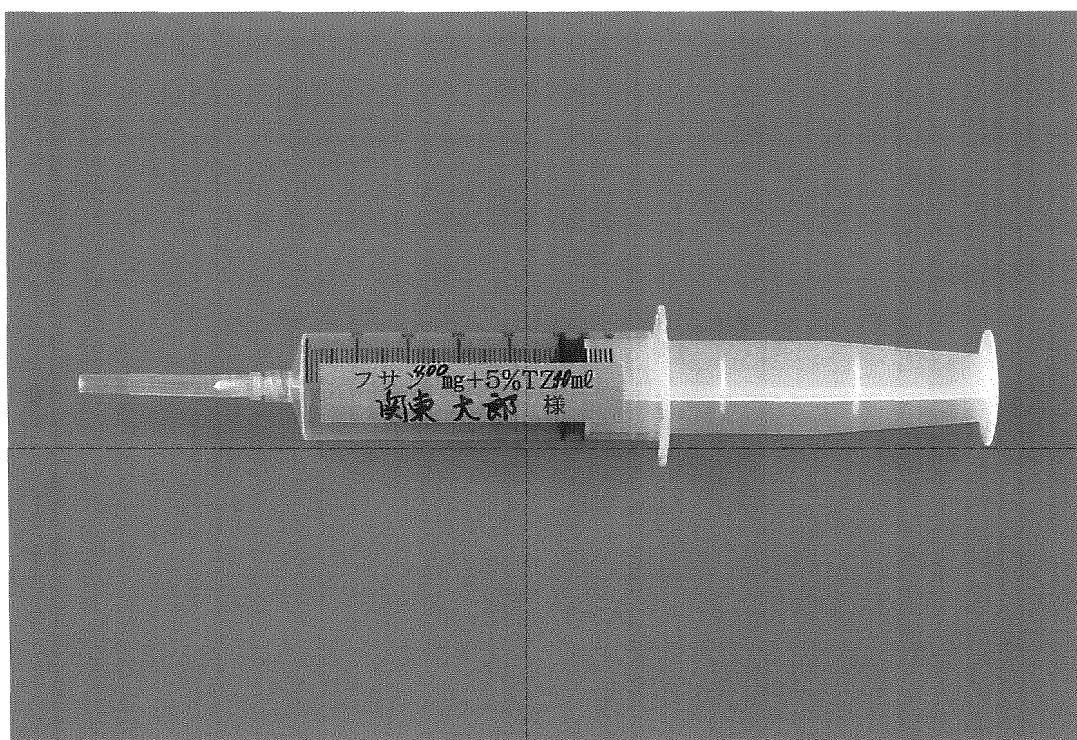


事例1: 配合禁忌を注意喚起するシリンジ用ラベルの作成



成功の視点1：配合禁忌を注意喚起するシリンジ用ラベルの作成

薬物療法は治療の中心であり、点滴や静脈注射を安全に実施することは、患者の安全を確保するためには必須のことである。しかし、多種類、大量の薬品が多様に使用される医療現場では、時として指示ミスや調合ミス、実施方法のミスなどが発生する。そのために、薬剤や適用法に対する正確な知識の獲得は基本であるが、ケアレスミスを防止するための確認作業がルール化され遵守されなければならない。しかし、それらのルールをかいくぐってミスが発生する場合がある。この場合、重大なミス、致命的なミスなど、絶対に回避しなければならない投薬ミスに対しては、注意喚起の対策が講じられなければならない。

今回のシリンジ用ラベルはCCUでの対策である。CCUでは多くの点滴ルートから、複数のシリンジポンプを用いて複数の薬剤が同時に投与される場合が多い。この時に発生するミスが、混合注入してはならない薬剤が同じルート内で混合されるミスである。

この場合、ミスの発生防止には、配合禁忌に対する知識があること、実施において、正しいルートが使用されることである。しかし、すべてのスタッフが正確な知識を有し、勤務ごとに入れ替わるスタッフが、ルートを確実に確保するように行動できるとは言いがたい。

そこで、注意喚起の方法として、該当する薬剤（この事例では、ブドウ糖での溶解薬：4種類、単独ルート薬品：3種類）を特定し、予め、薬品名と規格を記載したシリンジラベルを統一カラーで作成し使用する方法をとっている。色は目立つピンクである。

成功要因は、ラベルの色に意味（混注不可、ブドウ糖溶解薬）を持たせ、予め薬品名と規格を印字したことである。特に目立つカラーは、その色に何の意図があるのかを説明しやすい。しかも、多種類を作らないこと、ラベルシールが手作りであることが特別の薬品であることを意識させる。また、選定した薬品は病棟内で使用頻度が高い薬品であるため、その薬品のラベルが作成されていることはスタッフ全体に周知されやすかったと言える。

配合禁忌の事故は、点滴ボトルにも起こりうる。原因は、医師の不適切な指示（配合禁忌薬のオーダー）、ラベル作成時の転記ミス、薬を準備する時の取出しミスなどである。

点滴ボトルのラベルは、オーダーリングシステムから打ち出されるシステムであれば、転記ミスによる事故は起こらない。また、配合禁忌などのコメントやチェックシステムがデータとして組み込まれれば、指示ミスは回避できる。しかし、シリンジのラベルまではラベル作成機能がなく、手書のため転記ミスが発生する危険性がある。その点、重要な薬品のラベルを標準的に作成することで、誤記や読み違いのミスが減少できた。

多種・多様な薬剤を使用する場合、また、職員の年齢層・知識量に個人差がある場合、口頭や文書による伝達だけでは限界がある。今回、「ラベル」という具体的な「道具」に、特別なメッセージを与えることで、薬剤には注意しなければいけないことがあることをス

タップに意識させ、行動と考え方が定着したといえる。

一方、カラーでの識別は、他の物品にも応用されており、業務の効率性やミスを防止するために有効である。しかし、多様な色に、いろいろな意味を持たせることは、かえって混乱をきたすことがある。また、文字情報よりも、色での区分で感覚的に行動してしまうこともある。その点、今回は1種類の色しか扱っていないが、どのような色にどのような意味を持たせるか、意味までもが確実に判別できる色使いは何種類までかなど、医療器具・器材に応用する場合、カラーリングの専門知識や専門家からの情報収集などにより大いに検討すべきテーマであると考ええる。

