

1年目は作るのが大変でしたが、2年目、3年目はそれを少しずつ改良するだけで大丈夫で、今年は、「私のヒヤリ・ハットが活かされるまで」という、新人に対してヒヤリ・ハットレポートを書いて、それがどう活かされるのか、新人指導の中に入れていきます。

定着に向けての組織活動

2004年の1月に分析研究部会の活動が始まったのですが、毎週時間が保障されたと言うところでは定着できたかなと思っています。

あとは、組織活動が看護師5人だけではなく、ほかの部門のメンバーを入れてくれたということで組織横断的に病院として取り組めたかなというところですね。あとK先生との勉強会の中で、広報紙って言うのを、はじめて、みんなに病院全体に医療安全に対する啓発活動として広報紙を利用したらいいんじゃないかというところで、16年の1月から広報紙を始めました。

広報紙の作成

最初は頑張って、1ヶ月おきに毎月毎月出していました。作っている段階では、ヒヤリハットとしてあがってきたものを、今月は何を取り上げようかという形で一つ一つ題材を決めて、一つ一つにみんなで「これはこうだね」とやりながら一つ一つ原稿を作っていたのですが、とても時間がかかってしまいました。ある程度みんながわかってきた時点で、題材を「これとこれとこれにしよう」と決めて役割分担をして、ここの部分は「お願い」という形で1週間から2週間前後で原稿を集めて広報紙担当のものが新聞に仕上げていくので、そんなに手間がかからずに結構楽しく作れているかなと思います。

質問：レイアウトもタイプアップも皆さんで？

イラストレーターは（私もあまりコンピューター強くないですけど）、最初一緒に立ち上げを手伝ってくれた看護師が担当して、結構そういうのに長けていて基盤を作ってくれました。今は他の人が継続してやっています。原稿が、結構ほかの部門のメンバーからもストレートに的を射たものがあがってくるようになったのですごく楽になりました。最後には、看護部長とリスクマネージャーの目を通して、それでOKが出たら発行の形式を取っています。いくら注意してやっても、誤字や書き直しがあるので、あと「これはちょっときついんじゃない」というのは手直しして、あくまでも広報紙なので楽しく見る気にさせるものにしていきます。

質問：未然に事故を防いだ事例、やったね事例というのは？

題材も変わってきて、最初は〇〇検査という堅い感じでしたが、メンバーも替わった時点で、もう一回、かわら版という形に変えました。横書きだったのを縦書きにしたり、みんなが興味を引くようにしました。見出しを春らしくしてみたりして、これは好評でした。

内容はもちろんのこと、読みやすく取っつきやすい、親しみやすく、次にどんなのが出るのかなと楽しみにしてくれています。

病院の中でも、普段、表舞台に立たない人、縁の下の力持ちという部署があるので、そういうところを探検隊として訪問しています。リスクマネジメントとは違いますが、その部署では、普段どういうところに気をつけて仕事をしているのかを聞いています。写真入りで自分たちの顔が出ていますので、またやらないと、という意識があがる、そんなです。広報紙は、今年は2ヶ月に一度にペースが落ちていますが、継続しなくてはと思っています。これをやっていなかったら、このような部署にはおそらく行かないでしょうね。

意外と、院内のどこで、誰が、何をしているのか知らない人がいます。例えば守衛さんのところでは、いて当たり前なんですけど、普段どのような人たちがどのような思いで仕事をしているのか、ということを知ってもらうことが大事だと思っています。

部門紹介は、訪問したその人たちが書くことにしました。「今まで、こんなことを言う場所が無かったけれど、こんな困ったことがあったんですよ」「言っても良いんですか?」と言われたりしました。遠慮しがちなんですが、そこにインタビューに行ったメンバーが能力のあるメンバーなので、すごく良く聞きだしてくれて、それをまとめてここには載せきれないくらいでした。そこで、師長会に持って行って、実はこういう現場の声があって、すごく困っていて、看護師がもう少し気をつけていればリスクが減るんです。そこを今度記事にしてみない?ということになりました。でも私たちもすごく勉強になりますね。立場を換えてみると、私たちの知らないところで、いろんな人が色んなことをやっていたんだとわかりました。

写真を撮るから最初みんな抵抗があるかなあと思ったんですが、意外と抵抗は無かったですね。とりあえず地下から順番にということにしました。そうするとみんなが何をやっているのか見えてくるんですね。

