無痛分娩とか、話をきいていなかったとか、何かあった時にいわれちゃいますよね。忙しいものですからなかなかつくれなくています。

看護科の方で、主任会10名くらいでマニュアルを作るとか、普段の仕事で困ることとか、器械操作とか、AIH(配偶者間人工授精)の基準だとかを考えています。医療事故の話の聞くと、やっぱりどこにでも、うちでも転がっています、もともになるものがね。注射にしてもね、赤ちゃんのことにしてもね。

(6) 感染対策

看護部長：赤ちゃんの院内感染対策にも取り組んでいます。たまに赤ちゃんが熱をだす不明熱みたいなものがありまして、一度、全部の菌の検査をしました。看護室の机の上と看護

師も鼻とか口とか、クベースやウォーマーの下とか一応全部調べました。結果は何もでませんでした。ウォーマーの下のマットを変え、ウェルパスをおき、面会の方々に手洗いとウェルパスで消毒してから部屋に入ってもらい、二日目から赤ちゃんを部屋から出すことにしてから、熱を出す子が少なくなりました。最近、ちょっと楽観できるようになりましたが、原因を調べるのは大変です。お金もかかります。いつもやっている定例会で感染のこともやっているのです。その時、赤ちゃんの熱など、気になることをちょこちょこ出すことは大事なことですよね。そこで、院長が職員の鼻とか耳とかの感染を調べてみようよってということになったんです。毎日忙しく働いていますから、県の指導があることも大事かもしれない。基準的なものがあれば無理でもいれますから。

調査員： 院内感染に関して職員の教育や勉強会はどのようにやっていますか。

看護部長：うちの病院には看護助手が現在13人います。看護婦の1/4くらいいます。助手もミルクをつくったり、掃除をしたり、ベッドメイキングをやります。クスコなどの医療機器を洗って超音波洗浄にかけたり、ゴミを出したりしますので、針刺しなど、注意しなければならないことがあります教育が必要です。また、ガス滅菌とか加熱滅菌とかオートクレーブとか、全部やってもらっているのがガスの取り扱いとかの講習や試験を受けてもらうなども必要です。今回、助手のほうから教育して欲しいと希望もあり、基礎的なことを教える機会を設けました。休みの人も皆出席するようにして、全員が教育を受けられるようにします。

調査員： 定例会の長は院長ですか。

看護部長：院長、副院長の医師2名、事務職が資料を作って議題をだし、7時から10時くらいまでやっています。感染に関するマニュアル本の採用を検討したり、防災訓練を年に2回実施するので、その計画など検討しています。

(7) チームワーク

調査員： 各部門との連携がうまくいっている印象を受けましたが。

看護部長：忙しい病院ですから、小さいからそんな部門的なつながりで大きな問題はないですね。女性が多い職場ですから、結構みんな仲がいい。処置がいつべんに重なることがあり、凄く忙しい。いろいろな手術を入れてスケジュールが回らなくて、外来がある、病棟はお産があるけど、医療器機の準備も大変ですが、うまくガス滅菌などして患者さんの希望に応じています。

調査員： 危険がいっぱい転がってはいるといことで、看護師長の苦労されているところはどんなところでしょうか。

看護部長：私があんまりあわてないからいいのでしょうか、順番でやっていくしかないと思っています。

いつべんに一緒のことはやれないから、順番にやっていかなければ。産科は緊急にやらなければいけないことが多いので、緊急に対応できる人じゃないと産科の看護師としてやっていけない。そういう訓練を、うちの人はものすごくしているつもりでいます。うちは、助産婦が少なくて4、5人です。年間1000以上1300、1400くらい分娩していますから、毎日、お産があります。だから、それは看護師が見てくれている。看護師と助産師を一緒につけています。

あと、朝礼をやっています。例えば、今日はクリハラさんが三人いるから間違えないように

してくださいとか、間違いに関することを一週間に 2.3 回はいいます。例えば塩化カルシウムと塩化カリウムを間違えてしまった話を知っているか話します。うちも塩カリを使っていますから。そういう間違いがあった場合は必ず話をしますね。今日も一日間違わないように気をつけましょうね。そういう感じです。注意したことが浸透するのは難しいが、小さな規模ですし、信頼感もあると思います。看護師同士のつながりいいのです。福利厚生に院長も気を配ってくれます。そういう人と人とのつながりは、安全とか感染とかということにみんな繋がっています。チームワーク的なものとなって。

3.安全体制作りに必要な要素

1)チームワークと教育

調査員： 今までの話にもありましたが、改めて安全体制づくりに必要な要素をどのようにお考えでしょうか。

看護部長：安全対策づくりには、チームワークと教育ですよ。

気づかなければいけないし、予防もしなきゃいけない。あとはうまくいけばいい案が出てきます。皆がやろうと思わないとしょうがない。院長は患者さんの接遇に関して厳しいですよ。言葉使いとか凄いな神経を使っています。研修時は随分フォローもしていただいて、電話対応ではテープで録音して注意をすることがあればその人を呼んでということも一時はやっていました。事務関係の人の髪型や、表情のこととかも皆一人一人言うてくださるのです。看護師や医師の態度とか患者さんとお話するしぐさとかを全部チェックされますね。医師の教育もしなきゃいけないと院長と話あったくらいでした。