事例2：誤薬防止のためのカラーシリンジの導入


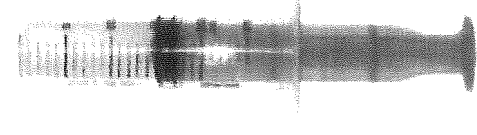
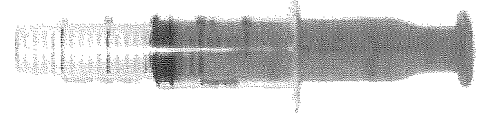
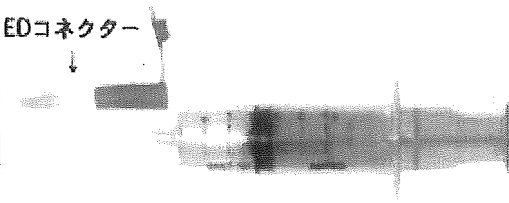

取り組みの内容	<p>誤注射事故対策として安全対策委員会の部門会である看護部の取り組みで始まったことを、院内の安全対策委員会委員会で拾い上げ、その実践評価をフォローアップした。</p>
契機となった出来事	<p>新聞報道「牛乳点滴事件」「消毒薬誤注射事件」を受けて、当院の安全対策委員会看護部会の取り組みとして検討することにした。</p>
取り組みの経過	<p>平成12年、1～4月にカラーシリンジの導入を開始。内筒が、①グリーン(内服薬の注入用)、②ピンク(吸入薬用)の2色で、使い分けを開始した。</p> <p>平成13年9月、専任 SM(セフティマネージャー)による抜打ちの現状調査が行なわれた。1ヶ月後に看護部部会で現状を確認するが、十分に理解されていないことがわかった。実態調査から、カラーシリンジの使用マニュアルが必要と判断し、使用基準を明確にした。同時にブルー(造影剤に使用)を追加した。</p> <p>平成16年1月～3月、安全対策委員会のフォローアップ・監査チームによる現状調査が行われた。調査結果は、ルール通りに実施されていないことがわかった。外来部門には使用制限が定められており、現状のカラーでは不十分なことがわかった。上記結果から、院内スタッフへのアンケート調査をして、内容を委員会で検討し、改善を図ることとした。</p> <p>平成16年4月、使用カラー基準を示したマニュアルを作成、ラミネート加工して、各部署に掲示するように指導した。</p> <p>平成16年11月、フォローアップチームによる「安全管理関連掲示物の巡回」にて、カラーシリンジのマニュアルの貼り出し場所が不適切であることが指摘され、各部署に指導した。</p>
定着に向けての組織活動	<p>安全対策委員会の部門活動を委員会の業務担当者がフォローする形を取っている</p>
成果 (直接的・派生的)	<p>①看護部門だけの取り組みではなく、院内全体の取り組みとして安全管理委員会が活動した。</p> <p>②院内全体で取り組むことで、カラーシリンジに対するローカルルールが発生することを防止でき、また、無駄なコストを省く効果が得られた。</p> <p>③安全対策委員会の委員のなかに、シリンジの購入を担当する資材課職員も参加しているため、ルールと異なるサイズや色のシリンジの請求があったときも、誤って購入することはなく、対策室にも連絡が入るので部門の指導も出来た。</p>
考えられる成功要因	<p>委員会メンバーである看護部以外スタッフの視点での巡回・フォローになるので、新たな指摘も含め、実践評価と改善が出来たと言える。</p>
今後の課題	<p>ルールは、時間がたつと忘れられ、掲示したマニュアルもマンネリ化すると注意してみなくなるので、今後も巡回時やフォローアップチームの働きかけも定期的に行う必要がある。</p>
組織に与えた効果	<p>部門を委員会全体で支援するやり方の一例を示すことが出来た。</p> <p>また、その必要性が重要であり、委員の教育にもなった。</p> <p>資材課の委員が実務の役割の中に安全管理がいかに関わっているかを実践でつかめたこと、また、委員会が院内に張り巡らす網の役目がここにもあるということがわかった。</p>

事例2: 誤薬防止のためのカラーシリンジの導入

平成16年4月15日

医療安全対策委員会

シリンジ使用規定

	用途	サイズ
透明シリンジ 	静注 筋注 ミキシング	1ml 3ml 5ml 10ml 20ml 30ml
ピンクシリンジ 	吸入薬剤用	1ml 3ml 5ml 10ml 20ml 30ml
ブルーシリンジ 	造影剤用	20ml 30ml
グリーンシリンジ EDコネクター 	内服用	30ml 50ml
イエローシリンジ 	気管チューブ カフエア-交換 用	10ml 20ml

成功の視点 2：誤薬防止のためのカラーシリンジの導入

注射器は医療に不可欠の器具であり、多種多様の規格がある。注射器を使用して投与する薬剤には注射薬・内服薬・吸入薬など多くの種類があり、薬剤投与の他にも胃チューブやドレーンなどにも注射器は使用されている。これらの用途に合わせて使い分けが必要であるが、必ずしも適切に使用されているとは限らない。注射行為はほとんどが看護師によるものであり、インシデントも多い。注射に関する指示は医師から出されるが、実際の投与段階での注射器の選択については看護師の判断である。報道された患者死亡事故の場合は、注射薬と消毒薬が同じ規格の注射器に準備され、並べて置かれていたことが原因であった。この報道を契機にして用途に応じて注射器の使い分けをするということ、つまり注射器の使用基準を定めることで事故防止を図るという取り組みが全国的に展開されてきている。

今回の事例は、医療事故報道を受けて自施設の注射器使用の標準化に取り組んだものである。平成 12 年に 2 種類のカラーシリンジを導入し、翌年使用状況の実態調査を行ったところ、使用基準が十分には理解されていない現状であった。そこで再検討を行い、カラーを 1 種類追加するとともにカラーシリンジマニュアルを作成して、使用基準を明確に示した。平成 16 年に安全対策委員会のフォローアップ・監査チームが現状調査を行った結果、ルール違反が多いことや外来部門に使用制限があり、現行のままではカラーの種類も不足していることがわかった。そこでカラーシリンジを 5 種類に増加し、使用基準を示したマニュアルをラミネート加工して掲示したが、その場所が不適切であるとの指摘があり、さらに指導を行った。

