

厚生労働科学研究費補助金

医療技術評価研究事業

医療機関における安全管理システム開発におけるリスク
マップの構築およびリスクマネージャーの有用性に関する研究

16年度 総括研究報告書

主任研究者 坂本 すが

平成17(2005)年3月

厚生労働科学研究費補助金(医療技術評価研究事業)

総括研究報告書

医療機関における安全管理システム開発におけるリスクマップの構築および
リスクマネージャーの有用性に関する研究

主任研究者 坂本 すが NTT東日本関東病院 看護部長

【目的】平成14年10月医療安全対策の医療法施行規則の改正により、各医療機関で安全管理体制やインシデント報告にみられる職員の意識づけと情報の蓄積がなされている。その情報は短時間で処理され、「知識化」し、使える形式で組織に伝達されなければ効果は減弱してしまう。しかし、大半はインシデントの量的分析に追われ、原因分析が不明確なまま限られた対策に終始しているのが実情である。その原因は簡便で効果的な分析ツールの不足である。そこで、情報を活用し、知識化や行動システム構築を可能にする分析方法の開発が必要である。そこで今回の研究目的は次の3点である。

- ① 組織におけるリスクマップの作成による危険領域の特定と重点項目の選別性の高い分析ツールの開発
- ② 業務フローにおけるリスク発生要因のマップを用いた安全管理体制の構築とその有用性の検討
- ③ 安全管理対策活動の中心組織(委員会、リスク担当職員)の活動モデルと運用システムの提示。

【方法】分析モデル構築のために、以下のステップで分析ツールの開発を行った。

(1)業務フローの確認と各プロセスで起きているインシデントの種類、量の集計 (2)詳細な聞き取り調査の様式・書式の作成 (3)分析マトリックスの作成 (4)決められた業務マニュアル(ルール)と実行上の差異、その原因 (5)業務上のクリティカルポイントの明確化、以上のステップを、与薬・注射業務(医療者主導型)と、転倒・転落事故(患者主導型)分析に適用し、分析モデルの開発を行った。

【結果】1)与薬・注射のフロー(指示発生から患者への実施確認まで)に行う行為と安全管理上のチェックポイントについて、時期・人、物品、確認作業を確認しフローチャートで図式化した。次に、40例のインシデント報告に適用し、リスク発生箇所と関連要因を特定した。さらに、リスクマネージャーによるフリートーキングで実態を確認した。その結果、与薬業務には、薬の種類、処方方法、途中の指示変更によって、業務フローに流入・流出する多くのフローラインと分岐点があり、標準化した既存のルールやチェックではカバーしきれない多くの例外が存在していた。また、インシデントが発生する毎に、ミス回避するルールの追加やチェック体制が強化されていた。しかし、チェックポイントの増加は業務の硬直化と職員の負担感を増し、チェックの形骸化も生じさせていた。原因としては、マニュアルやチェック体制が、与薬、注射といった業務単位で設定されており、単独では問題がなくても、多くの業務が同時並行している実際活動ではフローを妨げる要因となっていることが示唆された。

2)転倒転落では、インシデントレポートに基づいて392例の量的分析を行い、発生時間、場所に、リスク要因を特定したリスクマップを作成した。その結果、量的分析では事故発生の概要は把握できるものの、原因や発生要因を特定しての対策構築には至らないことがわかった。そこで、事故の当事者(患者・医療者)への詳細な聞き取りや、第三者の評価視点の提案、現地での再現検証による質的分析を加えることによって、報告書には表されていなかった真のリスク要因が明確になることが明らかにされた。

【結論】事故防止のためのインシデントの分析方法としては、量的な手法を用いた分析では、発生場所や時間、関連要因などの概要を示すリスクマップ作成には有用である。しかし、インシデント発生に潜在している真の原因や誘因を描き出すことはできない。そこで、補完する分析手法として、量的な分析手法(当事者への聞き取り、第三者評価、現場での再現検証)など質的な分析手法を加えることで、効果的な予防法の検討が可能になる。また、業務フローの分析はステップのチェック機能の適切性を評価する基準となるが、事故防止のために、フローに新たなチェックやルールが付加され、業務を硬直化させる傾向にある。そこで、実施者の行動とのマッチングや実施者自身の効力感、現場での実施の実態をありのままに把握する必要がある。また、スタッフが現場検証などの質的な分析に参画することにより、リスク感性を高め、具体的な知識が獲得されることが示唆された。

1. 研究目的

1-1. 医療安全管理の3段階

私たちは、過去2年間の研究で医療業務のプロセスを視覚化する研究を行ってきた。平成14年度「医療安全に資する標準化に関する研究」においては、マニュアル開発を通して各施設での実施されている医療業務の実態を明らかにした。続いて、15年度「医療機関における安全管理体制の構築状況の実況の実態調査および普及に関する研究」においては、先駆的な取り組みをしている施設の安全管理体制を調査・分析し、安全管理対策を効果的に行うための運用モデルを明らかにした。これは、病院内のリスクを可視化することでもあった。

この研究において、私たちは患者安全体制の発展段階には3段階あることを明らかにした。

表1 医療安全管理の3段階

第1段階：安全管理体制が整備されていない段階

インシデント・レポート：大きな事故が起きたときに提出される

指示の出され方：特に定まっていない

標準化：特に定まっていない

評価指標：特に定まっていない

第2段階：医療安全対策部門が中心になり体制が整備された段階

インシデント・レポート：日常的に提出される

指示の出され方：トップダウン

標準化：全病棟に共通

評価指標：実施に対して

第3段階：各部門で自律し、かつ協働し

て医療安全活動を行う段階

インシデント・レポート：日常的に提出される

指示の出され方：トップダウン+ボトムアップ

標準化：病棟毎の特性も加えた

評価指標：成果に対して

*15年度「医療機関における安全管理体制の構築状況の実況の実態調査および普及に関する研究」p13より一部修正のうえ再掲

第2段階は、病院全体（マクロ）で共通に取り組み、情報（インシデントレポート）が集まり始める段階である。看護部だけではなく医師からもレポートが提出されるようになる。院内の共通対策マニュアルと部門のマニュアルが混在し、リスクマネジメントを実行する力が不足している。しかしその中でも「第3段階」と名付けた、部門内もしくは関連部門による小グループ活動やワーキンググループによる活動（ミクロ）を基にした各部門で自律し、かつ協働して医療安全活動を行われていた。自律協同型のリスクマネジメントを芽が見えた。

ある病院では、インシデントレポートが大量に報告されるため、何から手をつけて良いかがわからない。そのために、緊急度や患者実害に応じて、3段階から7段階のレベルにわけてレベルの高いものだけ対策を立てるということを行っている。一方、レベルの小さなヒヤリハットでも背景には大きな要因があり（ハインリッヒの法則）数量的な分析をベースにしつつ、現状を把握するためにインシデントレポートの「場所」に注目した。与薬を取り上げても患者の飲み間違いという単純な行為だけではなく、事