調査員：安全対策に必要な要素として接遇に力をいれていらっしゃるようですが、他にどのようなことに取り組んでいるのでしょうか。

院長：年々、安全に関するお金はかかりますが必要と思います。

感染に関しては、消毒にはかなりお金にはかけているつもりです。どのくらいのお金がかかっているかは、ちょっと目に見えないです。私立の病院では、安全に関してのお金は返ってきません。資源の問題もありますが、不潔なものは捨てるようにしています。感染を予防するには、どうしたらよいか考えているんですけど、職員も服装からきちっとしてないと不潔になりがちなので、服装には気を使っているのですが、なかなか徹底しないところがありますね。どこかでけじめをつけてピシッとやらなくちゃならないと思っています。医療費は下がる、安全に金がかかるで、経理からは、安全とか接遇は利益にならないから削るといわれます。患者は増えているが利益は減っているため、経理との戦いがちょっと大変です。一度事故が起きて、お金がかかったという事実でもあれば、事故がおきるとこんなにお金がかかるよということで、安全面の予防対策をきちんとしましょうとなっていくんですけど。事故がないからいいだろうと、ずうっと流れていくと、ちょっと怖いな思っているのです。今までやってきて大丈夫だったからという意識は、危険だとも思うのです。

各部署の長に言っているのですけれど、やっぱり格差があります。私の言っていることをきちんとやってくれるところはやってくれるのですが、なかなか動かない、旧来の方法でいいという部署もあるのです。食事に関しては、私が口すっぱく言っているけど、衛生に気をつけなさいとか、事故の無いように管理しなさいとか、そういうことで厨房はきちっとチェックできるようになりました。それでも、この地域には虫が多いので、小さな虫が食

事にはいついたとか、野菜に入っていたとか、味噌汁に入っていたとかがよくあるのです。そうなると、やっぱり厨房はたいへんだということで、必ずチェックして、今度の対策はこうしていますと報告があつて、そんなことをなるべく少なくしている。温かくて、おいしく食べさせるのと衛生面は相反することがあるのですよ。食中毒の問題もそうですけど。

病院全体のことで、お産だけではないですから、その管理が難しいと思いますけれど体制づくりをちゃんとしていかななくてはいけない。

調査員：説明と同意というようなところも今後必要な体制になると思いますが。

院長：説明と同意に関しては、紙に書いて説明はしているのですけど。マニュアル的なものできちとした一定のことが決まっていなため、どんどん新しいこと新しいことをやっていくのですから、マニュアルづくりがついていけないという現状です。早くそういう体制をつくっていかねばと思っています。

腹腔鏡手術もかなり医療事故でいわれているのですね。うちももう腹腔鏡手術をはじめから7.8年になりまして、年間で70か80例行っています。大きな事故は無かったし、説明はしているのですけど。最近はかなりきちんとした説明をしないと納得を得られないというところがあります。患者さんもいろいろ敏感になっていますから。

調査員：私どもの病院でも立ち入り調査があつたときに腹腔鏡に対する説明とそれに対する患者の反応はどこに書いてあるか結構質問されていたようです。

先ほど看護師長さんのお話で、すごく高度なことをされており、不妊治療では倫理の問題などもからんで、そういった意味での説明も凄くデリケートな印象をうけましたが。

院長：特殊なことをやっているのはDNA鑑定もやっていますから、倫理面はかなり注意しています。職員にもかなり注意していますが、秘密という部分があるから徹底されないといけません。それを含めて地域性があるものですから、やっぱり漏れちゃったりすることがあるのです。患者のセキュリティみたいなものをきちんとしていかなければいけないと思っています。

調査員：今日は本当に長い時間ありがとうございました。

F 病院

1. 医療安全に関する組織

1) 体制

- ・医療安全管理システムの一番上の組織に、医療事故防止対策委員会がある。
- ・その下部組織として、GRM (General Risk Manager) を室長とする医療安全管理室と医療事故対策部門を担当する事故調査部会と紛争対応部会がある。
- ・医療安全管理室には、医療事故防止部門を担当する医療安全管理委員会があり、安全推進部会 (PS部会) と評価改善部会 (QC部会) からなる。
- ・その下部組織に部署別リスクマネジメントリーダー会議があり、部署別全職員につながる。
- ・事故調査部会には、紛争対応部会がある。また、医療安全管理室や医療安全管理委員会