これらの取り組みの成果として、マニュアルが遵守されるようになりローカルルールの発生防止になった。また、物品管理部門である資材課の対応にも変化が出てきた。それまでは各部署からの請求どおりに物品を払い出していたが、今回のマニュアルによって部署ごとに使用するシリンジが規定され、本来使用しない部署から請求があった場合は問い合わせをするという対応が定着し、同時に安全管理対策室にも連絡をするようになった。これは資材課の安全対策委員がマニュアル制定の取り組みに参加したことで意識が変わり、以後の物品払い出し業務時の対応が変化したものである。これらの資材課の活動は、不要な物品請求・返還などを事前に防止することになり、結果的にコスト削減にもつながった。このように病棟だけの取り組みではなく、供給部門も巻き込んだ取り組みにより成果をあげた事例である。

この事例の成功要因は、①看護部門だけではなく、院内全体としての取り組みとして安全対策委員会が活動したことにより、看護職以外の視点での評価やフォローが効果的であったこと。②資材課のメンバーが参加したことで、物品管理部門の果たす役割の中に安全管理の視点が強化され、実践されたことである。

今回の事例では、自施設の状況に問題性を感じた看護部門が取り組みを開始し、院内の安全対策委員会も協力して展開したことが成果をあげている。具体的には現状調査や職場巡回・フ

フォローアップチームの活動などを複数職種（看護職・資材課などの事務部門など）で行うことにより、視点が広がり問題の把握と解決に向けての効果的な活動を行えたことが成功要因といえる。また、資材課という物品管理部門も巻き込んだことは、部署で使用する注射器を規定するという面において、不適切な請求を請求段階でガードするという点において効果的であった。資材課の職員にとっても物品管理の業務の中に医療安全の役割があるということを実感できたことは、施設全体の職員が一丸となって医療安全に取り組んでいることを意識した機会になったと思われる。しかし、今回展開された何回かの現状調査の結果では、いろいろな部署でマニュアルどおりに実施されていない現実があった。カラーシリンジの色によるメッセージ性の面では、5種類に増えたことの影響も一因ではないかと推察されるが、これは今後評価が必要である。

事例3:実物写真を取り入れたシリンジポンプの取り扱いマニュアルの作成

<p>取り組みの内容</p>	<p>2005年12月シリンジポンプの取り扱いマニュアルの最新版を完成した。写真入りで手順やポイントを示したマニュアルをパウチにして、器械と一緒にしておくようにした。</p>
<p>契機となった出来事</p>	<p>院内にシリンジポンプが2台あり、1台は病棟、もう1台は手術室にあった。その2台は機種バージョンが異なるため取り扱い方法が若干異なっていた。そのため手術室のものを病棟に貸し出すと、取り扱いについての問い合わせが頻回にあった。病棟スタッフは取り扱い説明書を渡しても苦手意識が強く活用できないため、手術室主任が毎回対応せざるを得なかった。病棟でシリンジポンプを使用するのは重症者が多いため、トラブルは早急に対応しなければならず、手術室スタッフの業務にも影響があった。</p>
<p>取り組みの経過</p>	<p>マニュアルの内容は基本的な使用方法やトラブルで問い合わせが多かったことをポイントとして載せた。デジタルカメラで撮影した写真を中心にして、矢印や短いコメントでポイントを示したマニュアルと器械と一緒にしておき、必要なときにすぐ使えるようにした。</p>
<p>定着に向けての組織活動</p>	<p>それまでの「知っている人に聞けばいい」という風土から、マニュアルを活用して自己解決するという意識づけをした。「まずこのマニュアルを使ってみて、わからなかったら聞いてください」というようにマニュアルの存在の周知をした。看護部で院内のすべてのマニュアルの冊子化をして、師長会議や管理者会議などで新しく作成されたマニュアルを紹介するようにした。しかし、スタッフ各自まではその情報が行き渡りにくいので、常にマニュアルと器械と一緒にしておいて、渡すときにマニュアルを活用するように説明した。マニュアルの内容は、スタッフの意見を聞いて修正し、バージョンアップさせていった。</p>
<p>成果 (直接的・派生的)</p>	<p>①取り扱いに関するトラブルで手術室主任が呼ばれることが少なくなった。器械自体の故障も発生していない。 ②マニュアル作成によってインシデントやアクシデント削減に効果があったかどうかはまだわからないが、現時点ではトラブルの報告はない。 ③スタッフが自分たちで作成していこうとする意識が高まると思われる。しかし、部署ごとに異なるマニュアルが作成されるのは問題となるので、どこかで確認・評価する機構が必要と考える。たとえば部長会議や管理者会議などで承認されたら使用できるというようにした方がよいと考える。</p>
<p>考えられる成功要因</p>	<p>①ベテランの知恵を視覚化した。院内の一部のベテランの人にしかわからないことを、現場スタッフが必要とした内容に絞って視覚化したマニュアルにした。実際に操作している場面の写真を使ったことは、現場で扱うスタッフの行動と一致しており、活用しやすさにおいて効果的であった。それらの情報はパソコンに保存しておくことで、いつでも活用できる。 ②マニュアルと器械を一緒にすることでマニュアルの存在を周知するとともに、紛失防止になった。 ③マニュアルの存在を周知するとともに、器械を借りに来たスタッフにもその都度マニュアルを活用するように意識づけた。 ④現場の意見を反映して、よりよい内容に改訂をしていった。</p>

<p>今後の課題</p>	<p>マニュアルの評価をする。現場の声を反映して改訂する。 マニュアル作成者が、現場の意見に素直に耳を傾けてよりよく改訂していこうという姿勢が大切。作成者側がスタッフに対して「なんでこのマニュアル見てわからないの」という姿勢ではなく、必要なところは即座に改訂していく意識が必要である。 新人や他の施設から来た人などの意見を反映させたい。それがまたこの施設に根付いていくとよい。 現場の意見をうまく吸い上げることも必要である。良い意見を見逃さないようにしたい。</p>
<p>組織に与えた効果</p>	<p>取り扱いに関してのトラブルが減少し、問い合わせも少なくなった。 2004年に医療機器に関する担当者として「ME委員会」のメンバーを各部署で1名ずつ決めた。マニュアルの整備や取り扱い注意事項の周知などを各部署でその人たちを中心に進めるようにした。 現場をこまめに見る意識が向上し、施設・設備の問題や機器類の管理面などの改善に結びついた。</p>