故が起きるまでの背景を浮かび上がらせる。

今回の研究では、自律協働型のリスクマネジメントシステムの活動を支援する道具を標準モデル化し提示する。安全管理体制の第3段階では、インシデントレポートを基にした分析・対策を講じる小グループ活動をしている。しかし大半は、インシデントレポートの数量的分析に迫られている。そのため、原因が不明確な状況の中で、限られた対策を講じているのが実情である。その理由として、分析の道具がないために、観念的な分析にとどまる。いくつかの手法があるが、まずは現場の実情をみることにした。医療者要因と患者要因が大きく作用すると考え、注射・与薬関連と転倒に分けて分析を行うこととした。

1-2. インシデント発生プロセスを可視化する

1-1. で述べたように、分析と対策を多くの施設で既に行っている。減少したインシデントは、効果的な道具が入った場合（例えば、リストバンドによる患者間違い）に多く見られる。一方で、減らないインシデントや同じことを繰り返している。従来の数量的な分析では見えない原因・要因が存在すると思われる。また分析モデルを標準化するポイントがはずれていたり、そのプロセスが複雑すぎるために負荷がかかりすぎる。かえって同時に行う仕事量が増加して、それぞれの業務に注意が行かない。

複数の業務が走っているのが病棟の実態だが、用意されているのは、複数の業務を同時に行っていることを考慮していない個別・単独の業務マニュアルはある。マニュアルや張り紙、管理体制も作っているがなかなか減らない。

その原因・要因を探るために効果的な分

析モデルを提示する。また、8施設で芽生えている自律協働的な仕組みをどこでも実現できるモデルを提示する。

その特徴は、2つある

目的1. 簡便で効果的な予防対策を講じるためのモデル

目的2. 各部署で分析対策ができるモデル

分析モデルを構築するために、以下の作業を行った。

(1) 詳細聞き取り様式 書式の作成

(2) マトリックスの作成

(3) フローの各プロセスで起きているインシデントの種類と数の集計

(4) ルールと実態の差異を見つける

(5) クリティカルポイントを明確にする

2. 研究方法

2-1. データの収集と分析フロー

本調査では、インシデントのうち従来の数量的分析で発生件数の多い注射・与薬関連と転倒・転落の2つに焦点を絞った。それぞれのインシデントの特性に合わせて分析方法を用意した。

2-1-1. 与薬関連の業務フロー（リスクマップの作成）

第一段階：業務フローの確認

自施設のインシデントレポートに含まれる業務フローのチェックリストからインシデントが起こりやすい業務を特定しようと試みた。

標準的な業務フローでは表せない例外的な業務フローが多くあり、例えば、薬の指

示には、2つの指示の仕方（院内処方と持参薬）があり、それぞれ指示の仕方が違う。しかし、それに対する標準化したマニュアルがあっても業務フローを全てカバーしていないため、その空白を埋めるためにスタッフ毎に答えが違っていた。

第二段階：聞き取り調査による業務フローの作成

実際に病棟へ出向き、薬の配置や使われた方を病棟スタッフに確認した。

（1）注射に関する指示から実施までの業務のフロー作成

（2）内服薬に関する指示から実施までの業務のフロー作成

第三段階：詳細状況記載様式の作成

インシデントレポートの提出者に記入をしてもらった。

時系列で当事者、関連者、何を行ったかを記入する書式を作成した。このような書式を作成した理由は、インシデント発生に影響する因子を探るためである。この書式には、経験度・物的な環境・繁忙度・心理状態を記入できるようにした。従来のチェックリスト式や記述式（4Mで分析）の書式、また同一の用紙に対策も記入する書式では掴みきれない関係者と当事者の行動、当事者の思考（思いこみ）、関連要因を把握する。

第四段階：マトリックスの作成

第三段階で作成した詳細状況記載様式から40例を抜き出し、縦軸に事例、横軸に業務フローの各作業ステップというマトリックスを作成した。

第五段階：現場でインシデントの詳細な聞き取り調査

詳細記入用紙とマトリックス、業務フロ

ーで各作業ステップの関連性を視覚化して、部署のRMに聞き取りを行った。

第六段階：RM ディスカッションと医師への聞き取り

スタッフ一人ひとりが記入するインシデントレポートには表されていない病棟の実態を調べるため、各病棟のRMに第一段階から第五段階で作成した資料を提示して、自部署の実態をフリートークしてもらいデジタルレコーダーに収録した。

日にちを変えて、当日勤務しているRMを対象に、90分のディスカッションを3回行った。

第七段階：リスクマップを作成

業務フロー（第二段階で作成）にマトリックス（第四段階で作成）の各ステップの番号をプロットしてインシデントの発生数が多いステップを明確にした。

第八段階：他施設で有効性の確認する聞き取り

第一段階から第七段階までの各ステップで作られた書式と活動を伝えて、その有効性を検証した。以下の2点に絞り、聞き取りを行った。

（1）業務フローやリスクマップを作り可視化することの有効性

（2）各施設間での業務フローを比較

（添付資料） 図1 与薬業務フローの調査方法

2-1-2. 転倒・転落の業務フローインシデントの分析（リスクマップの作成）

第一段階：インシデント報告の量的分析

5ヶ月間のインシデントレポート 392例を、

エクセル統計を用いて全数分析による実態把握を行った。

第二段階: インシデント報告、看護記録による詳細な情報分析

第一段階の情報不足を補完するため、詳細な記載がある報告書 28 例に看護記録を補完することにより、転倒時の状況や患者要因から、転倒の原因を考察した。

第三段階: 事例分析

第二段階の分析結果を踏まえ、転倒・転落の要因を明らかにするために、転倒者本人が体験した事故当時の状況、原因などの詳細な聞き取り調査を実施した。また、事故報告者や分析した RM 本人に加え、第三者に状況を明らかにするための質問(視点)を提供してもらい、多角的な分析を行った。その中から、患者と同じ体験からリスク要因を確認するために、実際の現場で再現検証を行った。

(添付資料) 図2 転倒・転落に関する業務フローの調査方法

2-2. 分析方法

2-2-1. 会話分析

研究班のミーティングや RM ディスカッション、他施設での聞き取りをテキスト化した。そこから分析概念を作り出した。

3. 結果

3-1. 与薬関連の業務フロー分析

3-1-1. 与薬業務フローの各プロセスのリスク要因明確化

収集された 40 事例のインシデントの状況を、

さらに具体的に確認するため「インシデント詳細状況記載用紙」のフォーマットを作成し、当事者に記載してもらった。その用紙をもとに当事者に聞き取り調査を行い、リスク要因を明確化した。これらのリスク要因が、業務プロセスのどの部分であるのかを整理するために、マトリックスにまとめた。(業務プロセス別リスク要因 注射と内服薬 参照)