K先生から絶対続けなさいと言われました。気負っちゃうと続かないから楽しくやりなさい。そのためには記事から抜粋して作っても良いんだし、ちょっと息抜きしてやっていたら良いんだよ、という後押しがあるからがんばれているんですけれど。ただ、毎月はきつかったです。あまりこだわらずにやっていますが、今は2ヶ月に1度になっています。

質問：これは各部門に1枚ずつ配布するのですか？

総務課から各病棟に配布されています。1年目はこの下に帯を作って全員見たかどうかのチェックを入れてもらってそれで戻してもらっていました。

1年かけて、これで必ず見るという習慣をつけていただいて、2年目からは自主的に見ていただけるだろうと考えてチェックはしていません。

はじめは慣れなくて、こういうのを作ったのは初めてでしたから。そのときは、K先生は誉めてくれたんですけど、ちょっとひどかったです。今は良くなったと思います。

インシデントについても、第3者が伝えるというのが、かなり違うかなと思います。看護師だけでなく院内の活動ですので、コ・メディカルも混ざっているというところがいいと思います。他からのメンバーが力になるんですね。

委員会への提言

MRM 委員会に提言をするというのがありますが、提言書をあげることで、病院として改善できたことが 11 項目あります。

これはヒヤリ・ハットが出た中で、きちんと病院の方に申し入れをして改善をしてほしいというところで、月に 1 回二人が出て MRM 委員会の方にこういうことが起きているのでこういうことを改善してほしいってことを話します。

成果について

ある病棟から「こんなことがあるから危険です」って投稿があったんですね。それは、病院に廊下がクロスしている部分があって、人とストレッチャーがぶつかる部分があったり、すごく危険なところがあったんです。それを MRM 委員会にきちんと提言したらすぐに交差点のところにミラーを設置してくれました。

あと、経管栄養剤の誤注入防止のための口径の変更が中々かからなかったんですね。病院の業務委員会を通してみたりしましたが、なかなか変わらなかったんですが、やっぱりリスクというところで MRM 委員会を通したら変更ができました。スタッフの中でも MRM 委員会分析検討委員会にちょっとアクションを起こせば、病院の方に流れて改善してくれているのかなという期待をしてくれています。一番早く、病院の中で動いている場所だっというものが、1 年間で得た評価ですね。

成功事例大会

他の成果として、去年・一昨年と県の看護協会の成功事例大会で二回発表しています。去年は成功事例という形で。私たちもただやっているだけで、成功しているわけではないんですけど、発表も躊躇していたんです。今年は、すごく頑張っているからもっと発表しよう、結構アピールしながら発表できたというところで、プラスに考えて発表していこうという形で今回発表させていただきました。

院内成功事例大会

これが、看護部門だけでは無くって他の部門も交えて発表できるといいよねっていう取り組みから、今年は、11 月に院内成功事例大会というのを開いてみたんですね。これも色々大変だったのですが、出席者も 100 名近く、病院としては 100 名近く出るという研修は時間外ではなかなかないのですが、結構好評でした。それも他部門の人がかなり出てい

て、最初は十何題か募集をかけて、その中でピックアップして五例くらいを発表しようとMRM 委員会で決まったのですが、K 先生に相談したら、全部出してくれたのを全部発表した方が盛り上がるじゃないということ、発表することでその部署も参加するよってところでやったのが大成功して、各部門短い時間だったのですが、6分でね、指向をこらして良い発表会になったと思います。

医局の発表

今回の目玉は医局が発表したというところですね。「何もしていない、何もしていない」と言っていたのですが、医局はヒヤリ・ハットがちょっと出始めたところで、医療安全の大事さがわかってきたことと、自分たちが中心にならなくてはというところの発表だったんですよ。ただの思いなんです、分析チームの部会長が外科のドクターで、その先生に無理矢理強制的にやってもらったら、そうするとやっぱり外科のドクターも8人ぐらい出席していたんですよ。それも一つの突破口だったかなと思っています。

MRM 委員会での医局の取り組みという発表、すごく引いていたんですけどね。今回も、データくれない？教えてくれない？と言われたんです。決まったら、ギリギリになって言って来たんですけど、役に立つのならと、こちらから情報を出したんです。すこしのデータだったんですが、この情報で、さすがにドクターですよ。ここまでまとめるんだって思いました。これは今年の大きな成果ですね。

