

### 6.3.3 分析内容の変化

飯塚病院の事故報告書において、改善した POAM 導入前後で、立案された対策がプロセスと複数部門に着目されているものを調査した。また、水戸病院、武蔵野赤十字病院にも POAM の導入を図り、同様の調査を行った。結果を表 6-5 に示す。

表 6-5 分析内容の変化

病院	期間 (年度. 月)	総件数	分析の着目点	
			プロセス	複数部門
飯塚病院	03. 1~4	164	69 (39.2%)	14 (8.5%)
	05. 6~9	245	149 (60.8%)	48 (19.6%)
水戸病院	05. 6~9	68	38 (55.9%)	15 (22.1%)
武蔵野赤十字病院	05. 6~9	322	124 (38.5%)	26 (8.1%)

( )内は総件数に占める割合

表 6-5 において、プロセスに着目した分析とは、適用例で示した対策のようにプロセスの作成や改善案が立案されているものである。複数部門に着目した分析は、看護師、医師、そして薬剤師が協力した対策や、看護師がミスをしていても医師や薬剤師のプロセスの改善案が立案されているものである。

表 6-5 より、飯塚病院ではプロセス、複数部門に着目した対策の割合が増加しており、プロセスに着目するようになったと考える。また、水戸病院においても飯塚病院に近い値が示され、6 割弱がプロセスに、2 割強が複数部門に着目されている。武蔵野赤十字病院では、飯塚病院、水戸病院に比べ低い値が示され、改善した POAM 導入以前の飯塚病院に近い結果となっている。

飯塚病院、水戸病院では全ての事故に POAM を活用することが義務付けられている。しかし、武蔵野赤十字病院では各病棟の師長に任されており、導入したものの 1 割弱しか POAM が活用されていない。

したがって、POAM の導入による意識付けだけではプロセスに着目させることは難しく、継続的に活用することで効果があると考えられる。

### 6.3.4 飯塚病院の与薬事故件数の変化

#### 6.3.4.1 与薬事故全体の件数の変化

飯塚病院における与薬事故全体の件数の変化を図 6-7 に示す。

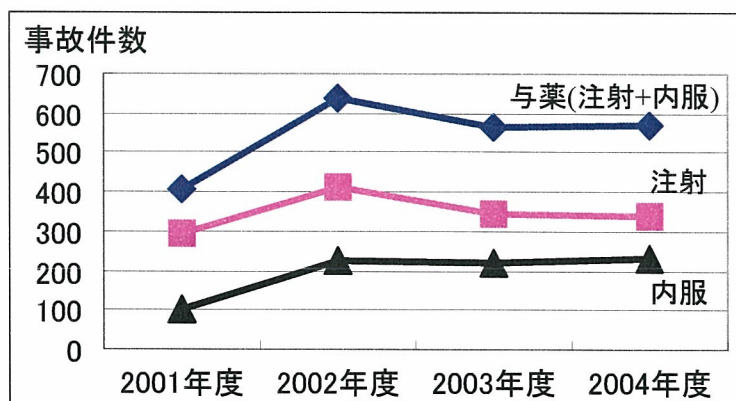


図 6-7 与薬事故全体の件数の変化

飯塚病院は2001年度にPOAMを導入した。そして、発生した与薬事故のすべてを、POAMを活用して分析している。図6-7の与薬において、導入直後は件数が増加している。これは、事故が発生した要因は、不注意や確認不足といった人の問題ではなくプロセスにあるため、事故を報告して分析することが重要であると医療従事者が認識し、積極的に事故報告書を提出したからだと考える。

その後は減少傾向にある。これは、長い期間にわたって、POAMによるプロセス改善を続けてきたからである。したがって、プロセスを改善することで事故を低減できると考える。

また、内服で発生した件数を見ると、ほぼ減っていない。この点に関して、内服は意識の鮮明な患者は自身で内服薬を管理し、内服することになっている。そして、その患者が飲み忘れるといった事故も内服事故として報告されている。したがって、内服は減りにくい傾向があると考えられる。

#### 6.3.4.2 POAMによって立案された対策に関する事故件数の変化

飯塚病院において頻発していた事故に関して、POAMによって立案された対策の中で、実施されたものについて実施前後3ヶ月間の事故件数の変化を調査した。表6-6に示す。

表6-6 対策実施前後での事故件数の変化

事故内容	対策内容	件数	
		前	後
食前薬の情報伝達で、与薬内容のカードへの転記ミスで与薬を誤る。*	カードをなくして、処方箋のみで伝達する。	3	0
時間薬を与薬用カートの上にまとめて準備したため、気付かずに実施を忘れる。	カートの中に時間薬のセット場所を患者ごとに設ける。	5	2
ある業務が他の業務によって中断したときに、中断前に行っていた業務の実施を忘れる。	業務が中断するときは、タイマーを活用する。	8	5
与薬用ワークシートを与薬用カートの該当する患者のBOXに保管し、そのBOXの中を見ないために実施を忘れる。	ワークシートは一箇所にまとめて管理する。	4	0

※3.2の適用例1で用いた事例

表6-6より、すべての事故について対策実施後は件数が減少していることがわかる。したがって、POAMで立案された対策は、事故低減に有効であると考えられる。

上記と、6.3.4.1項で示した内容から、POAMは与薬事故の低減に有効な分析手法だと考える。

## 6.4 POAMの導入、推進方法の検討

### 6.4.1 POAM勉強会の実施とその結果

#### 6.4.1.1 実施概要

医療従事者は事故分析に関する専門知識が少ない。さらに、事故分析は日常の業務とは捉えられていないため、その教育に時間を割いていない現状がある。そこで、医療従事者がPOAMを正しく活用するための活動が必要である。