さらにマトリックスに整理されたリスク要因を、注射と内服薬のフローにプロットして、プロセスのどの段階に集中しているかをみた。その結果、以下の段階にリスク要因が集中していることがわかった。

- ① 医師がオーダーする段階
- ② 看護師による指示確認をする段階
- ③ 実施のための準備と患者に実施をする段階

そして、プロセスの主なリスク要因について、各事例の具体的な状況を明確にした。

①医師のオーダー段階における主なリスク要因

医師がオーダーする段階における主なリスク要因は次の3点である。

1. 指示の意図がわかりにくい
2. 指示のタイミング
3. 口頭指示

医師のオーダーは、定時のものは指示書記載や電子カルテオーダー入力によって行なわれる。しかし、指示の意図がわかりにくいためにインシデントにつながった事例があった。

医師のオーダー段階におけるリスク要因は、指示を出すタイミングと伝達方法が影響している。指示を出すタイミングとして、臨時指示や変更・中止の場合など急に発生する場合は、その内容が不明確であったり、紛らわしい場合がインシデントにつながっていた。伝

達方法としては、口頭指示が一番多くインシデントに影響していた。

今回、病棟のリスクマネージャーの看護師数人にフリーディスカッション形式でインシデントの発生状況や影響する要因などについて話してもらったが、その中でもやはり医師のオーダーに関することへの問題意識が高かった。医師が指示を出すタイミングとしては、日勤よりも準夜帯が多く、勤務人数が少ない中での指示受けはインシデントにつながりやすいという危惧を感じていた。医師としても外来診療や手術などの日中の業務が終了してから病棟患者の指示を出すので、どうしても準夜帯にならざるを得ない。特に臨時指示や変更・中止などの場合は、伝達内容が複雑であったり、複数患者を受ける場合は看護師側の負担も大きい。伝達方法として、臨時指示の場合は指示書を看護師に手渡ししながら説明するという院内ルールがあるのだが、遵守している医師は非常に少ない。この点について、医師への聞き取り調査も行なった。医師のほとんどが指示書を手渡ししていない理由として、電子カルテ入力後に印刷された臨時指示書を取りに行く手間が惜しいことと、電話や直接対面しての口頭指示で十分との認識であった。

②看護師の指示確認行為段階における主なリスク要因

看護師の指示確認行為段階における主なリスク要因は、次の4点である。

1. ダブルチェック 二人でのダブルチェック後にミスが起きている
2. 複数の指示を受けたときの処理 指示の変更があったときにスケールの変更にとらわれて指示書を最後まで確認しなかった。
3. 伝達ミス 血糖降下剤
4. 指示書で薬品名を確認しなかった

看護師は、定時指示の場合は、指示書や

オーダー画面で確認する。臨時指示や変更・中止の場合は、オーダー画面や臨時指示書・口頭で確認する。その際、指示書を見ている、薬品名や時間を見落とししたり、複数の規格で指示されている薬剤の一方を重複と自己判断したり、インスリンと血糖降下剤の重複指示に疑問をもてなかつたりすることがある。

③実施のための準備をする段階

実施のための準備をする段階における主なリスク要因は、次の5点である。

1. 交代時に他の看護師へ依頼することを怠れた
2. 使ってはいけない薬を伝達しなかった
3. 他の患者の点滴と間違える
4. 薬の置き場所を間違える
5. 薬の詰め間違い

3) 患者への実施段階における主なリスク要因

患者に与薬を実施するときは、指示書と患者のリストバンドと薬剤を照合することになっているが、指示書を持たずに患者に与薬したり、リストバンド照合をしなかったために患者間違いを起している。注射関係では、点滴の管理において、滴下数の調整やルートの確認不足（血液逆流による閉塞）などの要因がある。

内服薬に関しては、患者が内服したかの確認不足がある。睡眠剤を患者のテーブルに配薬して、深夜の巡視時にまだ患者が服用していなかったが、いつも1時ころに内服する方だからと思いそのままにしておいたら、患者が朝の6時すぎに飲んだというインシデントがあった。この病棟のルールは、0時の時点で患者が睡眠剤を内服していなかったら、一旦回収することになっていたが、それを守っていなかった。その他の内服薬関係では、

配薬ボックスからの渡し忘れが多かった。

3-1-3. 伝達に介在する人との関連

与薬業務フローのプロセスにおいて、人と人との情報伝達にリスク要因が多かった。医師間の伝達、医師から看護師への伝達、看護師間の伝達（処置の依頼忘れや確認不足など）などの場面においてインシデントが発生している。

3-1-4. 伝達方法（メディア）との関連

臨床における伝達の方法には、口頭・指示書・電子カルテ画面などがある。

状況に応じてこれらの方法を使い分けることが必要であるが、一般的に口頭での伝達が高リスク要因となることが多い。今回聞き取り調査を行なった某施設では、医師から電話がかかってきた場合は、カルテを手元において、記述しながら指示を受けることをルール化していた。伝達内容と責任を明確にする方法として効果的とのことであった。

指示書による伝達については、指示を出す側の内容と確認する側（看護師）の正確性が問題となる。複雑でわかりにくい指示の場合、受け手によって解釈が異なるおそれがある。一方、確認する側の問題として、見落としや見過ごしがある。電子カルテ画面はどの端末からでも確認可能だが、オーダー締め切り時間を過ぎての入力の場合は、翌日のワークシート（指示書）に反映されないため、医師は指示したつもりでも、看護師は把握できないというずれがインシデントにつながる場合がある。

3-2. 他施設での有効性を確認す

る聞き取り

1. 共通の施策

(1) 薬剤師が関与することのメリット

看護師の与薬業務におけるインシデントでは、フローの①医師の指示確認時、②実施準備時の確認、③実際の投与時の確認において間違いが多く発生していることがわかった。

このインシデント発生ポイントについては、2施設においては、内服フローにおける個別準備時の作業が薬剤師の役割となっており、薬剤師が医師の処方指示と実際の投与量・投与時間について専門家の視点で監査する体制となっていた。

今回、示したクリティカルポイントのうちの2つにおいて薬剤師が関与することで、誤薬のインシデント発生を防止する対策となっており、看護師が特に力を入れて予防対策を行うポイントが明確になっていた。

(B 病院では、③の実際の投与時の実施忘れが多かった)

(2) ポケット版のガイドブックの活用

1施設は誤薬による医療事故後の予防対策として、もう一つの施設はレポートを分析し得られた危険因子をもとに誤薬を防止するためのツールとして、ガイドブックを作成し、全職種・全職員が携帯し活用できるものであった。内容としては、院内職員が医療安全の観点で守らなければならないルールや知識を集約し、必要な時に、いつでも手元において、職員のガイドとなり、職種間の情報共有にも役立っていた。

