

事例11: 中心静脈カテーテル留置の安全教育

取り組みの内容	中心静脈カテーテル留置の安全対策
契機となった出来事	重大事故の発生
取り組みの経過	<p>これらの結果を受けて、安全管理室で重点的に取り組むのは、重大分野の対策にしぼり、インシデントは現場で対応することにした。指導者としてインストラクターを任命</p> <p>イントラネットに記載、シール配布</p> <p>CVC 30 例以上の経験が必要</p> <p>単独で穿刺する認定医を指名することができる</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・若手医師指導</li> </ul> <p>原則としてインストラクターが指導</p> <p>穿刺前に3回以上の見学を必要とし、研修手帳に記載</p> <p>3回の試験穿刺と3回の穿刺までは認める</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・全ての合併症を報告することを義務づける</li> </ul>
定着に向けての組織活動	管理体制の充実、CVC 適応の厳密化、穿刺後チェック体制の強化、レジデント教育(人体模型を使ったシミュレーション)、エコーガイド穿刺ビデオ作成と部署への配布
成果 (直接的・派生的)	CVC に関する事故の減少 適用患者の適正化による患者の身体的・時間的・経済的負担の低減
考えられる成功要因	<ol style="list-style-type: none"> <li>① インシデント分析を行って高い割合で起きている事故に関連している技術を選択したこと</li> <li>② かつ医師が必要としている(必要と感じている)基本技術を選び研修と安全管理対策をおこなったこと</li> </ol>

事例12:医療安全教育

<p>取り組みの内容</p>	<p>医療安全研修会 1)医師ワークショップ 2)医療事故想定訓練 3)危険予知訓練(KYT)</p>
<p>契機となった出来事</p>	<p>重大事故の発生</p>
<p>取り組みの経過</p>	<p>民間企業で安全管理を担当していた管理者が移籍してきた。彼がコーディネータとなり、危険予知訓練や事故の分析、ロールプレイを中心にした医師ワークショップを定期的に行っている。</p> <p>1)医師ワークショップ</p> <p>【目的】 医療事故は身近にあることを知り、事故防止行動への意識を高める</p> <p>【対象】 シニアレジデント以上の医師全員 25-30名/回 事務局 10名/回 病院長は必ず参加</p> <p>【方法】 近隣のホテルで一泊二日の研修 2001年から年2-3回実行</p> <p>2)医療事故想定訓練 ・ポジションペーパーの作成指示 担当者を決め一貫した事実を時系列的に客観的かつ正確に書き留める。 誤解のない表現で記録する。 ～と思われる、～のように見える、と言ったあいまいな表現は避ける。 患者家族への説明や、やり取りも必ず記録する</p> <p>3)危険予知訓練(KYT)</p>
<p>定着に向けての組織活動</p>	<p>記録集の作成 1)グループ討論記録 2)発表記録 3)アンケート 4)感想文 5)全部署に配布</p>
<p>成果 (直接的・派生的)</p>	<p>インシデント報告が早めにあがるようになった。 何もしないより1/4ミスが減る(他の資料から) 医療事故発生後の対応早見表</p>

<p>考えられる成功要因</p>	<p>①外部講師による違う視点からのコメント          ②ジェネラルリスクマネージャ: 事故の現状, 事故分析          ③診療科 RM: 診療科の安全対策          ④事務長: 事故後の対応          1)学習するインパクトのある場を提供して          2)職員の意識変容を促す          3)形成的であること: 総括的を避ける          4)具体的であること          5)リーダーとしての医師が率先する          6)病院幹部の積極的支持</p>
<p>今後の課題</p>	<p>安全管理室が中心になっている。メンバーが替わっても医師ワークショップが続けられるように、後継者を育てる。</p>
<p>組織に与えた効果</p>	<p>医師が率先する意識の動機付け          安全管理に関与する仲間を増やす          病院幹部の積極的支持          医師間コミュニケーションの円滑化</p>

## 成功の視点 10～12：抗がん剤投与，中心静脈カテーテル，医療安全教育

安全管理室が中心となり事故対策を検討するためにインシデントレポートを分析した。その結果，件数や影響の強さを判断し表 1 に示す重点対策項目を選定した。

表 1 重点対策項目

- 1) ハイリスク薬 インスリン，血管作動薬，ステロイド，化学療法
- 2) 誤認回避：手術申し送りの簡素化
- 3) 処置：中心静脈カテーテル
- 4) 指示出し：口頭指示，注射指示
- 5) 医療機器：人工呼吸器，シリンジポンプ

上記のインシデントを減少させる対策として，安全管理室では，業務の標準化と標準化された手順・技術の訓練，そして，これらの活動を院内全体で共有することを目的とした教育を実施した。各代表的な取り組みを表 2 に示す。

表 2 代表的な取り組み

- 1) 業務の標準化  
抗がん剤投与の標準化
- 2) 標準化された手順・技術の訓練  
中心静脈カテーテル留置の安全対策
- 3) 活動を院内全体で共有することを目的とした教育  
医師ワークショップ

### 1. 取り組みと成功の要因

先述した，代表的な取り組みを紹介し，分析する。

- 1) 業務の標準化（抗がん剤投与の標準化）

#### 【取り組み】

抗がん剤投与のプロトコールを標準化するために薬剤部・医師・看護師の業務間連携を見直した。まずは，すべての抗がん剤の投与プロトコールを作成し薬剤部に登録した。このプロトコールを基に患者毎の抗がん剤投与指示録を作成する。この指示録のテンプレートは，院内に公開されて共有されている。（図 1 院内イントラネットワークに公開されている注射指示録）