その活動として、飯塚病院、水戸病院、武蔵野赤十字病院と、複数病院が参加する研修会において、計7回の勉強会を実施した。1回の勉強会は1~3時間で、POAMの説明、班ごとの事例分析、分析結

果の発表，講評を行った。実施概要を表 6-7 に示す。

表 6-7 POAM 勉強会の実施概要

実施病院	対象と参加人数	総時間 (事例の演習時間)	演習班の数
飯塚病院	与薬事故防止委員の 看護師，2 名	60 分 (30 分)	2 (個別)
武蔵野赤十字病院	医療事故防止委員の 看護師，23 名	60 分 (35 分)	4
研修会 I	関連病院の代表者 (看護師，医師，薬剤師， 事務など)，計 40 名	180 分 (75 分)	6
研修会 II	関連病院の代表者 (看護師，医師，薬剤師， 事務など)，計 31 名	180 分 (80 分)	4
飯塚病院	ISO 活動委員， 師長，主任クラスの 看護師，計 110 名	180 分 (65 分)	12 (うち与薬は 2 つ)
武蔵野赤十字病院	病棟の師長，16 名 病棟の係長，30 名 計 46 名	120 分 (45 分)	8
水戸病院	勤務年数が 2，3 年目 の看護師，29 名	110 分 (45 分) ※2 日にわけて 実施	6

※実施病院は，上から実施した順になっている

#### 6.4.1.2 POAM の汎用性の検証

班ごとの事例分析の結果，勉強会終了後の参加者へのアンケート調査，事例の演習時間の 3 つにより，POAM の汎用性を検証した。以下に示す。

##### <分析結果>

事例の分析結果 42 件を調査した結果，38 件(全体の約 9 割)でプロセスに着目した対策が立案されていた。したがって，POAM は多くの医療機関において，プロセス指向を実践できる手法だと考える。

##### <アンケート結果>

アンケート調査では，大きく以下の 2 つを質問した。

- |  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>(i) POAM を活用しての感想</li> <li>(ii) POAM 勉強会に関する感想</li> </ul> |
|--|

### (i) POAM を活用しての感想

この質問に対しては、どの勉強会でも共通して“POAM の良い点”と“自病院で活用したいという意見”の2つがあがった。以下にそれらを示す。

#### POAM の良い点

- ・ 分析手順が示されているので、系統的に分析できる
- ・ 分析シートのフォーマットが、分析を容易にする
- ・ プロセスに絞って分析することで、短時間での分析が可能になる

これらより、分析者自身が POAM の良い点を実感しているといえる。これは、POAM の使い勝手の評価につながると考える。

#### 自病院で活用したいという意見

- ・ もっと勉強会の回数をこなしたい
- ・ 現場の看護師に身に付けさせたい

これらのことから、多くの医療機関が飯塚病院と同様に、効果的な事故分析を行えていないことがわかる。さらに、事故分析に関する教育の必要性を実感していると考ええる。

### (ii) POAM 勉強会に関する感想

この質問に対しては、以下のものがあがった

- ・ ファシリテーターの方がいてくれたことで、円滑に進行できた
- ・ 事例分析の時間を多くしたい
- ・ 1つの班で2つくらいの事例を分析したい、そして比較などを行いたい
- ・ 管理職以外の人にも勉強会をしたい
- ・ 様々な職種の人が参加していたことがよかった
- ・ 事故分析に関する視点を吸収できた

これらのことから、POAM 勉強会に関する感想は、事例分析に依存することがわかる。個々の事例の内容に関する意見には、例えば、情報でミスが発生している事例だったので、モノなど他のタイプの事例を分析したい、などがあがった。したがって、事例の内容が重要である。さらに、ファシリテーターの存在が、参加者の満足度を向上させている。ファシリテーターとは、班ごとの事例分析において、参加者の質問への回答など、円滑に分析が進行するために補助を行う人である。

また、勉強会には異なる医療機関や病棟から、様々な職種の人が参加している。したがって、勉強会はコミュニケーションを図り情報を共有したり、異なる視点を学ぶことができるといった効果もある。

#### <演習時間>

飯塚病院、水戸病院、武蔵野赤十字病院での勉強会と、研修会 I、II での勉強会にわけて、事例の分析時間の平均を以下に示す。

【飯塚病院，水戸病院，武蔵野赤十字病院】：44分

【研修会Ⅰ，Ⅱ】：77.5分

日常の事故分析に要する時間を考慮すると，3病院での平均時間であれば，医療機関で発生した全ての与薬事故を分析することが可能だと考える。また，今回の参加者が，今後も継続的にPOAMを活用した事故分析を繰り返すことで，この時間は短縮されていくと考える。したがって，POAMは多くの医療機関において，日常の事故分析で活用できる分析手法だと考える。

研修会の方が多くの時間を要している理由は，次の点にあると考える。研修会には，多くの異なる医療機関の関係者が参加しており，さらに与薬業務を行っていない参加者もいた。これにより，分析する事例が自病院のものではないため，詳細な事故状況の把握に時間がかかることに加え，その把握に限界がある。その結果，要因分析や対策立案も困難になることが考えられる。また，参加している医療機関ごとに与薬業務プロセスが異なるため，共通認識を図るのに時間を要したと考える。さらに，研修会は勉強会自体の時間が長いことから，事例分析にかかる時間に余裕があったため，より深い分析を行ったことも考えられる。

#### 6.4.2 導入，推進のためのツールの作成

6.4.1節で述べたアンケート結果より，多くの病院において，“もっと勉強会を行いたい”，“自病院でPOAMを活用したい”といった意見があがった。そこで，表6-7に示したように勉強会を繰り返す過程で，勉強会実施マニュアルを作成し，改善を図った。そして，3章で示したPOAMの分析手順と合わせ，教育用テキストとしてまとめた。テキストは飯塚病院の病棟をラウンドし，活用しながら事故分析を行うことで改善を重ねた。これらのツールにより，医療従事者自身でPOAMを導入，推進していくことが可能になる。以下に，2つのツールの詳細について述べる。