1年ごとに更新されており、必要時は自分のメモも書き込みながら使用されていた。棚に置いてあるマニュアルでなく、実際、臨床で見てわかり、常に手元において、役に立つガイドがなければマニュアルとしての意味がないことが伺えた。

(3) ダブルチェックは視点を変えて実施

2人同時に確認する方式のダブルチェックは行わない。チェックは薬剤と患者と注射箋・処方箋の3つが確認できれば間違いは起こらないはずであるという考えである。B病院では、例えば、薬を投与したかではなく、実際に配薬BOXに薬が残っていないかをみる、あったら確認するという方法で、これを徹底していた。

薬剤と患者と注射箋・処方箋を同じ視点で同じことを何回確認しても意味がなく、薬剤と患者と注射箋・処方箋の3つを視点を変えてチェックすることが重要である。

(4) 予防対策組織と分析・対応組織の切り分け

事故やクレームに関する対応者と安全管理のための対策を検討し実施する人を別にしてきた。A病院では、医療安全のための予防対策を検討・実施する安全管理室と事故調査や事故後の対応やクレームに対応するよろず相談室に分かれていた。B病院では、委員会による活動で、MRM委員会が下部組織としてレポート部会をもち、インシデントへの対応や予防対策を検討していた。また、CS・ES委員会がクレーム対応を担当していた。

医療安全管理体制においては、医療安全のための予防施策の部門と事故後対応の部門の切り分けが必要であり、切り分けることによって、予防対策の実施やスムーズな事故後対応が可能である。

2. 施設間の違い

A病院における独自の取り組み

(1) 自己管理の内服査定の実施

自己管理患者の入院時に、患者が服薬の自己管理できるかのアセスメントを行っている。各部署で作成した査定基準が集約

されていた。

また、自己管理薬品に関連しては、地域支援病院で、開業医からの紹介患者においては、持参薬がジェネリック薬品のことが多く問題とあがっていた。そのため、薬剤部が入院時から介入することで解決が得られていた。

(2) 注射専門看護師（センターナース）の活用

A病院では、注射専門の看護師がいて、注射が多い病棟など決められた病棟の定時の注射を実施していた。その看護師は注射箋とともにセット化されてある薬剤を確認し準備し実施していた。この際も、「思い込み確認不足マニュアル」が作成されており、それにそって実施することがルール化されていた。

中止・変更については、病棟の看護師が指示を受け、責任をもって薬剤の整理をし、一方、注射専門看護師はそこに置いてあるものを指示にそって実施する役割をもっていた。薬品のセットする人と混注から実施までの担当者が違うわけであるが、それぞれの役割が明確にされており、責任をもって自分の役割を果たすことで事故防止にあっていた。注射専門看護師は注射業務に専念することで、ナースコールや検査だしなどの他の業務に忙殺されず、注射の誤薬防止対策として有効であると思われた。

全病棟で実施されているわけではないが、忙しい病棟や業務量に応じて、必要なところにはマンパワーを厚くして対応することが、誤薬の事故防止対策として効果的である。

(3) 専任リスクマネージャーの配置

A病院は医療安全管理室が設置され、看護師である専任リスクマネージャーが配属されており、インシデントレポートの集計

や予防対策を行っていた。B 病院では、専任はなく、委員会のメンバーがレポートの分析を行っていた。

(4) TQM に基づく医療安全活動

B 病院は TQM を医療の質向上のための一つの手法として取り入れていた。取り組みの一つには、配薬のエラーが多い部署の要因分析からの与薬カードの導入、新人のインシデント発生の要因分析から看護体制の変更を行っていた。

2. フローの有効性の確認

施設間の比較ができる

(1) A 病院では、業務フローの中に注射専門看護師の業務が追加されるが、全体の流れとしては、作成したフローが使用できることがわかった。

(2) B 病院では、薬剤の関与がある部分がフローからは削除されたが、全体の流れはフローと一致していた。

3-3. 転倒・転落の業務フロー分析

第一段階の分析結果:

1) 分析結果から見た院内全体の転倒・転落事故の傾向

- ① 転倒発生の時間帯は昼間よりも夜間に多い
- ② 夜間より昼間の転倒が多い病棟は2箇所あるが、整形外科、脳神経系病棟であった。
- ③ 夜間転倒の5人に1人は催眠剤や鎮痛剤を服用しており、転倒リスクを増加させると考えられる。
- ④ 発生場所はベッドサイドが70%を占めており、ベッドからの上り下りや歩行開始、車椅子やトイレに座るなど、行動開始や動作中など、

体の移動に伴う転倒が多い。

- ⑤ ベッドサイドの転倒では、ふらつき、滑った、つまづきなど体のバランスの崩れを自覚していた。
- ⑥ 自助具、介助用品、点滴スタンド、車椅子などの物品に関連した転倒も多い。

2) 量的分析の長所と欠点(限界)

①発生時間、転倒場所、動作の種類、薬物の影響などのリスク発生の概要を把握し、全体的な危険因子を特定するためには有用である。

②継続的な分析を行えば、時間、場所、因子間の比較や発生原因の推移の評価に利用できる。

②発生件数が少ないと、重大な問題や因子が潜在している事故はでも軽視される可能性がある。

③個々の要因分析はできないので、事故防止策の検討には情報不足で役立たない。

第二段階の分析結果:

1) 分析結果から見た院内全体の転倒・転落事故の傾向

① 事故発生の傾向は第1段階の結果と同じであった

② 詳細に書かれたものは、機器(点滴、車椅子、歩行器など)9との関連や原因が明確な場合が多いなど、看護師の注意が向いているものが多い。

2) 詳細な記載による分析の長所と欠点

① 有害事象が発生しない、レベルの低い事故はほとんど原因が分析されていない

② 患者要因など、看護記録との付け合せが必要であるが、原因や状況が記載されていない場合が多く対策検討には役立たない。

第三段階の分析

1) 分析結果から見た転倒・転落事故の特徴

- ① トイレでの点滴スタンドが滑って転倒した事故では、シャワー室の床防水のため斜めになっており、スタンドが滑ってしまい転倒を引き起こす環境上の問題が明らかになった。
- ② スタッフコーナー前の転倒事故では、看護師に見られてしまったという患者の心理的負担が行動のあせりを生んで、足をもつれさせていた状況が明らかになった。
- ③ 大部屋での点滴患者の転倒では、輸液ポンプの重みに馴れた患者が、取り除かれたことを認識せずにスタンドを押してしまい、滑って転倒してしまったが、この事故から、看護師の配慮が患者に伝達されなければ事故に繋がるのが明らかになった。
- ④ 電気コードにつまづき滑って転倒した患者の事例では、病気の進行とともに日ごとに転倒リスクが高まっており、スリッパの材質やコードなどが転倒を誘発することが明らかになった。
- ⑤ 歩行器での転倒では、床の小段差が転倒の原因と考えられたが、不適切な体重のかけ方が歩行器のコントロールを不可能にし、さらに、看護師自身が正しい知識を持っていなかったことが明らかになった。