ケース発表とかじゃなくて成功事例というのがいいですよ。成功事例というところで、去年私たちが感じたように「何も成功していない」という思いが最初あったみたいです。でも取り組んでいることをそのまま発表できれば良いんですよ、というところを持って行ったら感動するくらいうまくまとまっていた。他の部門のことってほとんど見えないじゃないですか、こんな苦勞をしているんだ、こんなことを日々しているんだというのがわかってくれるんだというのが見えただけでもお互いに共通理解が出来たねという環境がありますね。

総務課の発表

自分たちはヒヤリを書くところではないと思っている総務課も一応出したんですよ、裏紙を使った資料を落とさないようにするか。裏紙を全面的に使わないというふうにはならないけれど、使うときにこんな危険があるんだよってことがわかっただけでも、いままでそういう感性が全然無かったんです。総務がこれはヒヤリものですよって言うてくれたのがありがたいですよ。そこが取り組みのきっかけになったんです。

成功事例大会の成功要因

ここまで持ってくるには、色々な抵抗や軋轢がありました。そこへの働きかけとしては、私たちがMRM 委員会に提言をして、こういうことをしたらどうですか、という、それ

はやってみようという GRM とメンバーの中の前向きなメンバーがいてくれて、いろいろなメンバーがいますよね、正直言って、でも良いことはやろうという一声で取り組めるんですね。私たちが前面に出ちゃうと意外とだめなんです。だから私たちは出ないで、そこで、企画する人を立ててもらって、課長クラスですけれど、その人たちに実際のお知らせ等をやっていただいたんです。私たちはほとんど、表には出ませんでした。きっと私たちが全部企画して全部やったら、これだけのことは出来ないし、反発しか出てこないですよ。

リハビリ部門の取り組み

リハビリから、リハビリ中に急変してしまうというヒヤリ・ハットが何件かあって、MRM 委員会の中でコ・メディカルに対して認定看護師が BLS の研修を行いました。重症認定看護師が二人いるので、その人が中心になって一時間くらいずつ 8 回にわたって行いました。

そのときみんな前向きに取り組んでいて、病院の職員として、患者さんが倒れたとき、何も出来ないじゃなくって、出来ることは何かと考えはじめて研修に取り組んだので、自分が病院の職員だと言うことをすごく意識できたと思っています。この様子をデジカメで撮っておいて広報紙に載せました。わきあいあいとしてやっていました。

質問：リハビリのインシデントを拾い上げたのは？

メンバーの中にリハビリ科の人が入っているんですね。研究部会の中に、やっぱり最初、その人は、「そんなこといつも起きるよな」程度だったんですけど、だんだん、何で救急カートがないのかなとか、何でうちはストレッチャーが無いのかな？というところまで意識があがってきて、すごく危機感があって、そこで私たちがなんとかしようよって形で提言まで持って行って、何をしようかというところで BLS の研修となったんです。

コ・メディカルの意識と医療安全に関する取り組み方とか、最初の一年間ですごく成長したと思っています。看護部は元々そういう考える組織ですので、ちょっと教育をうければ考えられるんですけど、昨日も夜集まりがあったのですが、みんなで言える場があって、言ったら聞いてもらえるというのがいいとコ・メディカルのメンバーから出ました。他では言っても聞いてもらえないという委員会もあるのに、ここは何でも言えば真剣に検討してもらえるからという話が出ていたから、それも一つのポイントかなって思います。

リハビリに来る人は心臓が弱いとか、もともとリスクが高いんですよ。それでもコール 9 とか緊急放送が無かったんですよ。それで緊急放送を作りました。それからリハビリの開始の基準とか中止の基準も必要なんじゃないとか部門を超えて意見を言えて、それがまた資料を探してきて「こういうのあったよ」って、それを利用してまたすぐ作ってみたりとか、それが成功事例大会で出ていましたけれど、つながりが出来て良かったです。