##### 6.4.2.1 勉強会実施マニュアル

作成したマニュアルの構成を以下に示す。

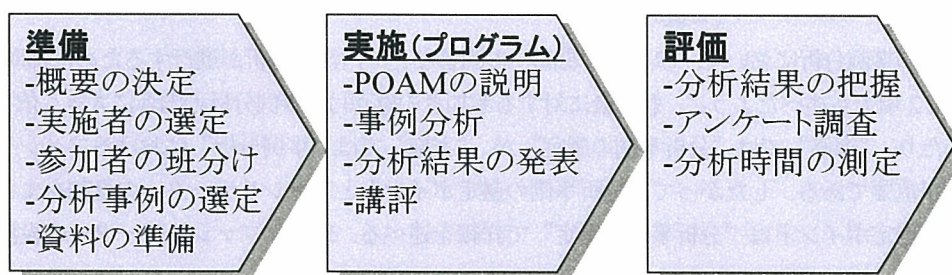


図6-8 勉強会実施マニュアルの構成

図6-8のように，大きく“準備”，“実施(プログラム)”，“評価”で構成される。そして，各段階にポイントが示してある。以下に，そのポイントを示す。

## (1)準備

### 【概要の決定】

ここでは、以下の①～④を決定する。

#### ①対象(人数)

医療従事者すべてが参加者の対象となりえる。

#### ②勉強会の総時間

図6-8の“実施(プログラム)”で示した内容を十分に行うには、2～3時間程度必要だと考える。

#### ③実施する目的

勉強会の目的はPOAMの分析手順を学び、日常の事故分析で活用することである。しかし、POAMを学ぶことで、例えば、事故報告書に書かれている内容が不十分であることを実感してもらい今後は充実させていきたい、など他の点も参加者に理解してもらうことが可能である。この点については、“分析事例の選定”で主に説明する。

#### ④演習形式

演習の形式には以下の2つがあると考えている。利点と共に示す。

[班形式]・・・1班、5、6名で1事例を分析する。

⇒日常の分析状況を想定したものであり、  
POAMの効果を実感できる。

[個別形式]・・・1人で1事例を分析する。

⇒少ない実施者で、多くの参加者に行うことができる。

### 【実施者の選定】

実施者には、①中心人物(責任者)、②ファシリテーター、が必要である。

#### ①中心人物(責任者)・・・1名

主に、勉強会の準備、実施、評価の運営と監督や、ファシリテーターに業務の割り当てを行う。必ず必要とはいえないが、いないと責任の所在が不明確になり、勉強会に関する活動が進まないことがある。また、ファシリテーターの役割を兼ねることも可能である。

#### ②ファシリテーター・・・(×班の数)名

班ごとの事例分析において、参加者の質問への回答など、円滑に分析が進行するために補助を行う。

6.4.1.2項でも述べたように、勉強会に対する参加者の感想は、事例分析の内容に大きく依存する。それにあたり、“準備”では“分析事例の選定”が、“実施”では“事例分析”におけるファシリテーターの役割が重要である。したがって、分析事例の選定ポイントとファシリテーターの役割をまとめた。分析事例の選定ポイントは“分析事例の選定”で詳細を述べる。以下にファシリテーターの役割について述べる。

## 役割の作成方法

勉強会でファシリテーターとして協力してくれた学生にアンケート調査を行った。アンケート内容は以下である。

- (i)事例分析中に参加者にされた質問と，それに対して行った回答内容
- (ii)事例分析中に気付いたこと(意見や考えではなく，“事実”のみ)
- (iii)事例分析を見ての感想

そして，収集した内容をKJ法でまとめた。

### ファシリテーターの役割

上記で収集した(i)をもとに質問対応表を，(ii)をもとに事例分析中のチェックポイントを作成した。図6-9，および表6-8に示す。

- ①事故報告書の情報が足りなくて分析できないのですが？  
⇒参加している皆さんの同意が得られる範囲で、推測をして構いません。

モデル図に関して

- ②情報、モノ、作業に書く内容がわからないのですが？  
－情報、モノ、作業の欄はどこまで詳しく書けばいいのですか？  
－情報、モノ、作業の区別ができないのですが？  
－情報（情報源を含む）、モノ、作業の示す内容がわからないのですが？  
※（思い込みの場合）誤った情報（源）は何か書くのですか？  
⇒皆さんが事故状況を把握できる範囲で書いてください。  
※頭の中で情報が変化した場合は、書く必要はないと考えています。なぜならば、それは業務プロセスとしては捉えられないからです。誤った情報、情報源が存在するならば書くべきだと思います。

- ③複数人が関わっていてモデル図が書けないのですが？  
－複数の人が関わっているのですが、どのようにモデル図を書けばよいですか？  
－モデル図の真ん中の人は誰にすればよいのですか？  
－分析者の捉え方で、いくつかのパターンのモデル図が書けるのですが？  
⇒皆さんが最もわかりやすい形のものを作成してください。  
例えば、以下のような書き方があります。  
・患者に実施した看護師を中心に作成する。  
・モデル図に複数の○（人物）が書かれる。  
・関わっている人ごとに複数のモデル図を作成する。

- ④これで正解ですか？  
－全ての項目が埋まらなくてもいいですか？  
－これで正解ですか？  
－分からない点はどうすればいいですか？  
⇒構いません。正解はありません。（モデル図作成の目的を述べる）  
空欄で構いません。