指示録には，薬剤名・標準的投与量・投与スケジュール・患者名・年齢・身長・体重を記載し，第三者が容易にチェック出来るようにした。確認したことを専門科の複数の医師（研

修医を含まない) が署名する。 従来、看護師が転記していた医師指示録を薬剤部へ直接届くようにした。抗がん剤は、薬剤部の安全キャビネット中で調剤し、病棟へ配布するようになっている。

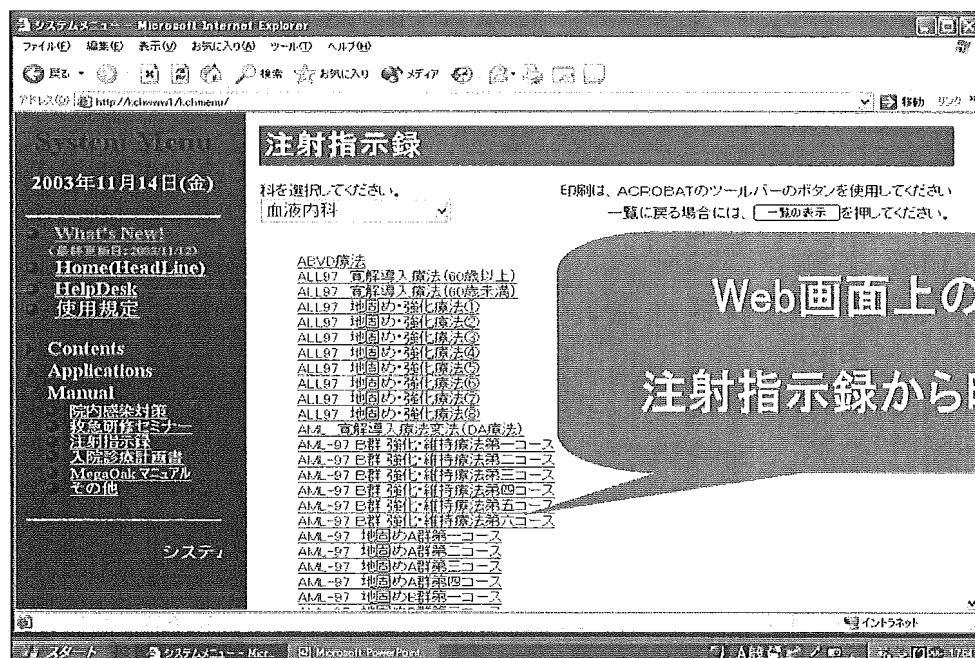


図1 院内イントラネットワークに公開されている注射指示録

【成功要因】

標準のプロトコールを作成し、それ以外の投与を認めない取り決めを作成し、これを担保するために、複数の医師による監査体制を導入した。また、転記ミスなど部署間の狭間にある作業で起きる間違いを防ぐために各工程を見直し、不要と思われる作業を減らした。

2) 標準化された手順・技術の訓練 (中心静脈カテーテル留置の安全対策)

【取り組み】

標準化された手順・技術を指導できるインストラクターを任命した。彼らには、インストラクター・シールを配布した。

インストラクターは、中心静脈カテーテルを30例以上の経験が必要。また、インストラクターは、単独で穿刺する認定医を指名することができる。若手医師への指導は、原則としてインストラクターが行う。中心静脈カテーテル穿刺を行う前に3回以上の見学を必要とし、研修手帳に記載する。3回の試験穿刺と3回の穿刺までは認める。(図3に臨床指導の様子を示す) 実施後の合併症は全て安全管理室に報告することを義務づけた。

訓練には、ファントム（図2）を利用している。

標準化された手順・技術を記した手順書やビデオを電子ファイルにしてDVDに収録して配布した。

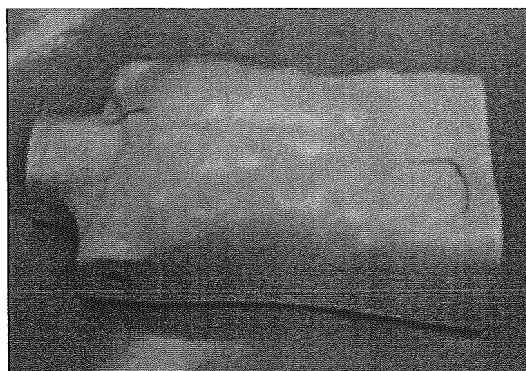


図2 ファントム



図3 臨床指導

#### 【成功要因】

従来、中心静脈カテーテルの取扱手順と関連する技術は、一人ひとりの医師に依拠していた。これを改めて、院内共通の標準化された取扱手順と関連する技術を定めた。そしてこの技術を常に確認できるように、電子ファイル化して院内のイントラネットワークを通じて公開した。

実際の穿刺をするまでに、インストラクターとともにファントムを使った訓練を十分にを行い、その結果、手技を確認する機会を多く持つことが出来る。また、適応の厳密化により実施件数は減っている。図4に大腸ガン手術 CVC 適用の件数を示す。