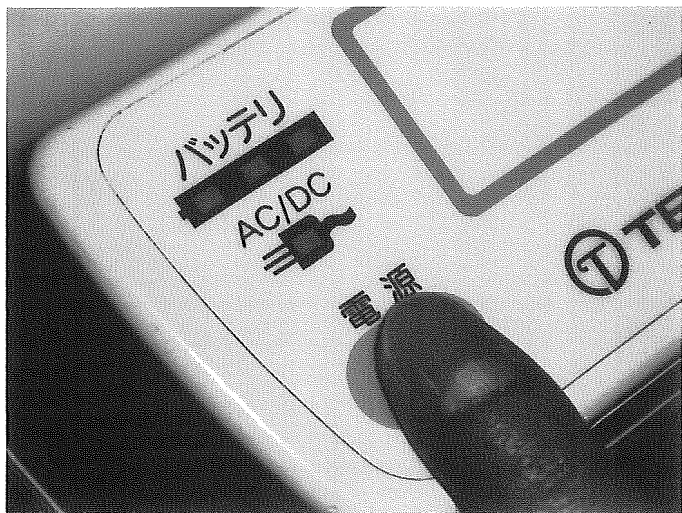
事例3: シリンジポンプ取り扱いマニュアル

シリンジポンプ取り扱い

テルモ 331 対応シリンジ 10 ml~50ml

①電源を入れる

②バッテリーの残量時間目安



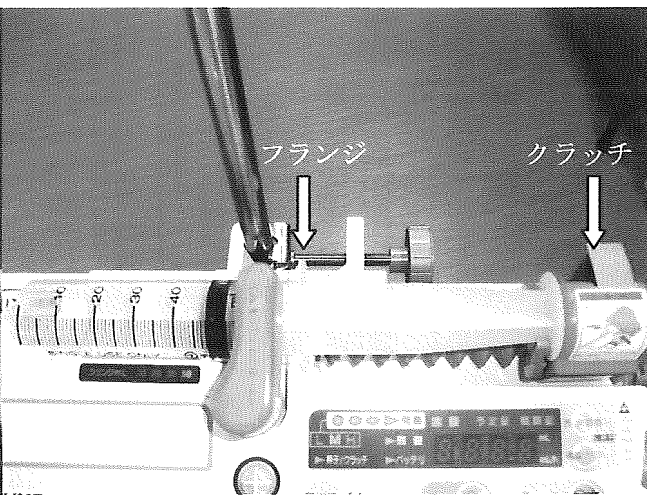
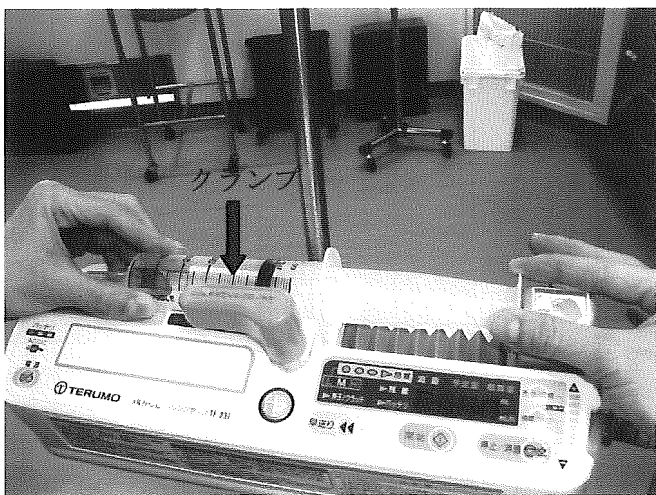
3個点灯で約160分以上

2個点灯で約80分以上

1個点灯で約30分以上

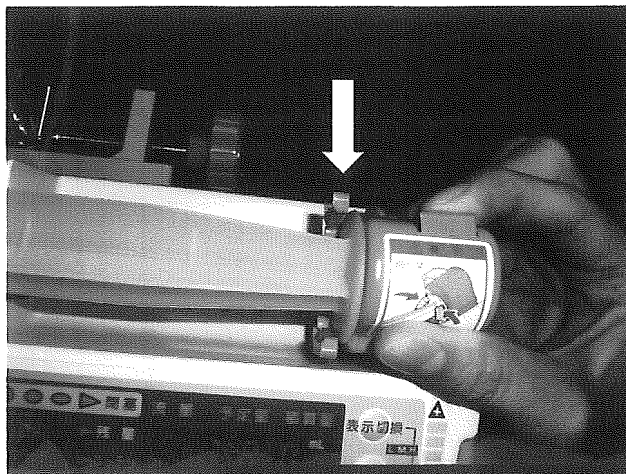
③シリンジのセットの実際

【完成図】

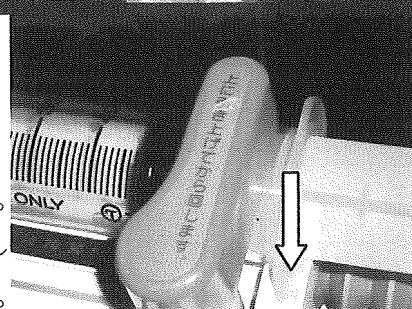


④クランプを引き上げて左へ回します(約90度)