- ⑤モノの矢印は、なぜこのような形なのですか？  
⇒モノを取ってくるといったイメージを表しています。

モデル図の作成以降に関して

- ⑥ミスがあった部分はどのように判断するのですか？チェックは1つですか？  
⇒作成したモデル図で、×印、点線の矢印がある部分です。複数ある場合は、基本的に上流のものにしてください。なぜならば、根本的なミスはそこであり、できるだけ上流で対策を実施することが効果的だからです。
- ⑦実現可能な対策を立案しないとダメですか？  
⇒実現不可能なものでも構いません。とりあえず、案を出すことに意味があります。自分達の業務がやりやすいものになるならば、案を出しましょう。  
立案された対策案が実際に実施できるかどうかは別の所（組織名）で考えます。
- ⑧正解ですか？  
－空欄があってもいいのですか？  
－この要因、対策で合っていますか？  
⇒構いません。正解かどうかはわかりません。とりあえず、プロセスに着目しているかは判断しましょう。

図 6-9 質問対応表



表 6-8 チェックポイント

チェックポイント	具体的状況	対応例
参加者全員が分析に参加できているか？	<ul style="list-style-type: none"> <li>・特定の人(書記, 経験者など)の意見が強く反映される.</li> <li>・事故が発生した業務に関して, 知識の浅い人が参加できていない.</li> <li>・人数が多いため, いくつかの小集団に分かれる.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・発言の少ない参加者に質問を振る</li> <li>・“準備”の“参加者の班分け”において, 業務に関わっている人にする, 1グループの人数を少なくする, 上下関係がないようにする, などを行う</li> </ul>
事例の演習時間の中で, 分析の時間配分ができていないか？	<ul style="list-style-type: none"> <li>・特定の部分, 特に細かい部分に時間をかけすぎ, 分析が進まない.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・分析シートの記入欄のスペースに対応した時間配分をする</li> <li>・“準備”の“概要の決定”において, 十分な勉強会の時間をとる</li> </ul>
あなた自身が分析に集中していないか？	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ファシリテーター自身が分析に集中してしまい, 本来すべきことを忘れる.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・質問されたら回答し, 基本的に口を出さない</li> <li>・“準備”において, ファシリテーターが担当事例を詳細に把握する</li> </ul>

事例分析において、ファシリテーターが主に行うことは、参加者の質問への対応である。それに対しては、図 6-9 を活用すればよい。

しかし、ファシリテーターを担当した学生に調査した結果、表 6-8 に示すような状況が発生することがわかった。これらの状況は、質問されることとは異なり、ファシリテーターが事例演習の状況を見ながら、判断するものである。したがって、それらの状況をチェックするためのポイントが表 6-8 である。

また、チェックポイントは容易に把握できるが、質問対応表に関しては質問数が多く覚えることが難しいので、手元に用意する必要もあり得ると考える。図 6-9、表 6-9 を活用することで、“実施”におけるファシリテーターの役割は担うことができると考える。

そして、図 6-9 と表 6-8 をまとめて、表 6-9 にファシリテーターの役割を提案する。

表 6-9 ファシリテーターの役割

役割		活用ツール	補足
準備 ※	・勉強会概要の把握		・特に“実施する目的”を理解する
	・担当事例の分析	POAM 教育用 テキスト	・一通りの分析手順に加え、 あらかじめ質問される可能性の高い 以下の点を学ぶ - モデル図作成の目的 - 情報、モノ、作業の区別、分類 - 複数人が関わっている事例 - ミスのあった部分、源流管理 ・質問対応表とチェックポイントに一通り目 を通す
	- 事故状況 の把握		・参加者の分析が全く進まないとき のため、自分なりの分析結果を1つ 用意しておく ・あくまでも正解があるわけではない
実施 ※	・質問への対応	質問対応表 (図 4-2)	・必ず、自分の分析結果と同じに なるように進めるべきではない
	・分析の円滑な進行	チェック ポイント (表 4-2)	・基本的に分析者の意見を反映する
	(・分析のまとめ)		

※勉強会実施マニュアルの構成の“準備”と“実施”に対応している

前述した質問対応表とチェックポイントは、“実施”において活用すべきものである。しかし、ファシリテーターは“準備”において行うこともある。

表 6-9 に示した役割における“POAM の理解”と“事故状況の把握”は、担当事例の分析を通して行うことができる。その際に、“補足”に示した内容を重点的に学んでおく。これらは勉強会を通して、参加者から多く質問を受けた内容であり、質問対応表の内容と関連している。

また、“分析のまとめ”は、事例分析を補助していたファシリテーターが、各班ごとに分析に関するまとめや、フィードバックをすることなどがあげられる。

【参加者の班分け】

事例演習を行う班を作る。班分けのポイントを以下に示す。

- ・ 可能であれば、当事者を参加させる。
- ・ 勉強会に複数職種が参加している場合は、1つの班が複数の職種の人で構成されるようにする。
- ・ 同じ職種しかいない場合、勤務年数が異なる人を同一班に含めるようにする。

上記のようにすることで、事故状況の詳細な把握や、様々な視点からの分析が期待できる。

【分析事例の選定】

前述したように、勉強会に対する参加者の感想は、事例分析の内容に大きく依存する。そこで、勉強会で参加者に理解してもらいたい点と、それを効果的に行うための分析事例の選定ポイントを表6-10に示す。

表6-10 勉強会の目的に対する分析事例の選定ポイント

目的の整理	選定ポイント
□POAM(モデル図)という 分析手法の理解	
- 分析手順 - 有効性	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ モデル図が書きやすいもの 例) 情報, モノ, 作業の区別ができる モデル図の中心の人物が決めやすい(関わっている看護師が1人)</li> <li>・ プロセスに着目した対策が立案しやすいもの 例) 情報源のフォーマットを変更する 薬剤の単位を統一する</li> <li>・ “情報”の部分でミスが発生しているもの(有効性の場合のみ)</li> </ul>
- 適用範囲	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ プロセスに従って行う業務で発生したもの 例) 検査, 放射線, 手術など</li> </ul>
□事故分析における詳細な 事故状況把握の重要性の理解	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 事故状況が不明確なもの 例) 詳細な部分が書かれていない 内容が理解できない</li> </ul>
□複数人, 複数職種で 分析することの重要性の理解	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 事故に複数人, 複数職種が関わっているもの 例) 医師がミスをしている 薬剤部が協力する対策が立案される</li> </ul>