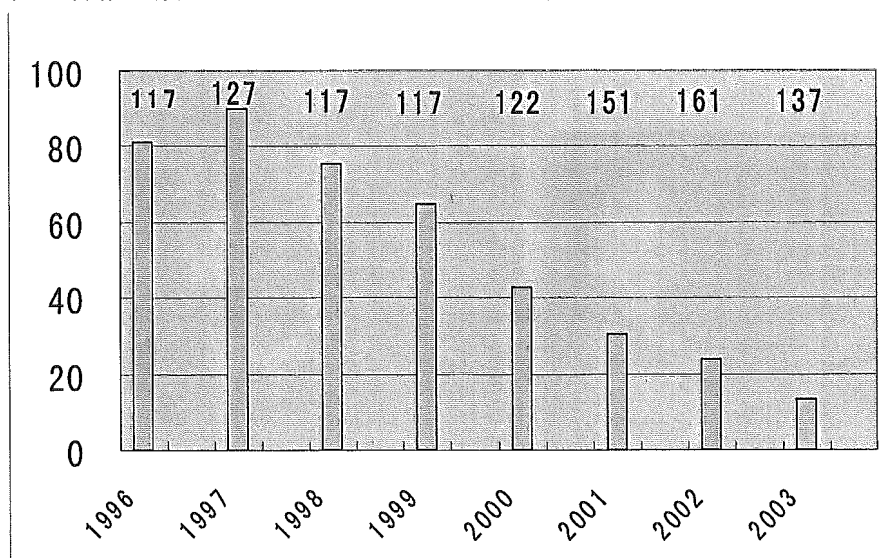


図4 大腸ガン手術における CVC 適応の厳密化（安全管理への取り組み—教育との関係—／米井昭智より）

### 3) 活動を院内全体で共有することを目的とした教育（医療安全研修会）

#### 【取り組み】

#### 1) 医師ワークショップ

安全管理室が中心となって危険予知訓練や事故の分析、ロールプレイ、を中心にした医師ワークショップを2001年から年間2・3回実施している。既に13回行われている。参加した医師は、のべ350人医師（シニアレジデント以上）がいずれかの回に必ず参加することで、全ての医師が研修を受けることになる。

研修の内容は、講演（①外部講師②GRM：事故の現状、事故分析③診療科 RM：診療科の安全対策④事務長：事故後の対応）とロールプレイ、危険予知訓練となっている。

#### 2) 医療事故想定訓練

事故が起きたことを想定し、患者の家族への対応や外部への公表などをロールプレイで学ぶ。ポジションペーパーを作成し、一貫した事実を時系列的に客観的かつ正確に書き留める訓練も行う。

#### 3) 危険予知訓練（KYT）

他の分野で行われている危険予知訓練を全職員対象に行っている。これは、事故につながりやすい行為や場所を確認し、その原因を探り、「自分たち」なら、どのように対応するのか、といったことを学習する。例えば、車椅子を使う患者という設定で、点滴スタンドを持ちエレベータの乗り降りをしてみる。（図5）患者の視点で、病院内に危険な場所があることを理解し、改善策を作り上げていく。

また、日常的に指差し呼称を行い、常に対象の確認を行うようにしている。

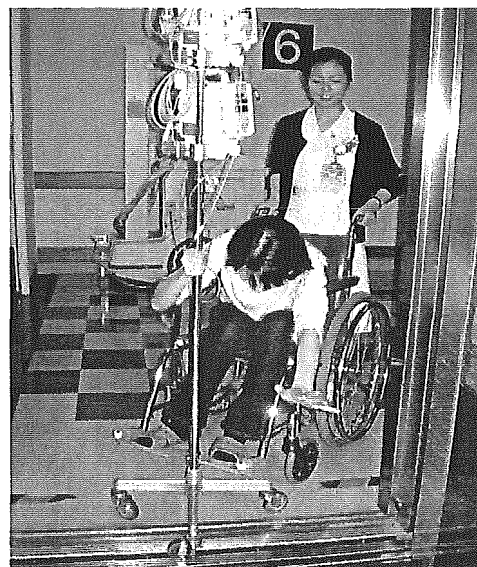
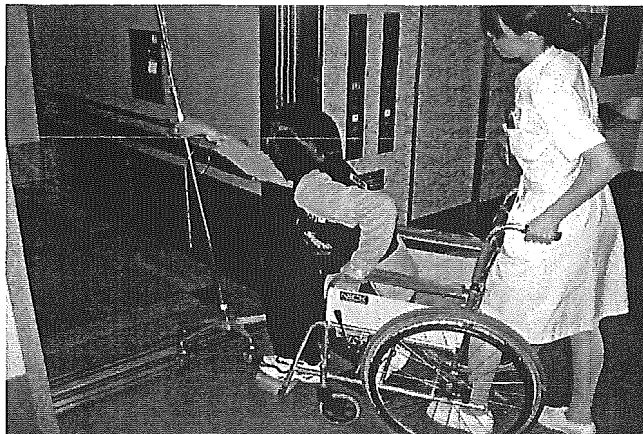


図5 患者の視点で危険のポイントを見つける様子

これらの3つの活動を行うことで、医師が率先して医療安全に関わる動機付けになり、安全管理に関与する同僚が増えた。インシデントが減少することにより、研修の費用対効果が認識され、病院幹部の積極的支持を得ている。また、他の医師の様子をみることで当事者意識が生まれて、医師間コミュニケーションも活発になった。

#### 【成功要因】

実際に身近で起きた事例を取り上げることで、インパクトのある学習内容になっている。また、その内容も形成的・具体的なものであるように注意を払い、総括的なものを避ける。リーダーとして、医師が率先する動いたことも大きな要因である。さらに、病院幹部の積極的な支持があり、参加を保障することにつながった。



## 施設での聞き取り調査

### A病院の聞き取り

RM：これによってどのくらい事故が防げたのかということはありませんが、このような転倒・転落防止のポスターを作成したり、今回は看護の医療安全の下に転倒転落防止委員会として抑制のことも含めて看護助手も入れて取り組んだりしたのです。良いアイデアを持っているのです。