転倒転落のリスクも高いですしね。それだけじゃなくて、循環器系から何から何まで（リ

スクが)高いんですよ。リハビリに看護師が配属になっていないですね。

成功要因としての周りのサポート

私たちも全然勉強していなかったのですが、K先生の大学まで通ったんです。それはすごく大変だったんですけど、困ったときとか、精神的なバックアップをしていただいて、適切な助言をいただけたから私たちはここまで来られたのかなと、行った5人が一つになれたところがあって、何かあっても5人で協力して他の部門を巻き込んでがんばっていきましょうという活動が出来たと思います。

こういう活動をしていると圧力もかかってくるので、私たちもつぶされそうになったこともありました。そのときにいつもK先生が「いいのよ、いつでも相談しておいで」「大丈夫だよって」いつも後ろから押してくれたので、すごく精神的に助かったと感謝しています。

チーム活動

私は組織図の中では、看護部の方からはずしていただいたんです。副院長のすぐ下でMRM分析研究部会を立ち上げていただいたので、中立的に活動が出来ているのかな、というところと、ここまで持ってくるのにやはり色々な話し合いもあったんですが、看護部というしがらみの中で仕事をしていくとやりにくい部分もあるので、組織横断的に活動が出来て良かったなと感じています。

最初、部会のコ・メディカルの人とは、ほんとうに温度差があって、なんか全然違って、出てくる方もつらかったと思うんですが、そこを乗り越えて一緒にやっという部分があったので、一緒に来られたのかなと思っています。医療安全に関して事故を起こしちゃいけないところで、みんなで頑張ろうって。昨日話したときも「本当につらいでしたよ」といわれたんですけど、でもそこで、「自分がつらいけれど、みんなと一緒にやっというところをやれたのは「医療安全に対する思いがあった」と聞けたので、やって良かったのかなというところと、結構、看護部5人がいつも打ち合わせをしながら出てきにくい人（間が空いちゃうと出てきにくい人が出ちゃうんですね）廊下であったときに「今度出れる？」とか声をかける努力はしていたので、やっぱりコミュニケーションとか人間関係とか大事なので、私たち二人はそれを大事にしながらやってこられたのと、今後もそうしていきたいなと考えています。

質問：看護部のリスクマネージャーは、どのような構成になっているのですか

3人は主任、(他に)他の病院から移ってきた今年3年目のスタッフ、ちょっと光るものがあったのでひっぱったんです。もう一人は認定看護師が言っていたんですけど、「今年の4月から活動に入って、今まで何もしていないのに発表してみたいっていうのをここではやらせてくれる。そういうところで自分もやってみる価値がある」と。一人ずつ持って

いるものは違うけれど、ひとりで立てる人たちなんですね。人に依存しないで、考え方も持っていますし、その代わりすごく個性も強いし、そういうメンバーが遠慮しないで自分の意見が言えて、それが却下されることは先ず無いんで絶対聞いてもらえるっていう、そういうところが部会の良いところなのかなあとと思います。

組織に与えた効果

ヒヤリ・ハットレポート

院内成功事例大会は、出席者が100名で、看護部が一番少なくて29名、全体からみると5分の一、ちょっと企画のPR不足もあるかな。他部門は全員出たのかな、くらいにたくさんでした。他部門は、いままでそういう機会がなかったんですね。看護部負けちゃいますよって、部長に言ったんですけど。

ヒヤリ・ハットのコ・メディカルからの提出数が増加しています。まだ医局の部分は少ないんですが、薬剤科は内服でかなりヒヤリ・ハットが出ているんです。報告はなかったのですが、看護部から「こういう薬の組み間違いがあったよ」と薬局と話すと、自発的に出るようになってきました。

前年度との比較はないのですが、私たちが統計を取っていないので、総務で数だけ取っていた部分があったので、転倒転落は別になっているんですけど、数別には看護部が確かに多いです。伸びとしては、看護部は数的に前からこのくらいは出ていたんですね。薬剤科の134件というのはがんばったなと思いますし、放射線科や検査科など、いままで書く習慣すらなかったところ書き始めたので、ここは一つ評価になると思います。