表6-10における“目的の整理”とは、POAMを学ぶことで身につけることができる事故分析に重要な要素である。そして、“選定ポイント”は、その要素を参加者が理解しやすい事例の特徴である。したがって、勉強会実施マニュアルより、勉強会実施の目的を決めた際に、対応する選定ポイントを満たした事例を選定することで、勉強会の目的を達成することができる。

【資料の準備】

準備する資料は以下の①～⑨である。⑥～⑨に関しては、必ず必要とは限らないが、あることで円滑

な進行や、参加者の満足度を向上させることができる。

#### ①POAMの分析手順書(教育用テキスト)

POAMの分析手順を示したものである。本研究で提案しているテキストを推奨する。テキストの詳細は6.4.2.2で述べる。

#### ②分析用シート

“事例分析”で分析した内容を記入する用紙である。情報、モノ、作業の欄のあるモデル図のフォーマットなど、POAMの分析手順に対応した記入欄のあるものがよい。本研究で提案している分析シート(図6-6)を推奨する。

#### ③POAM説明用スライド

“実施”の“POAM説明”において、POAMの分析手順や適用例を参加者に説明するためのものである。説明する内容としては、以下のことがある。また、勉強会で主張したい内容によって、変更する必要もある。

- ・ POAMとは何か、何をするためのものか
- ・ モデル図とは、期待できる効果は何か
- ・ 観点リストとは
- ・ 適用例、適用できる医療事故
- ・ “事例分析”の概要、よくある質問

#### ④分析用事例

“事例分析”で分析するものである。記入者が特定されないように、さらには参加者が読みやすいように、PCで入力されたものが望ましい。また、提出された事故報告書に書かれた内容を、そのまま分析させることが望ましい。

#### ⑤分析用補助資料

分析する事例に関して、班のメンバーが詳細を知らない場合に必要となる。例えば、標準的なプロセスが示されたマニュアルなどがこれに相当する。

#### ⑥モデル図練習用シート

モデル図の作成のみを練習するシートで、情報、モノ、作業の欄があるものである。POAMにおいては、モデル図が大きな役割を担うと共に、作成が困難である。したがって、このモデル図の作成のみ個別に行うことが望ましい。

#### ⑦アンケート用紙

今後の勉強会を質の高いものにするために、アンケートを行うことが望ましい。質問内容としては、以下のものが考えられる。

- ・ 参加者の勤務年数、自病院における今までの事故分析件数(事故分析の経験)
- ・ 普段の分析と勉強会での分析手法(POAM)との違い(POAMへの意見)
- ・ 次回のPOAM勉強会に向けて、勉強会の改善点

#### ⑧各班の分析用事例のまとめ

参加している全ての班の事例内容を簡潔にまとめたものである。“分析結果の発表”において、他の班の分析結果を聞くにあたり、短い発表時間で事例内容を理解するのは困難であるため、準備するとよい。

#### ⑨分析用事例の模範解答

事例の分析結果の1例であり、正解ではなく、目安となるものである。また、この作成をファシリテ

ーターが行うことで、その過程を通して事例の詳細な把握ができる。

## (2)実施

以下に各ポイントと目安となる時間を示す。

### 【POAMの説明】・・・30分

“資料の準備”で準備した①POAMの分析手順書、③POAM説明用スライド、を活用して行う。モデル図の作成練習を行う場合は、ここで行う(10分)。

### 【事例分析】・・・60～90分

班ごとに事例分析を行う。

### 【分析結果の発表】・・・各班10分

班ごとに分析結果を発表する。全ての班が発表することが望ましいが、時間的に難しい場合は、同じ事例を分析している班が複数ある場合は、1つの班に絞るなど、工夫をして参加者全員が参加できるようにする。また、ある班の発表に対して、他の班の意見を求めるなどして、議論をしてもらう。

### 【講評】・・・10分

勉強会実施の目的としていたこと、POAMによって期待される効果を伝える。あらかじめ、説明用スライドに用意しても構わない。主な講評内容は以下に示すことが考えられる。可能であれば、各班の発表内容に即した内容を加える。

- ・ 現在、事故報告書に記入されている内容は分析するには不十分
- ・ 複数の職種、複数人で分析することが効果的
- ・ 最終的に人の問題だったとしても、プロセスを改善できるか考えることが重要

## (3)評価

“評価”を設けることで、参加者の理解度や感想を把握することができ、継続的に勉強会の質を高めることができる。

### 【分析結果の把握】

参加者のPOAMの理解度を把握する。各班が記入した分析シートを、POAMの分析手順に沿って評価する。着目する点としては、以下のものが考えられる。

- ・ モデル図が書けているか
- ・ 要因や対策がプロセスや複数部門に着目されているか

### 【アンケート調査】

POAMの使用勝手や、今後の勉強会の質をあげるための改善の抽出を行う。各班に分析結果の発表に加えて、感想も発表してもらったり、個別にアンケート用紙を配布する方法がある。