ミットやグローブも助手が開発しています。縫い物の得意な助手がおり、市販されているものを使って今まさに作成中です。

先に考えている方がおり、それを共有することで病院内の事故を減らすことを目指します。

RM：離床センサー、これは6階を改修したときに余った絨毯の中に、窓の隙間を埋めるテープにプラスとマイナスの電極を入れたものを入れてあります。買うと何万円もかかります。私たち（看護師）のナースコールとつながっており、センサーが碁盤状に埋め込まれています。

民間の病院では、安全も考慮しなくてはいけないのですが、離床センサーもかなり高額で、1マット7・8万もするのです。今回はかなりの数量を作ることができました。

RM：14年度科研を参考に、実績報告が発表になってから、私たちもME担当の方で救急カートも整備し、どのカートも同じになるよう標準化しました。本当にいらぬものをつっこんでいる状況でしたから、スリムにしました。

RM：グローブ(抑制)は、看護助手はこういったものを作るのが得意な人が多いのです。こちらが考えたことを作品にしてくれます。ビーズを入れたり色々工夫してみたり、市販のものも結構あるのですが、中には綿が入っており、市販のビーズマットなど患者さんの手にも、とっても良いような感じだったのですが、最近、患者さんが噛んでしまったのです。危険なので二重にしておかなくてはとか、噛むのでジーンのような生地が良いのではないかとか、メッシュのような生地が良いのではないかとか、今月出てくる新しいものを待っているところなのです。この4月から、助手も含めた転倒転落防止委員会で、未だ試作の段階です。

RM：電子化されることで問題になってきたことは、電子カルテになる前に業務のフロー図を見直しして入れ込んだのですが、逆に、入れた上で見直しが必要なことが出てきたのです。もう一度入れた上での整備が課題になるのです。

RM:「ころんじゃいました」から「転倒事故がありました」へ

部長: 当院も恥ずかしい話、私が着任した頃は、事故が起こっても報告はありませんでした。その頃から、院内に医療安全管理委員会を設置しなさいなどと、色々な施設が厳しくなったと思うのですが、それまでは本当にリスク感覚が磨かれておりませんでした。ですから、まず、レポートを出させるところから始めました。しかし最初は罰せられるという意識から書く者がいなかったのですが、いま病棟は競争するような状況になっています。

管理者でリスクマネジメント委員会をやり、いまもそれは続いているのですが、そこだと、何かが重なって起きたことの解決は即そこで出来てしまうわけです。私も含めた看護部全体の職員会では、即解決のためには何をしなければならないのかというところからこういうところに結びついたのです。ですから、報告レベルで終わっているものではなく、発表しなくてはいけないということで、こういうところ（改善策）に結びついていったのです。病棟が報告レベルで終わっていると、何が原因で、何が原因でということ、管理者は、そこでリスク感性を問われることがあるのです。以前は、他部署からつっこまれ、涙をこぼしながらやったこともあります。その時は自分も他部署をつっこめるわけです。ですから、涙をこぼしながら壮絶なところでやってきて、ようやく今、転倒が「ころんじゃいました」から「転倒事故がありました」になったのです。「ころんじゃいましたか」から、ここに至るまで本当に時間がかかったなあという思いはあります

#### RM 出来ない対策をあげてくる

頻回の巡視など、出来ない対策をあげるのはやめて欲しい。自己弁護がそこに入ってきたら、それは解決しない。

#### 出来る対策

このイエローカードは「やりかけカード」といい、“私がやっていますので手を出さないでください”という意味があります。それを入職の時に一枚ずつ渡すようにしました。ですから皆さんは後ろに入れて持っています。

(おせっかいでやってあげて) 本当に事故が起こったことがあるので、これを開発しました。開発というほどでもありませんが、実はこのカードは市販されています。それに黄色のテプラを貼り、1枚は100円ぐらいです。

(これは) オリエンテーションで説明します。オリエンテーションのときに看護部から渡し、実際の使い方は現場でお教えします。これは作ったばかりでしたので、今年の4月の新人にはそれぞれの部署で説明しましたが、来年の4月の新人には医療安全の話をする中で、これを入れたいと思っています。

サービス向上委員会でちゃんと名札をつけるようになっていながらもかかわらず、イエローカードを名札代わりにするようになってしまいました。

柄がかわいいので、つい自分の写真よりイエローカードのキティちゃんの方を表にしていたのです。そうしたら、サービス向上委員会に自分の責任において仕事をしているので名札の写真を出すように言われて、そのように指導しました。

質問者：(やりかけカードは何枚も出さないでひとつだけって)

RM：そうですね。このカードは市販されているのでそんなに高価ではないですし、わざわざ作ってお金をかけるより、色々なお店を探しに行き、どういうものが良いのかと思ったのですが、たまたま小児科の診察券で使うという形で医療品の材料のカタログに入っていたのを見つけました。色も色々ありました。

質問者(黄色は注意喚起の色だから)そうですね。あとは師長の好みです。スタッフたちも作ったとか、どっかから買って来たというよりも、キティちゃんということで親しみがありますから、抵抗無く使えるというのは一石二鳥だっていると思っています。

RM：他の施設の取り組みを吸収する

神奈川県医療安全研修をさせていただきましたが、まだ基礎しか終わっていませんので、県の交流会の方に参加させていただき、他の団体の情報を交換しあったりしています。継続的に交流会に参加するのは意味があると思います。第2回の成功事例大会に出て、その前日に関東甲信越のリスクマネージャーを集めた場で講演会がありました。

質問者：施設内でどのようにひろめるか

RM：転倒転落を会議の中で、どのようにスタッフへ啓蒙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かなど、色々意見が出たのですが、まずはポスターを作るということになりました。スタッフが手作りのポスターを作りました。今これを使って啓蒙しているところです。助手もこれを見ますし、会議には助手も入っています。おむつ交換や排泄介助のあとや、スリッパやベットの足やオーバーテーブルなど、気をつけてくれます。