- や部署別リスクマネジメントリーダー会議とも連携している。
- ・安全管理の一環としてのメンタルヘルス委員会がある。

2) 構成メンバー

- ・医療事故防止対策委員会のメンバーは、委員長が院長、副委員長が副院長でG R M兼務、委員が副院長・事務長・看護部長・P S 部会長・Q C 部会長など若干名、幹事が総務課長である。
- ・医療安全管理室は、室長がG R M、副室長を看護部の安全管理担当の看護師長が兼務、室員として総務課安全管理係長一名と、専従の事務員が1名いる。
- ・医療安全管理委員会は部会長がG R M、副部会長が看護副部長、部会員若干名である。

3) 活動内容

- ・医療安全管理委員会はインシデント・レポートの整理・解析、Q C 部会への情報提供、Q S 部会と連携した防止対策、教育研修を行う。
- ・P S 部会はインシデントレポートを整理・分析する。
- ・Q C 部会はP S 部会・事故調査部会の情報の評価・分析と、防止対策のフィードバックを行う。

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（重点取り組み事項とその背景）

①医療安全管理室の充実、データの集積と解析

調査員：安全管理に対する取り組みの経過についてお話をお願いいたします。

院長：今までの医療事故防止対策委員会というのは、約30年前に発足しました。

1990年頃から、いわゆるヒヤリハットメモの使用を開始しました。

1998年にリスク・マネージャー・プロジェクトを発足させ、そこで、マネジメント・リーダーを各部署・各病棟あるいは各職種に置きました。看護部では、リスク・マネジメントのリーダーとして各病棟にリーダーを置き、そのリーダー部会議が始めたわけです。

2001年には医療事故防止マニュアルを作成しました。

2002年に今までリスク・マネジメントと呼んでいたものを、医療安全管理委員会に改称しました。看護部の今までのインシデント・レポートの様式も改訂しています。

2003年には医療安全管理システムの改訂をしました。

調査員：医療安全管理室の副室長は看護師長ということでしたが、兼任ですか。

院長：この師長は看護部に所属しています。看護部には看護部長と副部長が二人いて、それ以外に、看護師長がいて、その看護師長のひとつの役目が安全管理室です。この人が教育もしています。看護副部長は、P SにもQ Cにも入っています。事故調査部会には看護部長が入っています。

総務課の係長は兼務で、書記的な役割です。インシデント・アクシデントを集め

てある程度分析までしています。

委員会は月だいたい1回開催します。安全推進部会と評価改善部会は構成メンバーがちょっと違います。安全管理委員会には、全職種入っています。

調査員：リスクマネージャーはチーム分けされていますね。

院長：医師部門だけのゼネラルリスクマネージャー、それから副のマネージャーが二人、内科系と外科系、それから各診療科から、サブマネージャーがいてさらにリーダーがいます。医師だけでなく放射線の技師、検査の技師長、薬剤も入ります。看護部門は各病棟にリーダーがいます。

調査員：メンタルヘルス委員会はどのような機能をしていますか。

院長：安全管理に関するもののひとつとして、メンタルヘルス委員会を作りました。これは、いわゆる一般的なストレス障害以外に、特に医療事故の当事者を対象にした、メンタルヘルスケアをする部門として作りました。委員長は、健診部の部長です。その委員としては精神科の医師、委員長が健診部の部長、事務の副部長、循環器のドクター、心療内科のドクター、検査の技師長、栄養科の管理栄養士、看護師長、看護係長、事務員という構成です。大きな事故が起こっていませんので、実際、まだ、これは動いたことはありません。

医療安全管理室は、客観的事象として、メンタルヘルス委員会にコンサルトすることになります。

②安全推進部会でインシデント・アクシデントレポートの集積と同一事例に対する部門間の認識の違いを分析。評価改善部会で評価とフィードバック。共通の課題として安全推進に努める。

副室長：看護部門では、検査部門・栄養部門・医師などとのいろいろな問題が看護部のインシデントに混じってでてくることが多々あります。コミュニケーション不足であったりとか、連絡が悪かったりとか、いろいろな部門との調整の必要が見えてくるので、そういうことは、安全管理委員会に出して、トータルな問題として考えていただきます。

調査員：医療安全管理委員会は、PS部会と連携して、事故調査部会の評価を分析して対策を立てる。インシデント・アクシデントの防止対策を現場にフィードバックする役割ですね。

院長：実際は、原因分析を組織立てて出来ないのが現状です。各部署ではやっていますが、お互いに全体をまとめて系統的に分析することはこれからの段階です。もちろん、インシデント・アクシデントのレポート用紙は昔からありますが、そういうインシデント・アクシデントの報告を進めているという段階で、原因の解析をして分析をしてというのはなかなか難しいです。各病棟あるいは薬剤部では個別にやっています。病院全体としてそれを解析するシステムというのはまだこれから作りつつあるという感じです。

対策に関しては、薬剤部や診療部、看護部などの部署別ほうが機能している状況といえるかもわかりません。