評価方法としては、以下のものが考えられる。

- ・ 統計的収集
- ・ 言語データの収集、分類
- ・ 回答者の勤務年数等で層別

### 【分析時間の測定】

POAM が日常の事故分析で活用できるか調査する。勉強会の事例分析にかかった時間と、日常にかかっている分析時間を比較する。

今までに述べてきたポイントをまとめて、表 6-11 に示す。

表 6-11 勉強会実施マニュアルのポイント

構成		ポイント
準備	概要の決定	①対象(人数), ②勉強会の総時間, ③実施する目的 ④演習形式: 班形式, 個別形式
	実施者の選定	①中心人物(1名), ②ファシリテーター(×班の数) ※ファシリテーターの役割(表 4-3)参照
	参加者の班分け	当事者の参加や, 様々な職種や勤務年数を含める
	分析事例の選定	分析事例の選定ポイント(表 4-4)参照
	資料の準備	①POAM の分析手順書, ②分析用シート, ③POAM 説明用スライド, ④分析用事例, ⑤分析用補助資料, ⑥モデル図練習用シート ⑦アンケート用紙, ⑧各班の分析用事例のまとめ ⑨分析用事例の模範解答 ※①~⑤は必ず必要
実施	POAM の説明	30 分
	事例分析	60~90 分
	分析結果の発表	各班 10 分
	講評	10 分
評価	分析結果の把握	評価方法は, ・モデル図が書けているか ・プロセスや複数部門に着目しているか
	アンケート調査	各班の発表や個別のアンケート調査 評価方法は, ・統計的収集, ・言語データの収集, 分類 ・回答者の勤務年数等で層別, などがある
	分析時間の測定	事例分析の時間と, 日常の事故分析の時間を比較

## 6.4.2.2 教育用テキスト

テキストの目次を図 6-10 に示す。(全ての内容を付録に示す)

1	<b>与薬事故防止の考え方</b>
	- 医療機関における従来の“自己”分析
	- 「よい仕事の手順を作ることで、よい結果を出す」- プロセス指向
	- 医療従事者がプロセス指向を実践することが大切
2	<b>事故分析手法 POAM</b>
	- 一般的な事故分析の手順
	- POAM の分析手順
	・モデル図, 観点リスト
3	<b>POAM の活用方法</b>
	- 事故報告書の書き方
	- 与薬業務のプロセス図, 事故報告書のフォーマット <sup>1)</sup>
	- 分析シート
	- 分析に参加すべき人
	- 2段階の分析(医療機関における分析体制のあり方)
	- 適用できる事故
4	<b>事例演習</b>
	- 演習用と解答例
	事例 1 : 情報でミスが発生している事例
	事例 2 : モノでミスが発生している事例
	事例 3 : 作業でミスが発生している事例
	事例 4 : 標準的なプロセスが決まっていないことで発生した事例
	事例 5 : 医師がミスをした事例
	事例 6 : 複数部門で対策を立案すべき事例
	事例 7 : 複数の看護師が関わっている事例
5	<b>本テキストの活用方法</b>
	- POAM 勉強会の実施
	・勉強会実施マニュアル
	- 日常の事故分析
	・自己学習
6	<b>クイック分析</b>

図 6-10 テキストの目次

#### (1)各章の補足説明

テキストの1～3, 5は本研究で示している内容である。4, 6について、以下に説明を加える。

### 4 事例演習

事例内容のみを記載した演習用事例と、本研究で提案している分析シートに、分析結果の例を示した解答例がある。解答例には、その事例を分析する際のポイントに詳しい説明を加えている。全部で7事例ある。

事例1～4は基本的な事例である。情報、モノ、作業の各部分でミスが発生しているものと、標準的なプロセスが存在しない事例である。これらの事例を分析することで、POAMの基本的な活用方法を覚えることができる。

事例5～7は、6.3.2節でも示したように、医療従事者の分析会への参加やインタビュー調査、さらにPOAM勉強会を実施した結果、医療従事者が分析しにくいとわかった事例である。したがって、これらの事例を分析することで、ほぼすべての事例にPOAMを活用することができるようになると思われる。

### 6 クイック分析

POAMの分析手順をA4サイズ1枚にまとめたものである。医療従事者が事故分析のために本テキストをじっくり読むことは難しい。そこで、分析手順の各Stepのポイントのみを示してある。

また、各Stepにテキスト内で対応するページ数を示し、分析者が短時間で検索できるようにした。これにより、とりあえずクイック分析を活用することで分析を進め、不明慮な部分のみ、テキストの該当する部分を読むことで理解することが可能であり、日常の事故分析に活用できる。

#### (2)テキストの作成方針

テキストは使用場面を考慮して作成した。主な使用場面としては、以下の2つがあると考えている。

- (i) POAM勉強会
- (ii) 日常の事故分析

#### (i)勉強会

勉強会を実施するにあたり、1, 2, 4が対応しており、勉強会で説明すべき内容が示されている。例えば、2におけるPOAMの分析手順の説明では、1件の事例を通して分析手順の詳細を説明している。これにより、分析の流れを理解することが容易になる。また、4では演習用の事例内容と分析結果の例を複数パターン用意している。これにより、事例の選定が容易になる。

テキストを使用することで、勉強会実施者の負担を軽減することができる。また、参加者も説明だけでは把握できなかった詳細な部分などを、個人的に復習することができ、POAMに対する理解が深まる。

#### (ii)日常の事故分析

日常の事故分析でテキストを使用するにあたり、2, 5, 6が対応している。例えば、クイック分析にページ数を示し、検索性を考慮した点が該当する。また、7つにパターン分けした事例の分析例を示すことで、発生した事故がどのパターンに該当するかを考え、該当する分析例を真似しながら分析を進めることが可能になる。これらにより、医療従事者が日常の事故分析を効率的に行える。