質問者：ひとつの事例をどのように教育につなげるのか。

RM：そういったところは委員会を作り執念を持って徹底し追跡してゆきます。重ねて起こるから何かを考えようではなくて、繰り返しどこの施設もやっているのでしょうか。

質問者：自分たちで写真入りマニュアルを作った

N s. シリンジポンプにテプラで作ったものが付いています。これ自体が自分たちの手作りなので。

質問者：きっかけになった出来事は？

N s. これが本来の取扱説明書なのです。これからは物流の時代で、何でもかんでも定数

があったところでいいわけではありません。お恥ずかしながら、この病院はシリンジポンプが2台しかないのです。輸液のポンプは数多くあるのですが、シリンジポンプは2台しかないのです。そのうちの1台が手術室にあります。病棟には1病棟だけにしかないのです。他の病棟にはありません。しかもその2台のシリンジポンプの使い方が若干違うのです。それで、色々な部署でどうしてもシリンジポンプではないといけない、脳外科もあるので、貸してほしいという問い合わせがあるのです。「そちらの輸液でいいので、持って行くあいだ、物々交換ね」と貸すのですが、取り扱いがわからないと問い合わせがくるのです。そうすると今度は、手術室は手術室で、たった4人しかナースがいまないので、並列でオペを行っていると行ってあげたくても行けないのです。知らない人に説明書をどんと渡すと、これを見てどう使ったらよいかという話になるんです。落ち着いて見るとこのマニュアルもわかりやすく出来ているのですが、殊に女性は機械に関しては見た瞬間にだめということが多いのですから、それでは一生、命が救えない、危機的な状況になってしまいます。そうであれば自分たちで自分たちのわかりやすいマニュアルを作ろうということで、デジタルカメラを用い、手順通りにここは知りたいというところを最小限にまとめて作ったのがこういったマニュアルなのです。

N s . 大体シリンジポンプに関しては緊急のことが多いのです。我々もこの場を離れてすぐに説明に行けるわけではない。余程何かありましたらというのはありますけれど、初期段階ではなかなかそうはいかない場合もあります。

基本的な使い方はこれでわかり、おおよそ起こりそうなことも簡単に書いてあるという状況です。

質問者：完成されたのはいつ頃ですか

今週です。2時間ぐらいで作りました。

質問者：作るプロセス

部長に確認してもらって正式にOKが出たら背中合わせにし、これをパウチしておきます。部長は「各病棟に置いておいたら」という話をされたのですが、各病棟において実際これを使うときに「どこに置いたか？」となってしまうのはいけないので、逆に手術室のポンプと一緒に置いておきます。貸し出すときにこれと一緒に貸し出した方がなくさないし、絶対探さなくてすみませよねと提案したら、それならモノとマニュアルを一緒にしておこうということになりました。

事前に渡しておく、どこにやったか？となってしまうのです。同じことが（貸す側の）オペ室でも言えるのです。貸してと言われたときに、これどこに置いた？となってしまうのです。結局オペ室を探すことになってしまうので、一緒にポンプのどこ

ろに置いておきます。

シリンジポンプに自分たちでつけました。脳外科にあるのが一世代前で、手術室にあるのが比較的新しいものです。オペ室にはポンプが一台もありませんでした。私に来てから急なときに病棟のものを待っていても、特に夜間だと人が少ないので、なかなか来ないことがあるのです。病院に、どうしても一台買ってください、じゃあ一台だけと、一台だけならシリンジ付きのポンプにしてください、そしたら何故？というので、輸液は補えるけれど、輸液はシリンジを補えないので、だったら最初からシリンジをお願いします、一台ですよと。

N s . 当時院内には1台しかありませんでしたので、これがあれば他にも使えます。これは物流の問題で、もう一台オペ室にあるって職員が知っていればオペ室のものを借りればいいわけです。それでも足りないとは思っています。

このメーカーのマニュアルには淡々と文章が書いてあります。ところが、自分たちでよく失敗するところや、セットしたのに動かないところがあるのです。こういうところを入れました。淡々と文で書いてあるのですが、メモだとわかりません。

N S . クラッチがうまく入っていない状態で、「何故動かないのか」というところを全体図と完成図を合わせると、ひとつ問題になってくるのは溝にちゃんと入っているかというところなのです。このクラッチの方をこちら側にし、よく失敗するところを黄色と赤で、ここを良く見なさいという印をつけて作ってきたのです。

N s . あとは、ダイヤルに少し触れたくらいやぶつかったくらいでは変わらないよう、半回転以上回さないと次には進まないようになっていきます。そのことを知らない新人が入ってくると「変わりません」と言います。医者も手伝おうとして、「これ回らないよ」「数字変わらないよ」と言います。それで「そこは半分以上回さないと、安全のために動かないようになっているのです」と言うと「ああ動いた」となるわけです。病棟に貸し出したとき「動かない」「壊れている」と言われたくないので、このように大きく取り上げて、現場の気持ちと使った経験を、ここでは当たり前なのですが、現場サイドで困ったことをこちらに落とせるのがいいのだと、思っているのです。

N s . 良かれと思ってやってあげたことが、それが理解されないがために現場から疎く思われることがあるのです。ただ、正しいと理解してもらえれば誰もそんな風に思わないと悲しい思いをたくさんしたことがありました。ここだけは大きくうたいたいと言ったところがありました。