医師は2件ですけど、2年間で11・2件、その程度なんですけど、医局はレポートの書式もなかったんで、それを作ったり、地道にやるしかないかと思っています。

転倒・転落について

評価は看護診断と連動していないと指摘されています。そこまでやらなくちゃいけないとなると大変です、全ての患者さんにアセスメントはしています。ご家族にどのように説明するかが問題になりました。委員長と相談して、説明用紙を複写にして、ご家族に、こういう要因があるんです、こういう状況があるんです、こんなこともあるんですよ、転倒の件数も示して、これだけ転んでいるんですよって。これは削除されそうになったのですが、ここだけは譲れませんとがんばって、結局原案通りにしましたが、かなりたたかれました。師長や医事科に、病院として入れる文書なのにといわれました。そのときやっぱりK先生に相談して、この方が良いて言われましたからというところで大丈夫でしたね。

同意書は無理なので、説明させていただきました、にしたんです。もらったから責任がないわけじゃなくて、入院時にこういう説明をしました、ということ残しておかないと思っています。

実際に、緊急入院の方がベットサイドで転んで脳出血起こして、「言ってくれば付い

ていたのに」とか「縛ってくれたら良かったのに」とか、夜中に出てきたらかなり言われたんです。そのとき、説明がいかにか大事ということがわかりました。

患者様のご家族は、自分の家ではしっかりしていましたがね。これが絶対ではないんですが、ただ手渡しするのではなく、この通り読むだけでも良いし、必ず話をしてから渡してください、と言っています。

質問：患者の状態を評価して、転びそうな患者だけに渡すのですか？

これは全員に渡します。チェックは、入院してすぐはなかなか出来ないときもありますので、24時間以内に入院時の情報シートを埋めるという約束がありますので、それと同時進行で、このチェックシートを埋める形にしています。これは入院時にお渡しするという事で、家族がいるうちにチェックをします。

ヒヤリ・ハットが活用されるまで

デジカメで寸劇を撮ったものを新人指導の時に説明しています。これは去年のものが、今年は動画で実際に動いているところを見せて患者間違いへの対応ということでやってみました。新人は、イメージもわからないので動画で、なるべく印象に残るようにしています。基礎の部分も何ヶ月かたつとポーッと忘れていきますよね。

新人教育

基本的に新人の教育は、大事な注射と内服、チューブ管理を夜勤に入る前にやります。転倒転落と手術室、ヒヤリ・ハットが活かされるまでは、半年位たって夜勤にもちょっと慣れたかなという時期にやりました。1回目は2日間でやったので覚えて無かったので、少し分散してやっています。

いつまでに何を覚えておけばいいかなあというのを整理しておけば、新人教育をしても、職場で先輩から、それぞれで良いのよって一言言われちゃうとそれで終わっちゃいますからね。そこをどうするのか、RMでもある師長がいまいる人たちにどう働きかけられるかですね。新人の教育担当者もいます。医療安全に関しては、私たちが全部、企画から評価まで行っています。

ダブルチェック、時間を変えて方法を変えて

チェック、チェックとチェックが多くて、実際患者に入れるって言うときに力尽きちゃう、その最終確認ができなくてネームバンドも取り入れて確認しています。

薬をサランラップに名前を書いてくるんでいたのですが、準夜の看護師が遅出の看護婦に、これ誰々のだからお願いって言われて、そのまま見ないで飲ませちゃったんですね。それで間違ってしまったことがありました。全然確認しないですね、本当に今悩んでいます。ネームバンドを確認しないから悪いのよって看護部からは言われるのですが、夜間と

か、どこに付いているのか決まっていないので、すごくチェックしづらいんですね。

指差し呼称

小児病棟では、KYT をとり入れて、指差し呼称をしようと、朝唱和して、やっているのですが、それもなかなか定着しないんです。きのうから始めたのは、パウチッコに何々よし、何々よし、何々よし、と3つ項目を書いて、例えば患者さんのところに貼っておいて、薬を何々ちゃんが飲む・よし、何々の薬・よし、家族の確認・よし、これをチェックして飲ませるのよということと、あと今までサランラップをかけていた水薬を、ネームシールを薬袋に貼って、誰が飲んだか分からないので薬袋は飲ませるところまで持って行って、飲ませ終わったら確認していたので、それと同じ扱いでラベルシールをここに貼って、この子の薬を飲ませた、この子でOK かなって、チェックをやり始めたばかりなんですね。それが、すぐに定着するかわからないんですけど、最終的に飲ませるときに自分で確認しなくてはいけないんだよ、という意識に持っていかないと、何をチェックしましょう、ということになり、ダブルチェック、ダブルチェックって、現場に持って行って何回も言っても定着しないんですね。