4. 考察

4-1-1. 与薬関連の業務フロー分析

(1) 対策を優先的に行う必要のある業務プロセスを焦点化

看護師の与薬業務におけるインシデント

では、フローの①医師の指示確認時、②実施準備時の確認、③実際の投与時の確認において間違いが多く発生していることがわかった。

他施設では、このインシデントの発生ポイント（クリティカルポイント）を何らかの形で回避するために他の職種（薬剤師）を導入して、専門家の視点で監査する体制となっていた。業務プロセスにおけるクリティカルなポイントを明らかにして、対策として、人・モノ・金をつぎ込む形が有効である。

その点において、注射専門看護師の導入は、専門的な役割を担った人が注射業務に専念することで、看護師の多重課題の問題への対策となっている。看護師要員と誤薬事故との関連性も言われており、忙しい病棟や業務量に応じて、必要なところにはマンパワーを厚くして対応することも、誤薬の事故防止には大事である。

(2) 平行して行った聞き取りから詳細に調査する必要のあるインシデントの篩い分け

今回、40のインシデントを分析した。レベルが低くつけられていたレポートの中には、分析の結果、重要度が高いものもあった。また、聞き取り調査からも重要度のレベルの篩い分けが必要であることが実証された。インシデントレベルが“0”で患者に実害が及ばなかったものでも、実害が及んだときには重大な結果を招くことがある。そのようなインシデントについては、早期に予防対策を行うことが必要である。インシデントレポートのレベル査定だけで判断すると、見逃してしまうことがあるため、分析の際に、レポートの篩い分けができるツールが必要である。また、レポートだけでは見えない関連要因を明確にするためには、当事者・関連した人への詳細な聞き取りが重要である。

(3)インデントを当事者に聞き取ることで、レポートには表れなかった関連した要素(当事者の行動とその要因)を表出した
当事者への聞き取りは、詳細状は況記載用紙を用いている。その中では、インシデントレポートには表れてこない、関係者の行動、部署内のローカルルール、多重課題などが見えてきた。

4-1-2. 転倒・転落の業務フロー分析

患者の転倒には、患者の身体状況のみならず、環境の危険因子、心理的負担、患者のリスクの認識、看護師の誤った器具使用の知識や指導不足など、真の原因や問題点があることが示唆された。さらに、病棟環境では、患者が治療しながら生活(行動)しているという視点が不足しており、トイレとシャワー室、カーテンとプライバシーなど、一つ一つの機能は考えられていれも、患者が行動する視点からは安全上に問題があることも明らかになった。その結果、転倒防止策を構築するインシデント分析の方法としては

(1)量的分析を行って、危険因子を特定したリスクマップを作成する

(2)事例分析(詳細な聞き取り分析、現地での再現検証)など、質的分析の双方が必要なことが明らかにされた。

5. 結論

5-1. 最小のコミュニケーション量で活動するシステム

自施設での4回にわたるディスカッションや2施設の聞き取りから、スタッフ間のコミュニケーション量を必要以上に多くしない仕組みが有効であることがわかった。例えば、与薬業務フローの中で薬剤の準備をするステップでは、患者名や薬剤名などを確認する。この際に、二人一組でダブルチェックを行うが、相手を信頼するが故に読み上げた内容を確認も

せずに了承してしまう傾向が見られる。

聞き取り調査施設(A 施設)では、時間や確認の方法を変えてシングルチェックを2回行うことで、ダブルチェックのデメリットを回避している。

5-2. 業務プロセス間の関連を可視化し共有する

インシデントレポートから業務フローやマトリックスを作成し、それを基にRMや当事者のディスカッションを行うことで、インシデントが発生に至るまでの各業務の関連が可視化され、共有される。

5-3. 誰が分析を行うのか

従来は、RMや部署の責任者に各部署からのインシデントレポートを集中して、分析と対策を立ててきた。そして、その結果を各部署に返すという仕組みをとっていた。今回の調査で明らかになったのは、インシデント発生時の当事者がRMや医師、同僚と一緒に事故当時の状況を再現(可視化)するで、活動を行為の連鎖としてとらえることが可能になり、それがインシデントの分析と対策を行う上で効果的であることがわかった。

B施設では、RMがインシデント発生から数日後、当事者が冷静になったときに「あなただったら、どうする」という問いかけを行い自身の仕事や組織の問題点に気づき改善を促す。この際に、可視化されたインシデント発生フローを指し示しながら、何を間違えたためにインシデントがおきたのか、業務全体との関連の中から発見することができる。

5-4. インシデントの3つの領域(ルール・認識・行動)における差異が浮かび上がる

従来のインデントレポートは、次の3点にそれぞれ注目していた。

- (1)インシデントを起こした当事者の認識

- (2) インシデントを起こした当事者の行動
- (3) インシデントに関連する業務のルール

今回の研究で明らかになったことは、この3つの領域の差異と関連性を明確にすることの必要性である。そして RM が当事者にインシデントの3つの領域(ルール・認識・行動)における差異を気づかせる活動が重要である。

5-5. 行動の可視化と改善のプロセス

Yrjö Engeström 氏は、Expansive Visibilization of Work の中で、活動の領域を3つの領域に区分した。

- (1) 直線的領域: マニュアルやルールで標準化された活動の領域
- (2) 社会空間的領域: ディスカッションや聞き取りなど人が介在する活動の領域
- (3) 発展的領域: (1)と(2)を基にして、新たな活動を生み出す領域

これらの3つの領域を常に行き来して、インシデントを可視化し共有することで、患者安全を実現していく。その際に、他部門や他職種の人々に関わるので共通言語(データとツール)が必要となる。その共通言語は、今回の研究で提示した業務フローやリスクマップである。

6. 聞き取り調査の内容

聞き取り調査の内容

2 施設のリスクマネージャーに対して

<目的>

院内における危険な地図を作成したい。入院中のけが、注射事故等に対する効果的な

予防策を打ち出したい。インシデントレポート、マップから分析や予防のためのツールを開発したい。こちらの病院での与薬のプロセスやRMとして防止対策など実施における予防の苦労や課題、当方の問題意識についての考えを聞く。

A 病院

18年1月から電子カルテ導入。オーダーリングはやっている

<薬剤師の関与>

調査員：お薬注射薬・内服薬が旅をすると考えて・・・

薬が薬剤部・薬局で準備、もしくは患者が持ち込んだものが体の中に正しくいくまでには、投薬されるまでのさまざまなプロセスがあって、医師が指示をだしてから患者のからだの中に行くまでの間のどこかで(指示だし、医師から看護師、看護師から看護師などの伝達) インシデントがおこっている。