前回の安全事例大会に出たときにポンプの話が少し出ました。その中で、ある病院に大変使いにくいポンプがあったらしいのです。何故こんなの作ったのと聞いたら、

色々な病院の看護師さんにどんなものがほしいかと聞いて、意見を全部取り入れたらこうなったらいいのです。

質問者：工夫も説明しないと「使いづらい」と評価されてしまう。

N s. それでせつかく安全のために作ったのに選ばれないのは大変悲しいことです。メーカーのマニュアルには、設計の意図や安全の意図は無いのです。例えばこれはすぐに電源が切れません。これと同じで、ぶつかっただけでは電源が切れないように出来ているのです。「電源が切れない」と言われたことがありましたので、3秒間押し続けないと切れません、ということを最後に入れておきました。

質問者：マニュアルに入れる項目の選択

N s. 入れたい項目をあげていったのですが、それはありすぎると却って混乱を来すので、それまで入れなくて良いのではというところは省きました。何でも書いておかないと「書いていなかった」と訴訟になるので、メーカーの気持ちもわかりますが、年々だんだん分厚くなってきます。最初の10ページくらいは、「これを火に入れない」「水をかけないでください」など、そういったことばかり書いてあります。

質問者：マニュアルの修正のプロセス

N s. 色々な意見を聞いて、その都度修正しています。これも最初私が作ったものとは違う状況で言葉を足したり、私たちのスタッフや新人の子などに聞いたりしながら改訂しています。これも3回ほど刷り直しており、初代は2004年の春前です。

質問者：ペーパータオルの交換コールが無くなった

N s. 実は手術室が仮設の建物にあった頃、手ふきのタオルは古いものを使っていたのです。仮設に行ったときもこれを使っていました。ところが新しくなるときに、手洗いに一体でペーパーが付いていたのです。カテーテルを入れたり、造影をしたり、DSAで簡単に手洗いを行ってからやる処置があるのですが、そこに手ふきを買うか買わないかという話になったのです。そこで、良いアイテムがあるから買わないでと言い、これを提案しました。提案したまでは良かったのですが、ペーパーを入れ替える度に、「入れ替えて」というコールが来ていたのです。困っていたのでしよう。しかし確かに清潔操作を間違えると不潔になりますし、それは危険な行為ですから、私たちの助手さんに入れ替えをお願いしていたのですけれど、いよいよこちらも余裕がなくなったときに、また入れ替えてって言われたのでこれは困ったということになりました。

N s. ちょうどその頃、デジタルカメラというものが日常的になり始めてきました。カメラで検体を撮って現像に出していたのですが、もう外の現像所に出す時代ではないと、事務長と話をしていました。デジタルカメラとプリンターを買ってもらったのです。

検体を撮ってプリントし、患者さんのモニターに使っているのを見て、「これだ！作っちゃえ」と、自分たちで手順に沿ってこれを作っていました。それ以来入れ替えてというコールは無くなりました。

質問者：業務の効率化と教育

N s . たぶん色々な意味合いがこの中にはあるんだろうなと思うんですけど。（効率・安全・経営の）どこか良いところをとっていかないと、どちらかに大きく傾きすぎて何かだめになってしまうので、どこを取るかっていうのが非常に難しい。一番良いところに着地しているのか、ちょっとずれたところに着地しているのか分からないのですが、なるべく考えてはいますね。この先には、(医療資材を)使われる患者さんがいるという視点に立ったとき、そこにいる人が清潔に、始めて行っても出来るにはどうすればいいか、というところを。

N s . 原点はパスの考え方

クリティカルパスの考え方をどこで活かすか、実は教育マニュアルがあるんですけど、それも全部パス式に作っているんですね。この期間の到達目標は何？これもパスの発想です。

N s . 色々作ってきて、これは手術室のペーパーのマニュアル、上にもありましたけれど、これは内視鏡技師ももっているんですけど、挿管した患者さんの詰まった痰を取るのに（ブロンコファイバー）を使いたいというのがあったんですね。ところが医師って使いっぱなしで何もしないんです。ナースの雑務の中でも慣れてくると置きっぱなしになるんです。あるとき「壊れている」という電話が来て、「壊れているって壊したんじゃないの？」って言ったら案の定使ったまま洗浄をしていなかったんで、ただでさえ粘っこい痰を吸うために使ったので、固まっちゃったんですよ。かといって先生の空いた時間や患者さんの変化状況に合わせて、それが日中に使うこともあれば夜中に使うこともあるんですよ。でも、僕らは、夜中になんか出て行けない

N s . でも患者さんのためには最低限常に使える状態にしておかないと患者さんの生命が危険にさらされるっていうところで、ここまではやっておいってくださいっていうマニュアルをつけたんですね。そしたら、それ以来無くなりましたね。気管支鏡にぶら下げてあります。台があるので、

N s . 一台しかないの。最低これだけやっていただければ、次回同じ方に使うのなら、問題ないんです。うちはそうそう使う物ではないので。ふたりも三人も同時に使いませんので。他人様に使うなら洗浄滅菌行程を入れないと危険なものですが、とりあえず緊急的にいつでも使いたい、次もすぐに使えるように、最低これだけやったあとに行ってくださいと。それ以降に関しては、日勤帯であれば、僕らがいったん洗浄機にかけて洗浄しますから、そのあとはっていうところを入れておいてあるんです。

質問者：スタッフが入れ替わることが多いのでそれに対応する意味もある

N S. 助手さんが結構変わる。ナースは長い期間で変わりますが、スタッフは短い期間で変わるので、うちは未だ布製品を使っているんですけど、術着のたたみ方入れ方、四角布のたたみ方入れ方、ガーゼは自分たちで数えたらこのように日付を入れてと、全部、手作りなんですね。ブラシはこう包んでこう入れてとか、取った検体の処理の仕方。