何でもダブルチェックなんですよ、そうするとダブルチェックする意味が無くなっちゃって、何をダブルチェックしなくてはいけないのか、何が一番リスクが高くてそこだけは逃さないようにしようとか、本来はそこがリスク感性であって、そこを教育できると良いんですけど、そこまで行くのは難しいので、輸血の時とか抗ガン剤の時とか、本当にリスクの高いところだけに絞るのも大事なかなと思っています。逆に、今はダブルチェックの弊害があるのかもしれない。

小児科で一時間おきにチェックしているんですけど、20 滴落とさなくてはならない点滴を 40 滴落としたりしていても、ずっと済みのチェックがついています。自分の頭の中で40 滴と思っているから、全然だめですよ。違う目を入れるとか、例えばスタッフが交換するときに、リーダーがとか、準夜と深夜が交代するときは、もう一回、相手チームが違う方の点滴を確認しているんです。ほんと、思いこみが強くて、自分では追加しているつもりが滴数が違っていたりが多いんです。相手チームは、手間ですが、もう一回見ることで、例えば、10 分くらいで確認して、ちょっと入ってしまいますが、そこで何時間も入らないこともあるので、あんまりチェック、チェックって、チェックしているだけで、チェックのためのチェックみたいになってしまっ。

指差し呼称をやっている人は、本当にやっていて間違っていないんですね。恥ずかしくて出来ないスタッフもいて、そこは病棟全員で、全体で、本当にみんなこれをやっているよ、お母さんに、あなたやっていないじゃないって反対に言われるくらい定着させていこうとしています。

質問：指さし呼称をすることを患者さんには伝えているのですか？

点滴の方に、指さし呼称のラベルをぶら下げているので、お母さんに、こういうことしているんですよってアピールしています。

質問：どうやって医療安全について広めるのですか？

ヒヤリ・ハットが上がってくると、病棟の温度差が結構あるなってわかります。そこをどう縮めていくのか、一緒には出来ないで、看護部としてどう取り組んでいくのか、良い取り組みをしているところを紹介して、全部同じに出来なくても、違う形で取り入れていきましょうって形で出来れば、もっと良いんじゃないのかってやっています。

具体的な対策

IVHはお昼の12時切り替えとして、昔の話をする訳じゃないですけど、夜は病院を静かにして、なるべく何もしないようにしています。

ヘパロックの弊害もあって、その勉強会もしました。MRM委員会で業者の人を呼んで勉強会をしたんです。生食ロックとヘパロックとどちらが良いのか、感染の問題の勉強会もやりました。要するに、ご飯も食べられるようになってきているのに、必要じゃないルートをいつまでも置いておくのが問題だとなりました。きっとそういうところをドクターに頼らないで、看護師がこれも必要ですかと、きちんと言えることも大事だと思います。河野龍太郎先生の本にも、人は不快なものは抜きたくないとありますからね。点滴漏れが結構あるんですよ、小児科の先生にお願いして、いらぬ点滴はやめるようにしたいんですが、小児ってなかなか入らないので、もう一日入れておきたいってことがあるんですね。転倒転落もあるし、抜いてしまうと危険ということもあるので、今までやっていなかったんですけど、今年4月からヘパロックに変えてもらったんですね。

やっぱりそこに持って行くには大変でした。先生にしてみれば、看護師が大変なんだろうって言ってきました。そこで何を目的とするか、子供の安全というところを持って行ったら、じゃあしょうがないからしょうかってことになりました。

質問：取り組みのうち、右と左をひらがなにしたのは何かあったのですか？

オベ室からのヒヤリ・ハットで、ドクターの指示が右と左が結構間違えて書かれているというのがあって、確かに最初から右と左を勘違いしてしまえばおしまいですけど、ただ右と左って字が似ているから、オーダーリングの時に、ぱっと見たときに間違いやすくて、だったら、ひらがな表示にしているところがあると聞いたので、やってみようってことになって、ドクターの指示をひらがな表示に変えてもらいました。

本当にヒヤリする場面があって、間違いとまでは行かないけれど、術前の処置が、指示書は右だけれど、実際に処置されているのは左だったとか、患者さんに聞いてみたら先生が間違えていた。事前に術前に気がついたから良いけれどということがありました。