

のうち、特に優れたレポートに対し「優良レポート」としての指定機能を追加した。GRMがこの指定のチェックを入れることで一般職員はレポート閲覧時、部署名と共にそのレポートが「優良レポート」指定であることを把握できる。特に優れた「優良レポート」は医療安全研修会の際、表彰している。さらに、年間の「優良レポート」数およびレポート報告数は、病院全体の組織評価の中で、部署のプラス評価項目として採用している。

### ■積極的なレポート閲覧を支援する仕組み

#### ①簡単な操作での「最近のレポート」閲覧

ログイン後に「最近のレポート」画面が自動表示される。この画面上では、個々のレポートの「タイトル」、200字以内の「レポートの概要」「対策」の3種類の情報のみが表示されて表示されており、5つのレポートが一度に一覧できる（図2）。詳細は「タイトル」をクリックすればレポートそのものの閲覧が可能となるが、初期表示をこの3情報に絞っているため、短時間に数多くのレポート概要と対策を確認できる。これにより積極的に「危険予知」や「潜在する危険」に対する把握が可能となり、対策の確認により危険を回避することが可能となる。より短時間で把握しやすいレポートにするためRMおよびGRMの承認時点で、修正あるいは修正依頼の差し戻しを行っている。

#### ②レポート閲覧に対するモチベーション向上のための機能

「最近のレポート」を使ってレポートを閲覧すると閲覧数が自動カウントされ、部署別に自動集計されたグラフが表示される。そのため、容易に他部署との比較が可能であり、RMは自部署の所属職員個々の閲覧状況を確認できる。この閲覧状況はレポート報告同様、部署のプラス評価項目とされており、閲覧のモチベーションを向上させている。

### ■医療安全教育の充実を目的としたEラーニングシステム

#### ①医療安全集合教育を補足するEラーニングシステム

当院の職員数は約2,000人であるが、集合教育のための講堂の定員は400人である。出席できなかった職員に対しては、ビデオ撮影した集合教育をDVDに保存し閲覧していたが、利用率は低く、閲覧したかどうかの確認もなかった。このため2009年度より、集合教育のビデオ動画を終了後の理解度テストを加えたEラーニングシステムを本システムに構築した。これにより、DVDより手軽に（好きな場所、好きな時間に）利用できるようになった。

なお、Eラーニングシステム利用者は自動記録されるが、集合教育の受講者の正確な把握も必要と判断し、既存のICチップ内蔵型入退室カード（職員証）を使って出席管理システムを開発し、個人別の出席状況も本システムに記録される機能を実装した。これによりEラーニングシステムの利用状況と一元化し、参加者、参加率の自動集計を実現している。

#### ②医療安全教育実施管理機能

本システムでは、レポート報告数、閲覧数、集合教育およびEラーニング受講状況、理解度テスト結果などの安全管理に係る情報がすべて個人単位で記録されるため、職員個々はその情報を確認できる。また、RMは自部署職員のデータが閲覧できるため、レポート閲覧や集合教育・Eラーニング受講の指導が可能である。一方、安全管理研修については年2回以上の受講が義務づけられているが、本システム上で2回以上の受講を達成していない職員数や、未達成者の一覧などの表示がボタン一つで可能であるため（GRMのみ）、医療安全集合教育の充実と事務作業の軽減が可能である。

図2 レポート画面表示例

キーワード

指示出し・体位伝達、点滴・注射、与薬、輸血、手術・手術・麻酔・処置、医療機器・医療材料、ドレーンチューブ類の使用管理、検査に関する、医薬品の管理に関する、その他、インスリン、患者確認、転倒転落、病人看護、研究医、新人研修

部署選択:

<前の条件へ 1/11 次の条件へ>

**ドレーンチューブ自己点検** **タイトル** **レポートの概要 (200字以内)** (概要)

**【内容】**  
 対応看護員の患者で確認して届かずドレーンチューブを自己点検。その後、再挿入しポンプを装着。30分間バイタル測定のための経過。その後、ポンプを外して仕舞いと誤認あり。受け答えもろっかりしており、チューブを抜かないことを助言しポンプを外す。30分後に様子を見直し経過する。ベッド上で正座し、ドレーンチューブを抜き去っていた。罪滅ぼしから誤認のこと。バイタルは特に異常はみられず。

**【改善策】**  
 少しでも不確のある事象にはポンプの必要性を説明し、なるべく装着する。外すのであれば、詳細に経過するか、しばらく見て見守る。

**経路内点滴のイン(50ml)低下量前による投与速度早すぎ** (経路のその他の情報)

**【内容】**  
 経路内点滴のイン50mlの手動で4時間ペースで低下し、低下時と時間を確認。正常に低下していた為、投与。4時間後に経過した際、低下投与速度早すぎ、残量は80mlであった。経路内での急激な投与速度早すぎを察知した。

**【改善策】**  
 列入時に落ちむらがあると思われる場合や投与速度早すぎの場合は、補正ボタンを使用する。

指示出し互換によるポンプエラーの発生頻度 (ソースステーション)