⑤シリンジをスライダーのフックで保持します。



⑥フランジをスリットに
正しくセットし。
クランプを元の位置に戻し
シリンジを固定します。



事例3: シリンジポンプ取り扱いマニュアル

⑧流量の設定

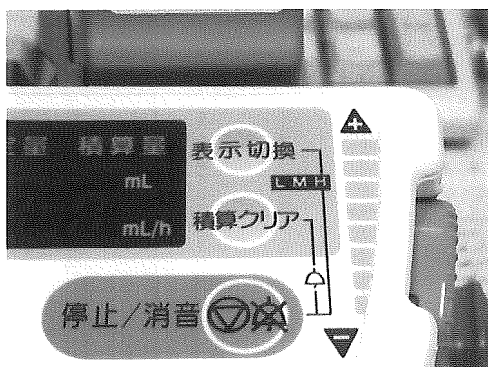
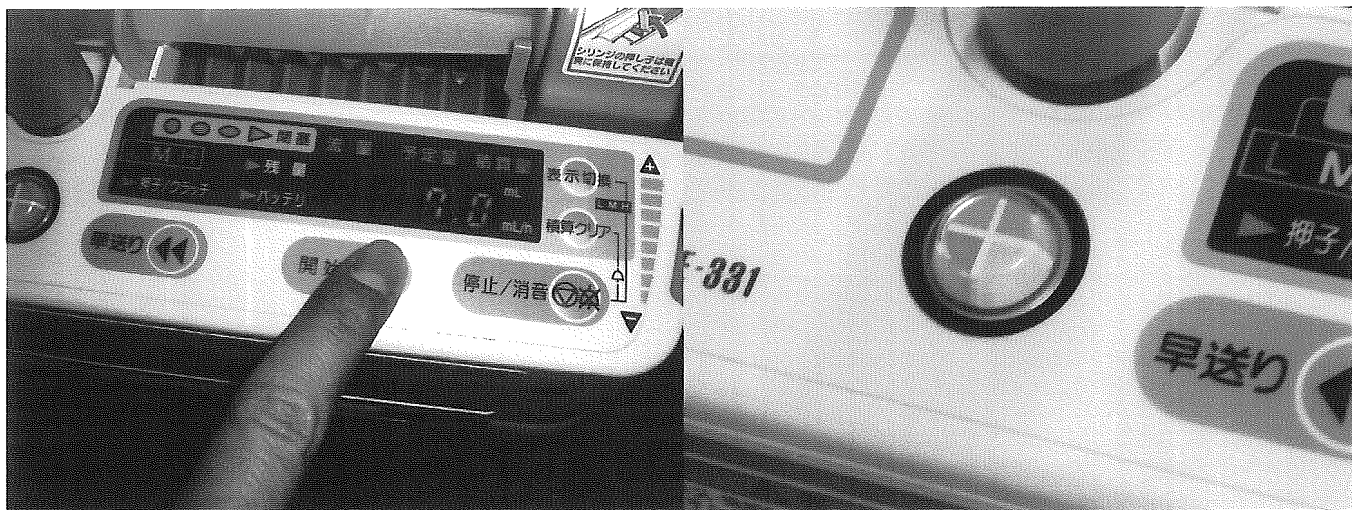


安全のためダイヤルを半周以上回さない

数値は変化しません

数値が変化し始めた時、確認のブザーが一瞬なります

⑨注入開始 開始ボタンを押して注入を開始します。開始と同時に動作インジケータが緑色に回転点灯します。流量設定終了後、2分間経過しても注入が開始されない場合ブザーが鳴ります。開始ボタンを押して下さい。



⑩注入停止と流量変更は、“停止/消音” ボタンを押します。注入停止後ダイヤルを回して設定を変更します。再スタートを忘れると2分後にアラームがなります。設定を確認の上、開始ボタンを押して下さい。

⑪電源を切る 電源スイッチを消えるまで約3秒間押し続けて電源を切ります。



成功の視点3：実物写真を取り入れたシリンジポンプの取り扱いマニュアルの作成

シリンジポンプは病院内のほとんどの部署で使用されている医療機器であるが、微量注入で大きな効果を期待する薬剤を扱うだけに、軽微な操作ミスが器械の故障につながったり、注入量の間違いを引き起こして重大な事故を引き起こす場合もある。

一方、メーカーの器械開発や機能改善によって、同一施設でも複数の機種が導入されていたり、同一機種でもバージョンが異なることによる操作法の違いに戸惑うスタッフも多い。こんな時、頼りにするのが取扱説明書（マニュアル）である。しかし、メーカー作成の取扱説明書は、すべての項目は網羅されているが、急を要する現場では役立たない。その結果、操作が円滑にできない時や自信がない時には、熟知しているスタッフに応援を求めることとなる。

この事例は、シリンジポンプの取扱いを熟知している特定のスタッフに問い合わせが集中し、対応に追われて本来業務に支障をきたす懸念から、独自のマニュアルを作成することで改善の成果を得たものである。

マニュアル作成に当たっては、基本的な使用方法（手順）と、問い合わせが多い項目に内容を絞り、デジタルカメラで撮影した実物写真を手順説明の軸にして、操作のポイントや、誰もが戸惑う項目が一見して理解できるように、矢印や短いコメントで解説文を付している。大きさはA4判1枚の大きさとして、パウチして、器械とマニュアルを一体のものとして扱うことにより操作確認の参考にするように意識つけた。その結果、トラブルや問い合わせが激減するという成果を得られた。

成功要因は、手順の解説を実物写真を用いて視覚化し、実際に使う時は、その写真の示す手順どおりに操作すれば、器械が正しく「スタート」するように作成されていることである。

また、スタッフが絶対につまづく箇所には、焦点を絞ったショートコメントが解説として挿入されている。例えば、誤作動を防止するため、ボタンの押し時間は通常のタッチでは機能しない設計になっているが、その仕組みを知らない場合には機械の故障と判断してしまう。そこで、写真や図示で簡潔に解説しておけばそうしたトラブルは難なく解決する。さらに機種の優れた点として貸し出し時に一言付け加えれば、安全への仕組みが納得できるため、他者への伝達も円滑にすることが可能である。

一般に、取扱説明書は器械に不慣れな段階や故障などのトラブル発生時にしか使用されない。通常メーカーの説明書はすべてのトラブルの回避や解消のための手引書であり、機器を扱う専門職には容易に理解されるが、エンドユーザーである現場で役立つことは少ない。その点で、ユーザーにはユーザーの視点に立った使用マニュアルが必要である。その作成をメーカーに期待するのは無理である。

現在、医療現場は多くの器械によって支えられている。急性期病院で、患者の治療精度を上げるために器械の導入は不可欠ではあるが、同時に安全上のトラブルも発生しやすい状況を作り出している。また、不慣れな機器を使用することは医療者にとっても大きな心身の負担である。

そこで、見やすく、わかりやすく、鮮明な取扱マニュアルが身近にあることは、安全・安心を確保する強い味方である。繁忙な現場においては、ちょっと聞きたい、ちょっと確認したいと思っても、タイムリーに助けを求めることは難しい。不慣れなスタッフがそうした緊張の中に置かれていることは、問題をクリアした熟練者にはなかなか見えないことである。