RM：定時処方と臨時処方では違いますし、緊急もありますし、持参薬のあつかいもありますね。当病院は各病棟薬剤師がいて、病棟薬剤師がセット化に入ることになっています。セット化というのは、与薬車に一日分、病棟によっても期間が違うが、当日分だけでなく長いスパンでの処方もあり、薬剤師がセットしたもので、その与薬車の中に処方箋が入っているの、看護師は処方箋に従って確認し、受け持ち患者数分をクリアファイルに入れて持ち歩く。持ち歩くという点ではリスクの問題があります。

注射の緊急指示の場合は、薬剤師がいない時は看護師が指示書に従っていただけますけど。

緊急で注射オーダーがでた場合、指示

書を書き直したりで複数枚の薬の処方箋があり、折り曲げてクリアファイルに指示書がはいり、総量がわかるように工夫しています。

それと、これはまずいと思って運用を変えた点があるのですが、クラークが指示とりをして、個人請求伝票で薬品だけとりにいくものがあります。そうすると複数規格等がある場合、医師は総量のmgで指示をだすのですが、クラーク（病棟事務）はどれとどれを組み合わせていいかわからず、総量があるものを請求するので、指示と薬剤とが違って、個人請求伝票を廃止し、注射箋のコピー（薬剤部でコピー）とし、転記の作業をやめました。

看護師は頑張って、いろいろ仕事をひきうけてしまう。極力指示追加・臨時すべての指示がすべて入ってくるので、それぞれ専門が確実に仕切る、薬のことは薬剤部など、監査を入れるとか、

調査者：薬剤師がセッティングしてくれるようになったのは、

RM：病棟薬剤師が入ったのは3～4年前からで、時間がきまって、薬のセットをし、セット化と服薬指導のみ病棟にいるのが現状ですが、基本的には、病棟薬剤師は土日もローテーションを組んで、1週間分セットするようになっている。ほとんどの病棟が1週間分セットであるが、薬剤師がいなければナースがセットすることもあります。

指示がくるくる変わるときは指示書にもどって、看護師がやっている。全部に薬剤師がはいるのは難しいです。

<自己管理薬について>

一番多い病棟で、1病棟約60床である。その患者すべてに与薬するのではなく、その中で自己管理者ができる方

は自己管理しています。その中で、自己管理できる方がいますので、この基準に達したら、自己管理できますよと、内服査定（服薬を自己管理できるか）を入院時にしています。

今年度は全部の病棟の査定基準を集めました。書式がまちまちであったり、内容的にはずれたものはないけれど、こうして欲しいということは変更してもらい、差し替えをお願いしました。ただ、持参薬の問題があると思います。患者さんが当院に通常かかっている、薬がわかる場合はいいのですが、地域連携型の地域支援病院ですので、開業医からの持参薬が本当にわからないことがあります。

通常、治療・手術・検査とかに問題がない薬はそのまま内服させるのですが（リスクファクターから落とす）、ワーファリンなど重要な薬の問題があります。看護は一つひとつみて大変なので（すごい能力じゃないですか）、間違いもおこるし、丸ごと薬剤部にわたし、薬剤部で調べてもらうようにして協力していただいています。

注射にしても、内服にしても、最終実施者は看護になってしまいますので、看護がミスすると結局、患者さんに届いてしまうので、できるだけ、看護が最終実施する手前でディフェンス機能もたせられないかと思っています。

調査員：プロセスで言えば、どこら辺でディフェンスを張っているのですか

RM：薬剤師の監査がどこで入るかですね。タイムリーに。注射オーダーも疑義照会を積極的にかけてもらおうと。あいまいな指示だとあいまいなまま実施されてしまいますので、薬剤師の視点で薬剤師にオーダー出されたときに、まずここで、疑義照会をしてもらって

います。

<センターナースの活用>

調査員：患者ごとに薬剤が届く、セットされたものを看護師がつめたり、セットしたり・・・

RM：それがですね。当院独自だと思いますが、センターナースがいます。注射専門の看護師で、全部に注射をセンターの看護師がまわります。朝、定時に上がってきたものを決められた病棟で、専門で点滴詰めして、セットして実施をまわります。センターナースといっても、パートの方とかが多いので、定数ではなく、今は10人くらいいます。本当に多い職場、消化器内科とか、そういう特に多い科をまわっています。直接穿刺も実施まで行っています。

調査員：ここだけ機能別で、テクニシャンとして、他以外の看護師は本来業務に力がそそげるといえることですね。

RM：センターナースも時間的なものでまわっていくので、早い病棟とか遅い病棟もありますので、それにあわせて体制的に4月から早まって8時スタートにかえるようです。

調査員：2人でやるのでしょうか、指示簿と薬の確認はセンターナースがペアで。

RM：ペアとは限らないで、一人のときもあります。ダブルチェックも同時のダブルチェックではなく、注射バージョン「思いこみ確認不足マニュアル」というものが3回はありますので、それにそって動いています。内服も「思いこみ確認不足マニュアル」があって、それにしたがってやれば、間違わないようになっています。

調査員：業務フローから見ると、シングル

チェックだけど指示だしのところで適切な処方というところでガードとして疑義紹介をかけ、届いたものを正確にミキシングできるように、準備時はマニュアルで確認するという要素をいれ、センターナースは集中して作業をやることでナースコールとか検査だしなど他の業務に忙殺されないで、一人の人が混注から実施まで複数人がかかわらないことで安全性・業務の効率性が図られているということですね。

RM：人間的なもので全病棟ということができないので、体制的にそうならばもっと安全になるんでしょうけど、なかなか人員確保は看護も大変で、病院経営的なものもあるので、それでも多くしていただいているとは思っています。

調査員：全病棟が朝は忙しいので人員を増やしてというのは無理ですから、人の数が多く必要なところは一日の時間軸の中で業務量に応じて、そこをあつくということですね。

RM：朝は看護って、検温もして、検査だし、オペだしもあります、そこをあつくしてと。

センターナースは薬剤から上がってきた、注射の台車に注射箋ごとセット化されているものを準備し、基本的に作ったものは自分で作ったものは自分でやるようになっています。それ以降のものは病棟の看護師がやります。

調査員：一次チェック後に、センターナースが準備する前に、中止の指示がでた場合、それが伝わらなかった場合にそのまま患者に実施されることはないですか

RM：朝の緊急指示を病棟看護師が受け取って、薬剤を整理するという事になっています。

センターナースはそこに置いてあるも

のを実施するという「役割を」もっています。

調査員：記録はどうされていますか

オーダーがシール化になっていますので、そこにサインします。時間と実施者サインを記入したシールをカルテに貼っています。今後、電子化されたら、PDAで実施記録を入れるようになり、注射箋で保管し、紙ベースでは残らないこととなります。