【優良レポート表示のイメージ図】

文で、指示・情報伝達、薬物・点滴、与薬、輸血、手術・手術・麻酔・処置、医療機器・医療材料、ドレーンチューブ類の使用管理、検査に関する、医薬品の管理に関する、その他、インスリン、患者確認、転倒転落、病人看護、研究医、新人研修

部署選択:

<前の条件へ 15/18 次の条件へ>

**【内容】** 与薬時に処方と記録値に不一致、患者が内服するのを承認に拒んだ。 (No.100000)

**【内容】** 経路内点滴のイン50mlの手動で4時間ペースで低下し、低下時と時間を確認。正常に低下していた為、投与。4時間後に経過した際、低下投与速度早すぎ、残量は80mlであった。経路内での急激な投与速度早すぎを察知した。

**【改善策】** 列入時に落ちむらがあると思われる場合や投与速度早すぎの場合は、補正ボタンを使用する。

**【内容】** 経路内点滴のイン50mlの手動で4時間ペースで低下し、低下時と時間を確認。正常に低下していた為、投与。4時間後に経過した際、低下投与速度早すぎ、残量は80mlであった。経路内での急激な投与速度早すぎを察知した。

**【改善策】** 列入時に落ちむらがあると思われる場合や投与速度早すぎの場合は、補正ボタンを使用する。

**ドレーンチューブの自己点検、挿入の自己点検。** (No.100000)

**【内容】** 対応看護員の患者で確認して届かずドレーンチューブを自己点検。その後、再挿入しポンプを装着。30分間バイタル測定のための経過。その後、ポンプを外して仕舞いと誤認あり。受け答えもろっかりしており、チューブを抜かないことを助言しポンプを外す。30分後に様子を見直し経過する。ベッド上で正座し、ドレーンチューブを抜き去っていた。罪滅ぼしから誤認のこと。バイタルは特に異常はみられず。

**【改善策】** 少しでも不確のある事象にはポンプの必要性を説明し、なるべく装着する。外すのであれば、詳細に経過するか、しばらく見て見守る。

当院におけるインシデントレポートシステムを利用した医療安全効果

■インシデントレポート数の増加と閲覧数の経過  
 インシデントレポート数は、本システム稼

入前の973件（2006年度）に対し、導入後は1,907件（2007年度）、1,908件（2008年度）、2,700件（2009年度）、3,192件（2010年度）と年々増加し、5年目の2011年度には3,648件となり、導入前の3.7倍に達した。一方、月平均レポート閲覧数の年次推移は、2007年

度が1,738.9件、以後、5,178.0件（2008年度）、8,755.7件（2009年度）、10,815.7件（2010年度）、15,091.3件（2011年度）とレポート報告同様年々増加し、2011年度では導入1年目の8.7倍に達した。インシデントレポートの増加、レポート閲覧を誘導した本システムは大きな効果があるものと思われる。

### ■インシデントレポートの 影響レベル分類による内訳の変化

インシデントレポートシステムを活性化させ、後述のインシデントである「ヒヤリハット」の報告を増加させたことで、国立大学病院医療安全協議会の影響レベル分類による影響レベルごとの報告に変化が見られた。この影響レベル分類上、インシデントはレベル0から5までに区分されているが、安全管理上、重篤なインシデントに及ぶ前に対策できる点から、後述のインシデントを示す「0：エラーや不具合が患者に及ばなかった」の報告が増え、影響レベルの高い重篤なインシデントが減ることが理想である。

本システム導入前後で比較すると、レベル「0」の報告は、導入前の5.5%（53件）に対し、導入後の5年間は8.5%（150件）、10.1%（292件）、11.0%（327件）、10.4%（538件）、17.1%（538件）と報告数、報告率ともに年々ほぼ増加していった。一方、3b以上（「3b：障害の程度が高度で濃厚な処置や治療を要した」「4a：永続的な障害や後遺症が残ったが、有意な機能障害や美容上の問題は伴わない」「4b：永続的な障害や後遺症は残り、有意な機能障害や美容上の問題を伴う」「5：死亡」）については、導入前の3.5%（34件）に対し、導入後の5年間は1.2%（22件）、1.3%（24件）、1.0%（26件）、1.8%（56件）、1.4%（50件）と報告率（＝発生率）が低く、年々新入院患者数が増え多忙化する中、最も低く抑えられていた。