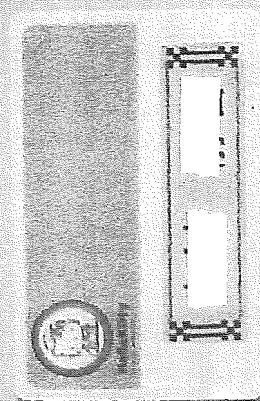
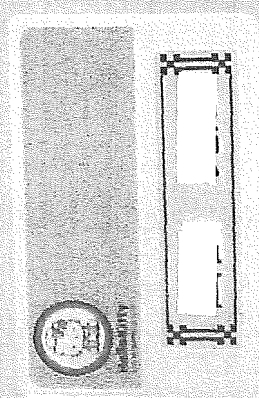
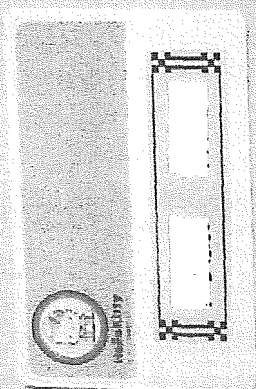
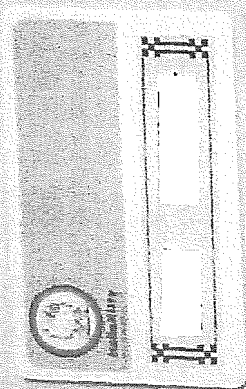
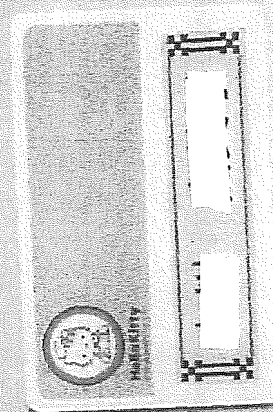
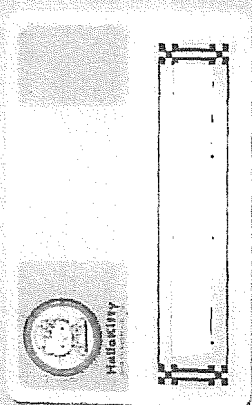
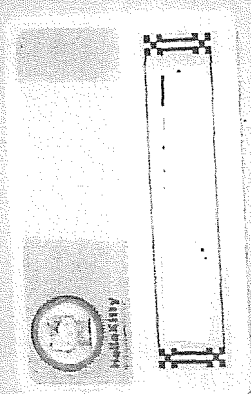
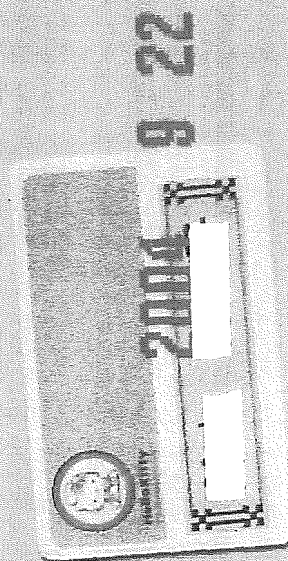
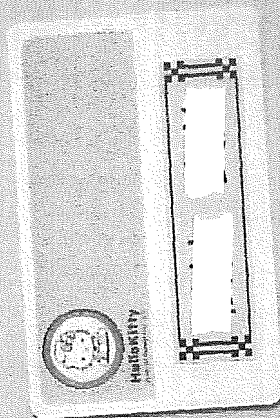
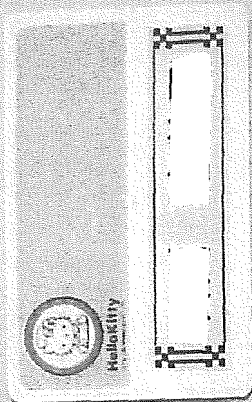
今回、現場スタッフが必要とする内容に絞り、実物写真を使って視覚化したことは、現場の経験者でなければできないことであり、必要な情報は何かを使用者の立場で適切な形で提供している。また、実際に操作している場面の写真を使ったことは、現場で扱うスタッフの行動と一致しており、活用しやすさ・理解のしやすさにおいて効果的である。また、マニュアル内容を現場の意見を反映して改訂したことは、現場のニーズに即応することであり、生きたマニュアルとして活用される要因といえる。

このようなマニュアル作成の方法は、他のマニュアル作成にも応用可能である。現在、デジタルカメラやパソコンの普及によって、画像の編集も可能となりバージョンアップも可能である。さらに、作成者になることができれば、器械の構造や操作方法の知識、安全操作への関心、効果的な伝達方法の習得など多くの学びが可能となる。今回の写真付きマニュアルは、その動機づけとなる活動と言える。

事例4: 「わたしがやっています」カード(イエローカード)の作成

取り組みの内容	「私がやっていますので手を出さないでください」のメッセージカード(通称:イエローカード)を看護師の名前入りで作成した。
契機となった出来事	他の看護師が業務中に離れた時に代わりにやってあげて、事故を起こしたことがある。 それで「私がやっていますので手を出さないでください」「ちょっと待って、私がこれをやっています」という、やりかけカードみたいな「こういうのあったらいいわね」ということになった。
取り組みの経過	カードは1枚 100円で市販されている名刺大のプラスチックを購入し、名前を黄色のテープで作成したものを貼って作成した。 ネームホルダーの名前の裏側に入れて、必ず携帯して、使用する。やりかけの業務があるところに添えて置いておく。他のスタッフは、そのカードがある場合には、手を出さないというルールを守る。 このカードを全員が一枚ずつ、自分のネームケースに入れて携帯し、必要時に使用することにした。 新入社員に対しては、看護部からオリエンテーションの時にカードを渡して目的、方法を説明した。
定着に向けての組織活動	実際に使い方は現場で説明する。今年は作ったばかりだったので、今年の新人には、それぞれの部署で定着に向けて説明した。 カードがかわいいので、自分のネーム写真より、イエローカードの方を出しているスタッフがいた。それに対し、サービス向上委員会から、自分の責任において仕事をしているので自分の顔写真を出すように指導した。 来年度からは新入社員には医療安全の話をする中で説明をする。
成果 (直接的・派生的)	同類のインシデントの減少
考えられる成功要因	①やりかけカードは一人1枚だけで、何枚も出さない。 ②カードは市販していて安価なものを探していたが、現在のものは小児科の診察券のカタログで見つけた。いろいろな色があったが黄色は注意喚起の色だから、よいかないと選択した。 ③スタッフからも、親しみやすいキャラクターで抵抗なく使えるという声があった。
組織に与えた効果	転倒転落事故防止の検討会の中で、どのようにスタッフへ啓発するかというところで、イエローカードに似たものをスタッフが持って歩いたらどうだとか、アイデアが広がった。(結局、転倒防止はスタッフが手作りのポスターをつくり、これを患者のところで使って啓発している)