調査員：センターナースから受け持ちナースへの引き継ぎはありますか

RM：口頭ではしていません。受け持ちナースはその日に何があるかワークシートでの確認をしていますので。

<フローマップについて>

調査員：もし、こちらの病院でこのようなフローを作成するとしたら、プロセスはもっと複雑になりそうですか。

RM：今、話を聞いているとそうですね。少し横にいくつか広がると思います。センターナースの役割がはいってきますし。病棟ごとにセンターナースが入っていたりいなかったりなので、すべてがそれで網羅されるかはわからない、病棟によってリスク要因もだいぶ違うということもありますし。流れのフローのところではこういう流れのところだとは思いますが・・・患者要因も入ってくるので難しいです。

<患者要因部分への取り組み>

調査員：内服のところで患者と一緒にワークシートを確認するとか何かありますか。

RM：一週間評価（中間評価）というのがありまして、査定のしなおしをしている。

在院日数14、7日と短めなので、タイムリータイムリーにはなかなかいきま

せん。

急性期の病院ですが、精神科・ホスピス科・結核病棟も持っていますので、全部に院内のルールですから、やってというわけにはいかないです。内服と転倒転落アセスメントツール、誤嚥性肺炎アセスメントツールは院内バージョンがあるのですが、病棟バージョンに落とし込んで使用しています。

調査員：病棟毎にカスタマイズする時、大枠をつくって、関わる人たちがディスカッションとか、話し合いの場もたれるのですか。

RM：内服については看護が関与していくので、看護の係りが中心になって作成しています。

誤嚥性肺炎アセスメントツールは嚥下ナースがいるので、そのチームがもともとつくったものです。転倒転落に関しては看護部の委員会が作って、病棟ではそれ以下にはならないようにしています。病院では最低基準を決めているということです。

<医療安全に必要なガイドブック>

RM：「看護実践ガイド」これは、年度ごとに更新しています。

今回、個人情報、倫理のことも加味して項目を追加、研修・救援時に対する項目も追加、教育ツールとしても使用している。医療事故、感染予防策、看護技術、今回の看護研修もこれをもとに、事故についてもこれにそって指導しています。

基本のマニュアルを遵守しましょう。迷ったらガイドを見る、同期には確認しないことは徹底しています。

看護はかなりいろんなマニュアルを作ってきましたけど、看護だけではない

と思っています。看護だけでなく、医療技術・栄養や事務がマニュアルをみているのかというと、そうではない。看護部はガイドがあるけど、他の部門にも知っておいて欲しいことを院内バージョンで「メディカル・リスクマネジメント」という医療安全の冊子を配置することにしました。最低これだけは、他の部門でも知っててくださいと患者取り違え、口頭指示、急変時のコード、不適応輸血、身体拘束、他等を入れて部署・部門を超えて情報の共有ができるようにしました。

調査員：これは他部門からの要請ですか、看護部からの発信ですか。

RM：医療安全管理室は年間5500レポートを受けています。5000枚以上は看護です。

看護ってまじめですよ。看護の中で、危ないのは最終実施の間違いをすることなのですが、床に寝ているところを安静が守れませんでしたという報告と、診療部や医療技術のところで検体を間違いましたではレベルが違うと思うんです。そのところで「マニュアルが浸透されていますか」というのが私の疑問です。検査部から検査にきた患者さんをよく転ばせてしまう。「看護の中の転倒・転倒アセスメントシートについて教えて下さい」とかいわれます。共有できるものは院内で共有する、医療安全では初期対応が大事なので、共通認識して欲しいと思って、安全管理について組織どう動いているか、どのスタッフにもわかっているか、どう思っています。

最初は、厚生労働省もヒヤリハットに目を向ける！とでていましたよね。それが、後半頃から、ヒヤリハットよりも4・5レベルに焦点をあてようと、

ガラッと流れが変わりましたよね。リスク要因はわかっているけど同時進行で進んでいかないとなかなか難しいと思っています。

調査員：このようにポケットブルにしたのはいつからですか

RM：昨年からです。ステーションの棚に並んでいても誰も見ません。

安全パトロール（年4回と適時）して実感として思ったのは、看護は応えられるが内容はみないとわかりませんというのが、それが実情なんですね。

今年、輸液ポンプに対しては、フローチャートをつけたんです。機械そのものに、覚えなくていいですから、これを見て、これにそって指差し確認してくださいとしました。覚えるほうが危険なので、記憶しないほうがいいんです。

人工呼吸器の場合は、ドクターが必ず書く、設定チャートがあります。それをフローと照らし合わせ、その場で確認できるようにしています。

調査員：関連するセクションでの取り組みをする際に工夫していることは

RM：院内発信のツールにしたい場合は、診療部の支援をもらいながら安全管理室として安全管理委員会で扱うほうがいい。中味によっては管理会に持ち上げるものがあるし、薬事などでも取り上げていきます。看護独自でやるのは限界があるので、組織的にあるところは使う。高濃度のカリウム製剤の問題も看護部だけでは決まらないことがあって、薬剤部、安全管理委員会、診療部になどに入っていたいてなくすことができました。

<医師の医療安全への認識>

調査員：このようなドクター版は、研修医は別にもっているのですか。

RM：研修医は「研修医手帳」病院オリジナルをもっています。総務が作成しています。先生方の入れ代わりが激しいので、新任医師・専修医師向けは、今はまだありませんが（入れ替わりが多いので）オリエンテーションを医療安全管理室室長と私がやっています。

調査員：医師の意識は、聞く姿勢はどうですか

RM：危機感をもっていらっしゃる先生は、どこの病院にいらしたのか、今までの経緯がどうだったのかでも違うし、格差がありますね。新任医師向けオリエンテーションを受ける姿勢はキャリアによって全然違います。研修医とかは、もうこれだけマスコミがさわげば、気をつけなければと……。

調査員：着任・新人研修以外に安全管理研修は年、何回かありますか

RM：講演会は2回あります。看護は看護で機器とかやっていますが、やはり、問題は診療部ですよね。今年、K病院を見学させていただいたのですが、やはり、医師がリスクを本気で考えないと病院のリスクマネジメントはうまくいかないと感じました。

調査員：医師の意識という点で、指示の出し方、受け方というところでインシデントがたくさん起こっています。医師がルールやシステムを知らなかったのか、あまり守らなくてもいいんじゃないかという認識の低さがあるのか、それで適切な行動がとれていないのか、この3段階で物事をみていられないといけないと思っています。