## 6.5 考察

### 6.5.1 POAMの意義

与薬事故の分析手法には、6.2.3節で示したSHEL分析<sup>[3]</sup>、4M-4E方式<sup>[3]</sup>や、事象関連図<sup>[4]</sup>、特性要因図<sup>[10]</sup>、などを用いたものがある。これらの手法は、時間をかけて事故を多角的な視点で分析することで、POAMに比べ要因を網羅的に抽出することが可能である。しかし、分析に時間がかかるため、日々の業務で忙しい医療従事者が分析できる事故件数は限られてしまう。その結果、患者にもたらした影響の大小などで、分析する事故を選定することになる。したがって、非常に重大な事故など、要因を網羅的にあげて検討することが必要である場合には、それらの手法を使えばよい。

異なる事故においても、その要因が共通していることは少なくないため、全ての事故を分析することが望ましい。また、医療機関では改善意識の高まりから事故報告書を収集するようになったが、十分に解析できていないという現状がある。したがって、視点を絞って効率的に解析することが必要であり、POAMのようにプロセスに絞っても十分効果が期待できる状況にある。

事故の要因には、人の問題に関するものなど様々なものがある。そのため、与薬事故を低減するためには、それらの要因にも対策を講じていく必要がある。しかし、例えば人の特性や性格、注意力を変えたり管理することは難しい。もし、プロセスの不備を改善することで事故を低減することができるのであれば、それが最も確実で効率的な方法である。したがって、まずはプロセス指向を実践することが重要なのである。

他の分析手法では、多角的な視点で事故を分析したとしても、結果として分析者が人の問題のみを抽出してしまうことも少なくない。それに対し、POAMは意図的にプロセスの要因のみに着目させるため、確実にプロセスの要因を抽出することができる。

### 6.5.2 POAMの適用できる事故

医療事故は、与薬、検査、事務処理のように決められたプロセスに従って行う業務で発生する事故と、転倒・転落事故やチューブライン抜去のように、そうでない事故に大別される。POAMはプロセスに着目した事故分析手法であるため、検査業務に関する事故など、プロセスが存在する業務で発生した事故に対して適用可能であり、病院で行われる広範な業務に関する事故に対して利用することができる。

飯塚病院の2回目のPOAM勉強会では、与薬以外のプロセスが存在する6つの業務(検査、放射線、手術、入退院、リハビリ、健康管理)で発生した事故にPOAMを適用した。その結果、分析結果はプロセスに着目されており、他業務の事故へ適用できることが示された。6つの業務の事故内容と立案された対策を表6-12に示す。

表 6-12 6つの業務の事故内容と立案された対策

業務	事故内容	立案された対策
検査	検査オーダーされている検体で、検査科に未到着の検体があった。病棟に確認したところ、廃棄物の箱に落ちていたことがわかった。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・病棟での検体回収時に、検査科の回収係が一覧表と検体を照合して回収する。</li> <li>・検査科で、何時に誰が何を受け取ったか把握できるシステムを設ける。</li> </ul>
放射線	ある病室に患者 X と Y がいた。看護師が Y さんを CT 室に連れて行ったが、その人を X さんと思い込み、X さんの依頼書を提出した。その結果、X さんの名前で Y さんを撮影した。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・患者にリストバンドをつける。</li> <li>・放射線技師主導で、患者の撮影順序を決める。</li> </ul>
手術	手術材料の骨セメントが箱に入っていた。術野に出す際に滅菌済みを確認する必要があったが、滅菌済みだと思い込み、未滅菌包装のまま術野に出した。骨セメントの箱は①外箱②外袋③中袋④内袋(4重包装)であり、珍しい。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・4重包装をやめ、2重包装で保管可能なパッケージにしよう。</li> <li>・特殊なセメント(4重包装)の取り扱い方法をマニュアルに記載する。</li> <li>・4重包装の箱に書かれている注意書きを目立つように大きくする。</li> </ul>
入退院	医師から急患入院の依頼を受け、医師からの情報に基づき、該当病棟、病室を決めた。そのとき、医師からの情報が不十分であり、作成したカルテが誤っていた。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・必要な患者情報の項目を設けた用紙を作成する。(患者の情報を伝達する標準的なプロセスが存在しなかった)</li> </ul>
業務	事故内容	立案された対策
リハビリ	車椅子からプラットフォームに移る際、セラピストがそばについて介助していた。患者は大柄な男性で、セラピストが小柄な女性であり、バランスを崩して倒れそうになった患者の姿勢を修正できず、倒れた。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・処方オーダーに患者の身長、体重の欄を設ける。</li> <li>・助手を呼ぶことで、セラピストを選択できるようにする。</li> </ul>
健康管理	支給されたサンドイッチを食べた結果、下痢嘔吐をした。サンドイッチは検査の終わった患者から食べてもらうように並べて置いてあった。なお、室温は24度で、置き場所はクーラーの真下だった。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・支給する食べ物を火の通った物などに変える。</li> <li>・製造業者に製造時間、持ち帰り時の注意書きのシールを貼付してもらう。</li> <li>・配布場所に冷蔵庫を設置する。</li> </ul>

### 6.5.3 POAMの活用方法

#### 6.5.3.1 POAMを活用するための組織体制

POAMは主に、事故が発生した病棟において活用すべき手法であると考えられる。しかし、複数の部門、病棟が協力して医療の提供を行う医療機関では、事故の発生した病棟だけで対策を立案しても意味がない場合がある。例えば、医師の指示方法に要因がある場合には、他の病棟の看護師や薬剤師にも関わってくる。したがって、この場合には指示の出し方を組織全体で検討すべきである。そこで、病院では2段階の分析が必要である。以下に、各段階で行う分析の内容を示す。