事例4: イエローカード



成功の視点4：「私がやっています」カード（イエローカード）の導入

与薬関連のインシデントの中で、他の看護師が実行中の業務の中断に気がついて代理に行って事故を起こす例は、どの医療機関でも比較的多く報告されている。その理由は、代行されたことに気がつかず、二重投与されたり一部が未実施だったりすることである。

その防止策として、周りの看護師に声をかけたり、やりかけを示すメモを置いておくこともあるが、実施者が不在の場合、中断している理由がわからなかったり、その業務を早急に完了することが患者にとって必要なことと第三者が判断した場合には、実施者に代わって実行しようとするインセンティブが働く。

通常、業務の中断状況は、多くの場合実施者が他の業務で手が離せない状況であることをメッセージしており、実施者が容易に確認できる距離にいない場合には、探して確認するよりも、代わって実行することがチームとして適切な解決策であるかに思える。また、このような場合、代行して実施した経緯や意図を実施者に伝達するのに、タイムラグが生じる可能性がある。

「私がやっています」カード（通称：イエローカード）は、実施者の、「業務中断」の明確な意図を伝えるものである。たった1枚のカードであるが、実施者の「名前」があることは、そのカードが実施者のテリトリーと責任範囲を示している。すなわち、イエローカードは「私のテリトリーを犯さないでカード」なのである。

成功の要因は、イエローカードが、一人1枚であることであろう。常に1枚を携帯し、使った場合には、必ず自分の手で回収されなければならない。実施者がそこに存在しなくても、本人に代わってその人の存在（責任）を示し続ける。メモ紙もメッセージを伝達するものではあるが、使用が終われば捨てられるものであり、また、第三者が判断し代行することも可能である。また、言葉だけの伝達では、その伝達範囲は限られ、聞き違いや解釈ミスも発生する。伝達者は伝えたつもりでも、その範囲にいなかった者には伝えられず、新たなミスが発生させる危険性がある。すなわち、イエローカードのメッセージは、解決する「人」の存在であり、メモは解決する「事柄」の存在であり代行可能である。

看護師の業務が、複数の業務が同時並行的に行われ、また、患者や他の医療者、スタッフの要請に応じて中断することは日常的な出来事である。そうした中では、自分が本来責任を持って行っていた仕事の範囲があいまいになったり、失念してしまうミスも発生する。その点、カードの存在は、本来の戻り場所を示してくれる役目も果たしている。

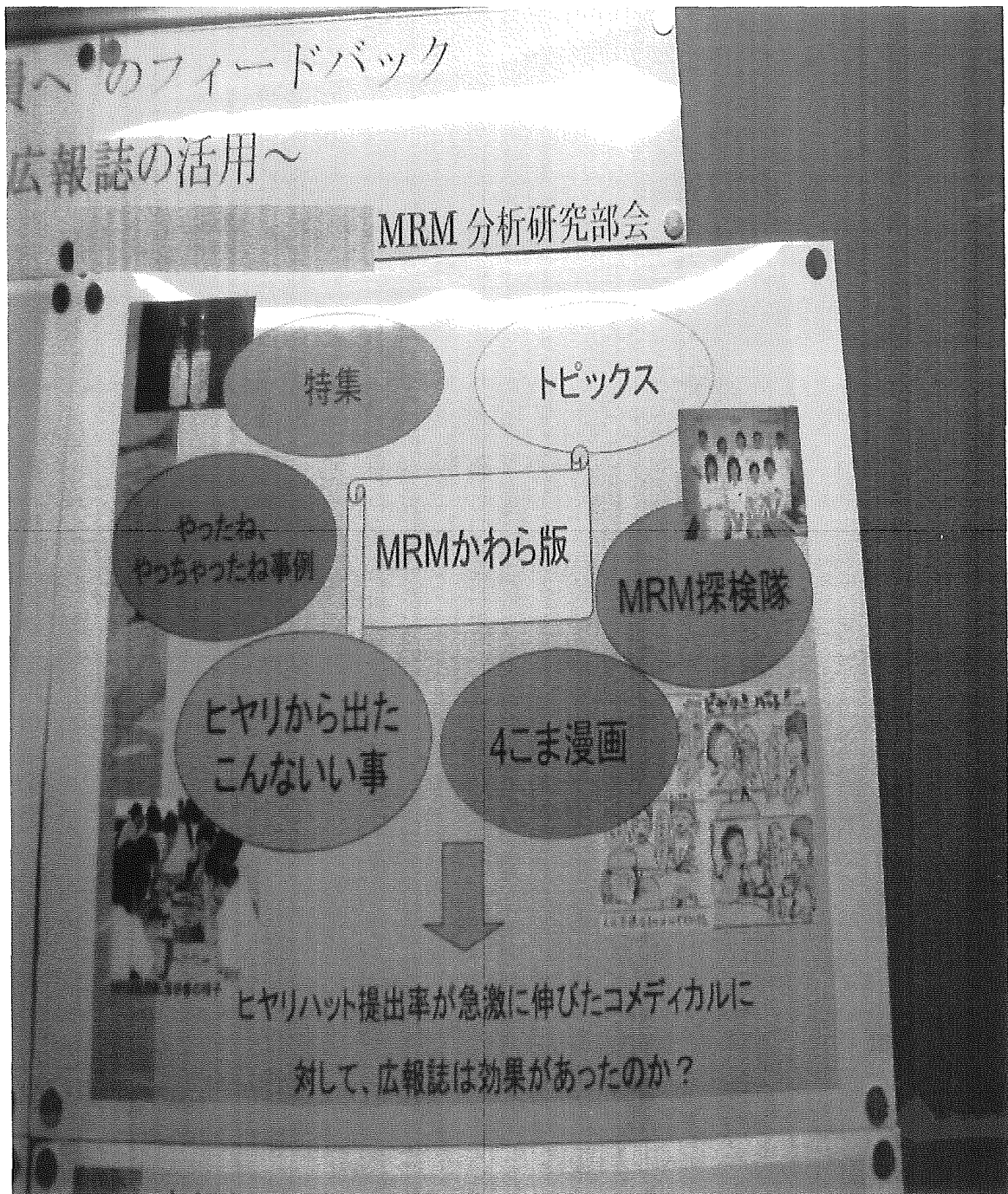
また、周囲の看護師にとっては、その中断状況を安心して見逃すことができるという点で、自分の業務の流れを中断することなく、自分本来の業務を遂行することが可能である。