こういった感じでやっておくと助手さんでも入れられる。大事だなと思ったのは、たまに単品で出したのが混ざっちゃうことがあって、「ちゃんと見て入れないと、これ単品でしょ」「どこ見ているの一番？」っていうと「写真です」って。やっぱり文章とかよりも写真や映像的な中で訴えられるかというのが、大事なことなんだと。

N s. これ見ないで、これがあつた、あれがあつた、収まったときにこの絵を見て OK って。単品で一個だけ出したのを忘れてしまっちゃうこともあるので「なんか一本多かったよ」って必ず注意するんですね。「なんでそういうことが起きるの？」ってそういう方に聞くと、こっちを見なくちゃいけないんだけど、何となくこっちも見ちゃう。やっぱり写真の方に目がいっちゃう、一目で分かるからって言うんですね。良いような悪いような。これだけはどう納めて良いかわからないので、結局僕たちが呼ばれてどうやってセット組めばよいのかってことになっちゃうので、じゃあ写真も入れようって。これを最初に作ったのは四年前です。いまはデジカメで撮っていますが、当時はふつうの写真機で撮って貼っていました。こっちも手書きで書いて、当時まだパソコンが普及していなかったので、高価なものだったので。

質問者：始めたきっかけ

N s. やっぱりそのときに何でそれをやったのと言われると、実は当時ここの責任者が病気になるまで、明日から出られないってなって、当時、病棟は長く経験があつたのですが、病棟に行ったんです。朝トントンって背中たたかれて手術室行ってくれない？手術室離れているし、けどね 一番経験積み重ねているからって行って、直ってくるまでだからって最初言われたんですけど。当時困つたのは、長が全てを把握していたんですね。他のスタッフは「はいはい」って聞いていれば良かった。マニュアルもあつたんですけど、見なくても良かった。業者さんとのつながりも全部その人がやっていたので、何がなくて、そしたらどこに行けば良い、どこの業者に言えばいいのか、全然分からなかったんです。大変だったんです。それでマニュアル化をしてセット化をして業者さんとの連絡ルートとかを 全部伝えて、あるもの全部出して定数管理で多すぎるものは買わない、足りないものは購入という定数管理がこれだったんですね。

それでここから発展して行って、いまはこんな感じに。最終的な僕の目標は、自分はそういう境遇に立って一番感じたのは、僕がもし明日交通事故でこの世を去っても



この病院は動いて行かなくてはいけない。というときに、スタッフに自分の考えや気持ち、決まりをどう意識付けできるか、この病院の職場を守っていけるか、ここを信頼してくれる患者さんを裏切らない、約束を守れるかって言ったときに、やっぱり自分たちがわかっているだけではなく形として映像として、こういったマニュアルとかを整備しておかなくてはならないと思うので。実は、朝トントンとたたかれて「行って」言われたのが始まりです。

質問者：ベテランの知恵を視覚化

実は、これも古くて取扱説明書がどこに行ったか分からないんです。そういった誰かさんは知っているんだけど、その人がいないと分からないでは、病院として機能しないので、そういう意味もありまして。古い機械とか「昔いた、やめた何々さんは使い方を知っているけれど、いま院内では知っている人がいないのよね」では困る。

いまは電子カルテが入っているので、パソコンの中に（マニュアルも）映像も全部入っています。分からなくなってもクリックすればすぐ出てきます。

質問者：定着に向けた活動

N s. 簡単に知っている人に聞けばいいって思うらしいんですが、とりあえず行ってやってみて、どうしても分からなければ声をかけてね。こんなの（マニュアル）があるんだ（と気がつかせる）、あとは、マニュアルを全部ファイルしたものが看護部であるので、師長会議や管理者会議で、今度こういうのが出来ました。どこどこに入っています。簡単なアナウンスは流してくれますので。ただ末端のものまではなかなか、一回は伝えてあるのかもしれないけれど、みんな忘れちゃいますから目の付くところに置いておく。そのもの（機材）と一緒にしておく。それで渡すときに「これ（マニュアルを）見てね」と言う。

質問者：改訂したときに評価をもらったりするのか？

N s.（シリンジポンプの）写真の順番や組み合わせを変えたりしたのと、この辺にアラームがあった方が良くないのかっていうところを、変にアラームが鳴ると何のアラームか分からないから、最初にアラームが鳴ってハッと思うのは、スタートボタンを押し忘れてるときなんじゃないかという意見があったので、もうセットしたつもりがスタートボタンが押されていないで、「何このアラームは、何」ってならないために、アラームが鳴ったら先ずスタートをしているか確認をしてくださって、入れた方が良くないって意見があったので、ここに入れたんですね。それでここに監視するところが点灯して回るらしいんですよ。これが回っていないと動いていないって証拠なので、それでその写真を入れてみたり。

質問者：成果

呼ばれる機会が減ったというのがありますし、これがどのように安全につながっているのか、実際僕もその場にいないので、監視してみているわけではありませんので分かりませんが。

インシデントやアクシデントへの影響は、作ったばかりで未だ報告がないですね。他のものに関して、例えばこれが転倒してきてけがをしたとか、うまくいなくてわけの分からない感染を術後に患者さんが起こしたというのは、感染会議に出ていますけれど今のところそういう報告はないですね。

・派生的な成果

自分たちで作りたいという意識は高まっていくんじゃないかという気がします。そうなったときにほんとうに良いのか悪いのかって評価する機構をどこかにおかなくては、(部署ごとに同じ機械の)マニュアルが違っていると困るので、その辺を部長や管理者会議に出して認証されたら OK とかそういう形にした方がいいですね。いまはとりあえずオペ室だけで作っていますけれど。