ルール・認識・行動の3つのキーワードがでてきて、プロセス、レポートでもその部分の問題が見えるような分

析ツールでないといけないと思っています。

<レポート提出・レベルについて>

RM：年間、それだけのレポートがだされても、看護のレポートのほとんどは医者ミスですよというのがあるんです。それなのに医者のミスをなぜ看護がレポートを提出するのですか、おかしいですよ。電子カルテになったら、ペーパーレスになると、インシデント・アクシデント、当事者・発見者で入力していくので、それで、インシデント、アクシデントのきりわけ基準と本来出すべき人がレポートはだすということに変更します。

レポートはネットワーク独自の「NEC医療安全管理システム」を使います。フォーマットは既存の紙ベースのものとは大幅に変わります（取りたいデータが違う）。

認識を変えないと変わらないですよ。看護はいつまでもだし続けようとする。今までリスク感性をあげるために、影響レベル1からをアクシデントにしていました。（アクシデントが多くて、インシデントが少ない）他の病院では、一般的にはアクシデントレベルは3からとなっているので、この認識を変えていこうと思っています。

調査者：リスクアセスメントの資料ですが、マトリックスになっていて、これは起こりやすさの頻度と重大度をレポートからみているのですが、何か院内で基準としているものがありますか

RM：基準になるかどうかわからないですけど、通常のインシデント・アクシデントレポート以外にオカレンスレポートを義務づけています。

過失があってもなくても重大事例の一

次報告はそれですみます。そのことに関しても RM である自分が動いて確認をとり、問題ありなしをみて、洗いだしと対策をたてたり、事故調査委員会 で本当に何があったか事実を関係者が集まって確かめようということをやっています。関連者や起こっていることを経時的にフロー化して、その会議に提出し改善策が必要だろうとか、オカレンスで単発であっても対策が必要であろう、患者に届かなくてもゼロハイリスクをもっていますので、これが発生したら4・5レベルに行くぞというのがあります。

調査者：インシデントレポート（ID）の集計まとめはどうされていますか

RM：看護は独自のIDレポート集計システムもっていて、自分がやっています。

毎月はできないので、上半期、年度末の年二回報告している。年度末でシステムがしまってしまうので、現システムでは年度比較ができない状況です。院内全体のレポートのついては、入力して総数の報告を月一で報告しています。中味がどうかということまでは見ていることができません。

<フローとエラーの関係について>

調査者：院内のリスクマップ・・・どこでどんなことが起きるかをフローチャートにしたとして果たして有効かどうか、今回は与薬業務に、看護では内服と注射を考えています。

RM：看護でいくとそこだろうと思います。有害事象では医師のところが大きいですし、医師と看護師がどれだけそこを共有していけるかだと思います。

オカレンスについては、予期せぬ死亡の場合、死亡発見全部かということ厳しいで

すよ

ね。そこ事に関しては予期していたのであれば、きちんと説明や観察がされていれば、予期していた範疇ではないかと考えられるし、転倒転落についても、転ぶことがありますよと説明した上で抑制を希望されない場合は、転ぶことがありますのでご了承くださいと患者家族へ説明しておくことが大事だと思います。

オカレンス一つとっても、自分たちがまちがったことをやっていたのか、偶発症の範疇なのか、そうでなくて予期せぬことで起きたのか微妙な線引きがむずかしいです。

自分の中でこういうのがメインで動いてしまうと、感性が鈍ってしまうとか、ここはやるべきところをやっていると大丈夫というところがあります。

薬のところはここについてくると思いますし、やられることは、とてもいいことだと

思います。

看護も（薬剤が）いったのかいかなかったのかを問題にし、3年間頑張ってきた。「思い込み確認不足マニュアル」もそのルールが守られなかったらエラーになってしまうんだということ、ルール違反が中に混入してくるので、それを認識していないといけないと思います。

過去に定期的にお互いに職場をパトロールやチェックしたら、その期間だけはへるんです。意識しているときは減るんです。やればできるんですね。やらないとルール違反になってしまうし、本当にやれないのならば、やれない理由がなにかを踏み込んでいかないとゼロにはならないと思います。

<ダブルチェックについて>

調査者：ダブルチェックフローを作って配布したが、こんなのできませんと現場から突き返されました。8項目の確認が手間ばかりかかりやっつけられない、やりづらいと。

RM：看護はマニュアルマニュアルと頑張ってきた経緯があるのですが、院長からも現場をもっとよく知って、安全を確保するにはどうしたらいいかとよく言われます。

誤薬防止のためのダブルチェックは、薬と患者さんと注射箋・処方箋のこの3点確認をどうするかということ、この3点がきちんと確認できたかであると思います。

薬と患者、患者と注射箋、注射箋と薬、このトライアングルをきちんとやれば、どこもミスはおこらないはずであるということ。

調査者：注射指示簿の氏名から速度等の1～8の項目をダブルチェックでやること、どこが抜けてもミスになる。ダブルチェックでやることで、先輩と後輩の力関係で、ダブルチェックの功罪が言われていますよね。

RM：麻薬・輸血・インシュリンはダブルチェックをえています。マニュアルには入っていません。

調査員：3点確認では、ものと患者、患者と注射箋、注射箋と患者と違う基準から確認するほうがよくて、同じところを何回もダブルチェックしても意味がないと思います。

違う視点から全部が一致すればOKと

RM：そこにエネルギーをそそぐのであれば、全体枠でエネルギーを注ぐようなフローであればいいと思います。

RM：電子カルテでは、注射箋とモノのと

ころはどうなっているのですか。

調査員：バーコードとかのことですか。入っていないので人なんです。

RM：人ですよ。患者とモノ、患者と注射箋はダブルチェックができると思うが、モノと注射箋が人でないとだめだと思うんです。薬剤にバーコードがつかなければ人がやるしかないですよ。ここを強化するしかないと思います。

調査員：バーコードを使われていますか。

RM：患者確認のところでバーコードリストバンドを使っています。

<組織について>

調査員：現在の立場に看護部のメンバーと一緒にやってくれる人がいるのですか

RM：「看護部リスク委員会」があって、昨年、その委員長をやっていたが全部が私の視点になってしまうので、それで別で、その人は看護部の教育と連動して、リスク委員会を今度は教育の視点でやっている。リスクマネージャーで対策をとるのは難しいですよ。

RM：リスク委員会の位置づけ・・・何でもリスクですか！？といいたくなる。全部ここですかといいたくなる。

RM：前は事故対応、苦情処理を一人でやっていたんですが、患者さんのことが先になるので予防が手薄にならざるを得ない。そこで、安全対策をメインとして、よろず相談室員二名が事故・苦情を受け持つことになったんです。院長がとても無理だと言って分けたんです。よろず相談室が事故の患者さんの家族の話を聞いて対応ができるようになりました。それで組織図が医療安全管理室・よろず相談室となっています。そこに室長のワーカーがいますし、事務・看護の課長がいて、事故の対応は