## 1 段階目：実際に業務を行っている現場での分析

- ・ 事故の詳細を把握し、これ以降の組織的な分析を容易にする
- ・ 分析者が問題を共有する
- ・ 分析方法や問題解決の考え方を分析者に教育する

## 2 段階目：組織全体での分析

- ・ 組織全体に共通する問題を把握する
- ・ 標準化を推進する
- ・ 各病棟で出された対策の共通化を図る

さらに、2段階目の分析を行うことで、事故1件1件に対して対策を立案するよりも、同じ要因で発生した複数の事故を検討した上で対策を立案することができ、効率的に医療事故低減ができると考える。

### 6.5.3.2 分析に参加すべき人

POAMは当事者を含め、事故に関わった人を中心に数名のグループを構成して活用するのがよい。病院では事故の責任が当事者にあると考えている場合が少なくないため、当事者を分析に参加させるとやりにくいという意見がある。しかし、事故の事実関係を詳細に把握するためや、当事者に責任があるのではなく、プロセスに着目するといった環境を作るためにも、当事者を含めるべきである。さらに、与薬業務には看護師、医師、薬剤師といった複数職種が関わっているため、事故分析もそれら複数職種で行うべきである。

## 6.5.4 POAMの導入、推進方法

### 6.5.4.1 導入、推進のためのツールの意義

6.5.1節でも述べたように、与薬事故の分析手法には様々なものがあり、必要に応じて使い分けることが効果的である。しかし、医療機関では、それらの手法を使いこなせていないのが現状である。それは、どの手法も理解が浅い状態で、日常での事故分析に活用することや、多くの手法を学んだことにより、そのどれを活用すべきかといった手法の選択が行えないからである。そして、活用しても即座に効果が現れず、活用をやめてしまうことも少なくない。

また、事故分析は日常の業務とは捉えられていないため、その教育に時間を割いておらず、医療従事者は事故分析に関する専門知識は少ない。したがって、どの分析手法を活用するにも、一定の教育時間が必要である。

上述より、医療機関ではまずは継続的に1つの分析手法を活用し続けることが重要である。本研究で提案しているPOAMも、活用することで即座に事故が低減したのではなく、プロセス改善を続けることで、遅々としてではあるが減少傾向にある。したがって、継続的な手法の活用を実践するために、本研究で提案した導入、推進ツールには意義があると考えられる。

### 6.5.4.2 導入、推進体制の提案

本研究ではPOAMを導入、推進する方法として、勉強会と日常の事故分析を通しての2つを考えている。勉強会は集中的にPOAMを学ぶため、その成果は大きい。しかし、日常の業務以外の決められた時間に、一定時間を設けることは難しく、一度に参加できる人数は限定され、その実施回数にも制限がある。したがって、日常の事故分析も貴重な教育の場となる。

そこで、勉強会と日常の事故分析を通して、効率的に医療従事者が POAM を活用するための導入、推進体制を以下に示す。

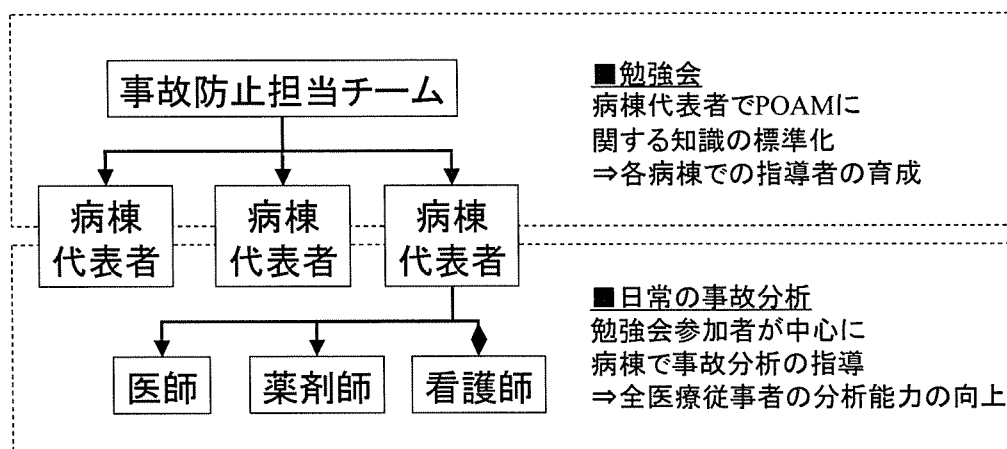


図 6-11 POAM の導入、推進体制

図 6-11 のように、勉強会では各病棟で POAM を教育できる人材を育成すべきである。そのために、勉強会の参加者は病棟師長や、各病棟における事故防止担当者など、病棟の医療従事者を統率できる人材が望ましい。勉強会は事故防止担当チームなどが中心に行う。さらに、図 6-11 の方法は、勉強会の参加者が学んだことを他の人に教えることで、その理解度を把握できるといった効果もある。また、POAM を学ぶためにも、事故分析には事故関係者以外にも積極的に参加することが望ましい。

#### 6.5.4.3 POAM 勉強会のその他の効果

勉強会は異なる職種や病棟の人とコミュニケーションを図る場であるため、POAM の導入、推進だけでなく、以下に示す効果もある。

- ・ 病棟間の分析能力のばらつきをなくす
- ・ 対策立案に関するアイデアが吸収できる
- ・ プロセスの標準化ができる

本研究では、POAM を導入、推進するために勉強会を行った。しかし、上記のような効果も考えることで、勉強会の参加者の意識を高め、充実した時間になると考える。

#### 6.5.5 対策立案について

POAM は観点リストを活用することで、プロセスの要因を抽出できる。しかし、その要因に対する対策立案は、分析者のアイデアに頼っている部分がある。

6.2.2 節で述べたように、尾崎は与薬業務のプロセスで発生するミスの要因を、12 のエラー要因としてまとめた。さらに、エラープルーフ化の原理を用いて、各エラー要因に対策立案の考え方を対応付けた。したがって、エラー要因を抽出することができれば、系統的に対策立案することが可能になる。