単純な「名前」だけのカードではあるが、すべてのスタッフが使用のルールを理解することで、「物」がスタッフ間の連携を強化してミスを防止する道具としての機能を発揮する好例であると考えられる。

事例:5 医療安全の啓発活動を目的とした『広報紙』の作成

取り組みの内容	職員への医療安全の啓発活動を目的とした、『広報紙』の発刊
契機となった出来事	メディカルリスクマネジメント(MRM)分析研究部会の発足を機に、リスク感性の向上を目差して、「職員が医療安全に関して身近に感じることができるもの」を提供する必要性を感じ、その手段として広報紙の作成に至った
取り組みの経過	1年目(平成16年)はMRM分析研究部会のメンバーで、ヒヤリハットの分析結果から、頻繁に起きた事例等を取り上げ、題材を決定することにした 最初は自分たちが伝えたい内容が多すぎて、項目や文章が増え、欲張ったものであったが、担当者が原稿を依頼し1~2週間で新聞に仕上げるができるようしくみ作りをした。自分たちで新聞のレイアウトを考え、毎月発行した。 2年目(平成17年1月~)になり、内容やレイアウトをリニューアルし、2ヶ月に1回の発行に変更した。 やったねレポート等の掲載や視覚的に親しみやすい4コマ漫画の連載、インタビュー形式(探検隊)で得た他職種・多部門の紹介を開始、写真と記事で現場の声を載せた。
定着に向けての組織活動	MRM分析研究部会として始動:毎週1回午後の時間を確保した(専任ではないので参加者は流動的)
成果 (直接的・派生的)	①アンケートの結果、7割の職員がいつも読んでいると答えており、時々を合わせると9割の職員が読んでいた。 ②インシデント事例等を参考にし、自分の部署以外のインシデントの背景が見えるようになった。 ③他部門の職員の意見をきくことで、違った視点で自分の行動を見直すことができ、リスク防止に役立った
考えられる成功要因	①楽しく継続する(定期的な発刊)ことができ、周りからのサポートもあった。 ②看護師だけでなく、コメディカルと一緒に活動していることで、題材の選択が偏らない。 ③インシデントをポジティブに扱い、よい面をクローズアップした ④院外の事例ではなく、自分たちのインシデントレポートの分析事例を掲載していることで、職員の関心が高まった。
今後の課題	・情報発信だけでなく、フィードバックした後の反応をみていくこと ・興味をもってもらえる広報紙の継続
組織に与えた効果	組織の問題としての、医療安全への取り組みが推進できた

事例5: 医療安全の啓発活動を目的とした「広報紙」



成功の視点5：医療安全の啓発活動を目的とした『広報紙』の作成

職員の医療安全の意識を高める方法には様々な手段があるが、この事例は定期的に発行する院内広報紙（通称：かわらばん）を活用しての啓発活動である。

この広報紙は、リスクマネージャが中心となって定期発刊され、各部署の掲示板に張り出される仕組みになっており、カラー写真やイラストを入れるなど視覚的にも親しみやすい紙面になっている。作成の目的は、院内で収集されるヒヤリハット報告が事故対策としてどのように活用されているかを、職員全員にフィードバックし安全への機運を向上させることである。

こうした広報活動を組織するとき、目的と成果を、受け手である読者側と発信側である委員会の2つの側面から考える必要がある。

読者に対する目的は、現実起きたヒヤリハットを例にして、医療安全に取り組むための知識や対策をわかりやすく伝達し、読者の視点や行動を変革することである。そのためには、先ず、読んでもらうことが第一条件であり、次に内容の理解のしやすさである。その点、約9割の職員が「読んでいる」と答えていることは、関心を持って受け入れられていると評価される。

成功要因は、この広報紙が、自分たちが体験し報告したインシデントを、「やったねレポート」「やっちゃったねレポート」というネーミングで、前向きに読者の水準に立って紹介していることである。また、院内各部署の紹介を「MRM 探検隊」として、医療専門職とは違った視線でリスクに関連した出来事を紹介していることである。一例を挙げれば、針刺し事故の防止対策を廃棄物処理部門、清掃部門、リネン部門の角度からみれば、病院の何処にどのように注射針が落ちているか、どのように使用済の注射針が扱われているかの情報を、医療者へのメッセージとして発信することも可能である。そうした情報は、針刺し事故を防止するために、このように行動しましょうという看護師の安全教育とは違った効果を与えてくれる情報となる。

一方、作成する側の目的は、委員会活動を効果的に院内に周知することである。特に、安全管理に関する委員会の最終目的は職員の安全管理行動の定着にある。そこで、先ず、伝えたい内容を選択やどのように伝達するかを決定していくためには、重要性の認識だけでなく、スタッフの関心がどこにあるか、受け入れられるためには何（材料）を用いるか、などを、安全の原理・原則や収集されたインシデント情報の分析結果を踏まえて編集していく作業が必要となる。その点、この活動の初期には、あれもこれもと伝えたい内容が多すぎて苦勞した体験が、2年目からは、2ヶ月に1度の定期発刊に落ち着いたことで、内容の検討にゆとりがもて、紙面の充実が図られたと推察される。

また、院内の関心を引き出す場合、多くの医療機関では、医療安全の話題の中心が看護や医師部門に偏りがちとなる。その点、この組織においては、メンバーを各部門で構成し