### ■「優良レポート」の推進による効果

「優良レポート」は重大なアクシデントを未然に防いだ事例のうち、特に優れたレポートをGRMが指定するものである。「ヒヤリハットのレベルでインシデントを防止できた」ケースはもちろんであるが、「各部署が日々安全性の確保に向けさまざまな対策を実施している中、それらの対策が、重大なアクシデントを防止できた」ケースや「あるインシデントが発生したため、新たな防止対策を行ったことで、再発防止に役立った」という事例も積極的に報告してもらっている。そして、「優良レポート」に指定することで、安全対策意識を高めることができなかと考えた。それによってインシデントレポートのマイナスイメージをプラスイメージに変え、部署での取り組みをアピールしてもらうことが目的であった。

「優良レポート」推進による効果を評価するため、2011年度に当院で報告された優良レポート145事例の分析を行った。未然に防いだケースは「発見」という形で報告されているが、発見した職種は看護師が89%と最も多く、次いで医師が4%、放射線技師が3%であった。経験年数は20年以上の経験者が19%と上位ではあったが、複数での発見が51%と最も多く、ダブルチェックの有用性が明らかになった。

エラーの種類としては、「医師の指示の間違い発見」が28%、「薬剤間違い発見」が26%、「患者誤認の発見」が14%であった。発見の場面としては、内服薬注射薬到着時、指示確認時、問診時などであった。有効と思われた対策としては、5 Rightの確認、問診の重要性、疾患の理解と疑義照会であり、日頃実施している対策が、何らかの過誤に対する実施前の発見と事前対処による発生の予防につながっていた。

## ■「After Incident」に構築した エラーニングシステムの効果

医療安全研修に対するエラーニングシステム受講者数を、2008年度までのDVD配布研修数と比較したところ、DVD研修者は全研修参加者延べ3,305人中、2007年度は1,257人(38.0%)、2008年度が4,037人中、1,506人(37.3%)に対し、エラーニングを実施した2009年度は、全研修参加者4,247人中エラーニングシステム受講者が3,008人(70.8%)と両年度とも有意にエラーニングの利用率の方が高かった。また、医療安全教育受講回数での評価では、2007年度の平均受講回数は2.0回であったものが、2011年度には3.4回へと増加していた。

## 今後の課題と展望

インシデント事例の中には、原因が複雑で高度な分析を必要とするものがあるが、むしろそういったケースは稀で、事例の原因は単純で危険予知さえできれば予防できるものが多い。そこでインシデントを「貴重な安全情報」ととらえ、積極的に共有することで「危険予知」ができる。例えば経験ある職員なら常識として認識しているが、新人では知らないような「潜在する危険」を他人のレポートから認識し、自分の周りに同様の危険はないか、その時点で確認することでインシデントの予防が可能であろうと考えた。

現在はまだ、看護師からのレポート報告が多数を占めるが、少しずつ医師・薬剤師・放射線技師など多職種からの報告も増えてきている。医師からも「患者が転倒しそうになったので、このことに注意してほしい」といったレベル「0」のレポート報告も出されるようになり、安全意識の広がりもできつつあると思われる。

一方、処方や注射に関するインシデント報

告は多く、常にトップ3に入っている。最近、薬剤部からブレアボイドという形で、医師の処方に対してどういう内容の疑義照会を何件行い、そのうち何件が処方変更になったかについての集計した報告が開始された。従来は薬剤部の内部情報として持っていたものを、今回、安全予防のため確認しやすいよう整理して毎月報告されるようになったのである。こういったことが始まったことも、「優良レポート」の取り組みなどによる啓発活動の効果の一つではないかと考えている。

その他の部署においても「優良レポート」によりリスクを発見するための自己アピールを活性化させたことにより、より注意深く確認する文化が広がりを見せていると感じている。2012年度にはその気づきの大切さを考えてもらう目的で、各部署で優良レポートの分析を行っている。

病院という組織の中では、複数の職種が患者を中心に入り混じって業務を行っている。その中でそれぞれの職種で協働し合い、チームでリスクを回避する働きが重要であると考ええる。

## まとめ

医療安全意識を高めるためのアプローチとしてさまざまな取り組みを行っているが、「優良レポート」の記載にしても、ほかの取り組みにしても、継続することが大切である。その中から、リスクを感じて予防するような安全文化を醸成することが重要であると感じる。

### 参考文献

- 1) 松尾文乃、松本武治：医療安全への直接効果を検討する。インシデントレポートシステムの構築と評価。月刊新医療、Vol.40、No.1、2013。

11月号  
特集

タイムマネジメントの特効薬  
ナースマネジャー  
Nurse  
Manager

会員制 月刊誌  
人を育てる。  
人を動かす実践例!