・考えられる成功要因

メーカーのマニュアルですとか説明ではなく日常自分たちが使っていて躓いたところとか、わかりにくいところに焦点を当てて作るって言うところですね。誰もが分かっていることをつらつら書いてしまうとただ長いマニュアルになってしまって、見たいとか見ようというマイナス要因になりかねないので。

・機材の故障は

故障はないですね。あり得るとしたらバッテリーが垂れてくる。どんなに長く充電していても、すぐに切れてくということがあるかもしれませんけれど。

・考えられる成功要因

自分の苦労したところとか失敗したところを苦労だけに終わらせないということですね。自分たちも最初これを使い始めたとき、かなり苦労しましたので。

・今後の課題

実際外に出て、これを使ったらどうだったかという評価をひとつでも多くフィードバックしてもらって、必要性に合わせて、どうしても制作者側としては「これみてわかんないのか」って言いたくなるんですけど、でも、必要なところは崩して変えられるところは変えていくっていう姿勢を作った側が持つということが作った側が持つことが大事なのかな、みんなでより良いものを作っていくんだという意識を持たない

と、やっぱりこっちと同じで「何でこれ見てわかんない!!」って思っているだけでは、最終的には良いものが出来ていかないと思っていますので、耳を傾けてそれが本当に必要なかどうかという判断をしてバージョンを変えていきたいなと思います。

特に新しく来た方とか新人さんとか、他の病院では違うのを使ってきたと言う方には是非これを使ってもらってどう思うというのは、すごく興味がありますね。それがまた新しい声として、この病院に根付いて行くと思っています。

事故とかトラブルの声が僕のところに届かないと言うところが、結局この病院にとって良いことなのだと思いますけれど、これに関して言いますと、これがないと僕のところにしょっちゅう「何がない」「これがない」としょっちゅう連絡が来るんだろうなど。

逆に聞かないと、良い意見を見失いがちなので、本当に吸い上げられるかというのが今後の課題になると思います。現状としては、うまく組織にとけ込んでいるのかしらというのがありますね。

質問者：マニュアル委員会はあるのか

N s. 手順委員会とME委員会があるんですけど、ME委員会でも簡単な出順を作りたいと言うところで、一部それに目標とか手順を入れたいということなのですが、必ず最後にこれを入れてくれるという頼りが来ています。こんなの作ったのって、かならず最後にこの映像を入れてねって、次回の新人の教育にも使いたいのでしょけれど。

各病棟からひとり担当者がいて、ME委員会を今年(2004年)の春から作りました。こういったマニュアルの整備や取扱注意事項を各部署でその人が中心になってやっていきたいと思います、この病院の組織が変わってきました。

質問者：現場をこまめに見る癖が付き、施設の設計にも活かす

N s. 新病院の建設の図面を見せてもらったのですが、エア配管がないので、レスピレーターはコンプレッサーを使っていたんですよ。一台一台、非常に熱いのと音がうるさいのと、一番故障するのは、レスピレーターよりもコンプレッサーなのですね。買い換えると100万。直るのを待っている間、レンタルでどこからか借りてくるお金、そして患者さんの部屋がうるさいのと、夏場は非常に暑い。レスピレーターは、壊れないけれどコンプレッサーはしょっちゅう壊れてお金がかかってしまいますのでエア配管を作ってもらいました。

## B 病院聞き取り

### 当院の医療安全管理体制

副院長がゼネラルリスクマネジャー（GRM）で、その下に MRM 委員会があります。医療事故に関することは院長が担当します。もう一つ私たちが所属している MRM 分析研究部会があります。名前は、前院長がつけました。堅苦しいですが、医療安全教育とヒヤリ・ハットレポートの分析を行うチームです。

MRM 分析研究部会の役割としては、

1. 職員から提出されたヒヤリ・ハットの整理・分析
2. MRM 委員会への提言
3. 医療安全の技能を広める企画を実施
4. 広報紙の作成 などがあります。

MRM 委員会の構成メンバーは、医師部門 1 名、看護部門 5 名、事務部門 1 名、検査部門 1 名、放射線部門 1 名、リハビリ部門 1 名の計 11 名です。活動の拠点となる場所は、レポートの管理等があるので鍵のかかる部屋を確保しています。活動日は第 1 週から第 3 週の木曜日 13 時～17 時として勤務時間内に行っています。専任ではないので流動的で、日によって出席者が違います。活動についても、第 1 週目は広報紙の作成、第 2 週目は MRM 委員会への提言書作成、第 3 週目は前の月のヒヤリ・ハットレポート分析、第 4 週目は MRM 委員会（親委員会）に出席となっています。

### MRM 分析研究部会の取り組み

リスクマネジメントへの取り組みの経過ですが、K 先生のバックアップがあります。新人に対して 5 つのツールとしまして 11000 事例の中で一番多い事例を 5 つ選んで、それを 2 年目までの新人にきちんと教育していくことで、その人たちが育っていくと考えています。また、リスク感性もその中で育っていくのではないかと考えました。この 5 つにワーキンググループを立てて教育指導を実施していくことにしました。私たちも医療安全に関して学習をそんなにしていなかったのでも 1 年ぐらいかけて、毎月、K 先生のところに通ってご指導を受けて 5 つのツールを作成しました。

### 5 つのツールとは

注射、内服、チューブトラブル、転倒・転落、手術室 これがインデントの多いものでした。リスクの高いところでのこの 5 つに関して、ワーキングで新人指導の案を作りました。今年は 3 年目になります。

それは私たち分析研究部会の 5 人が中心になって、協力してくれる人材はあっちこちから自分たちでチョイスしてきました。