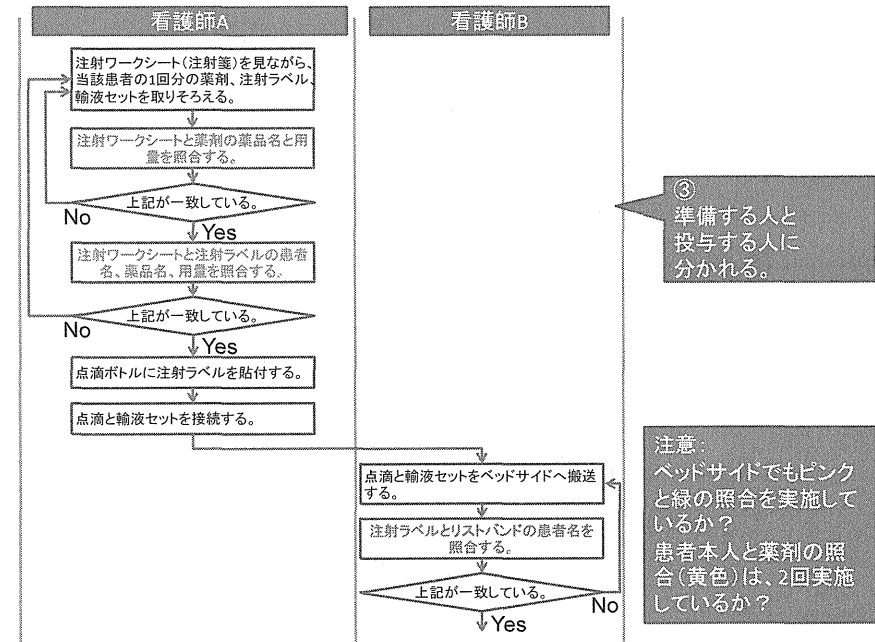
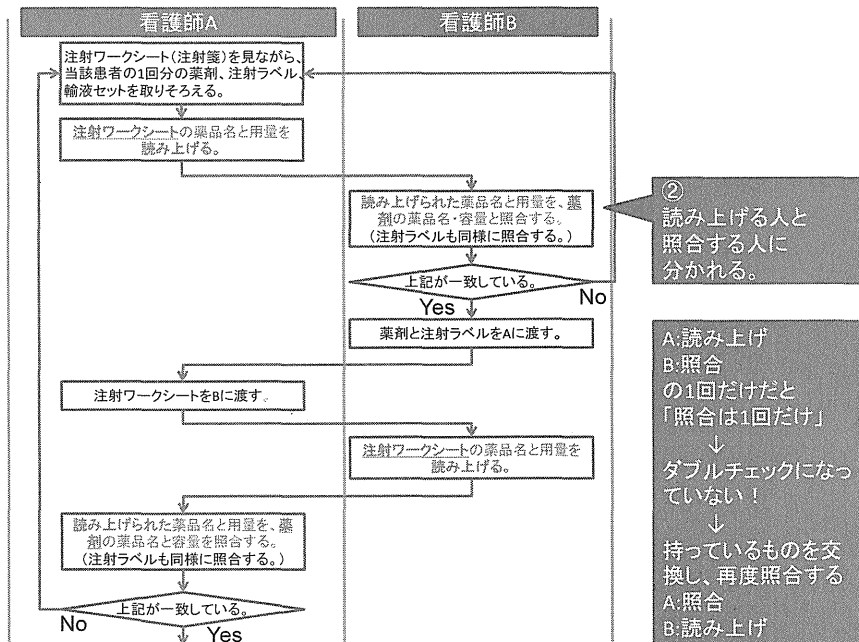
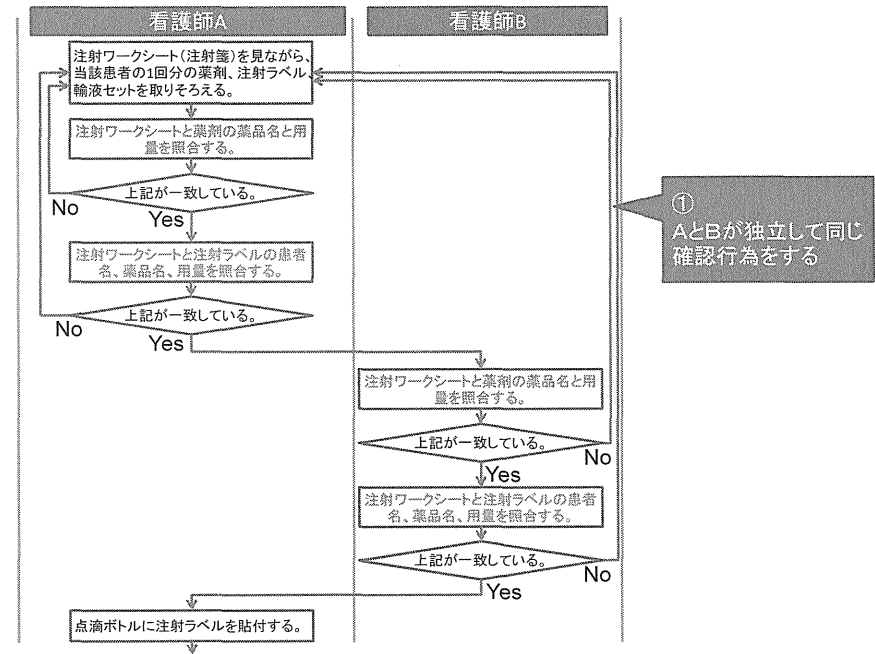
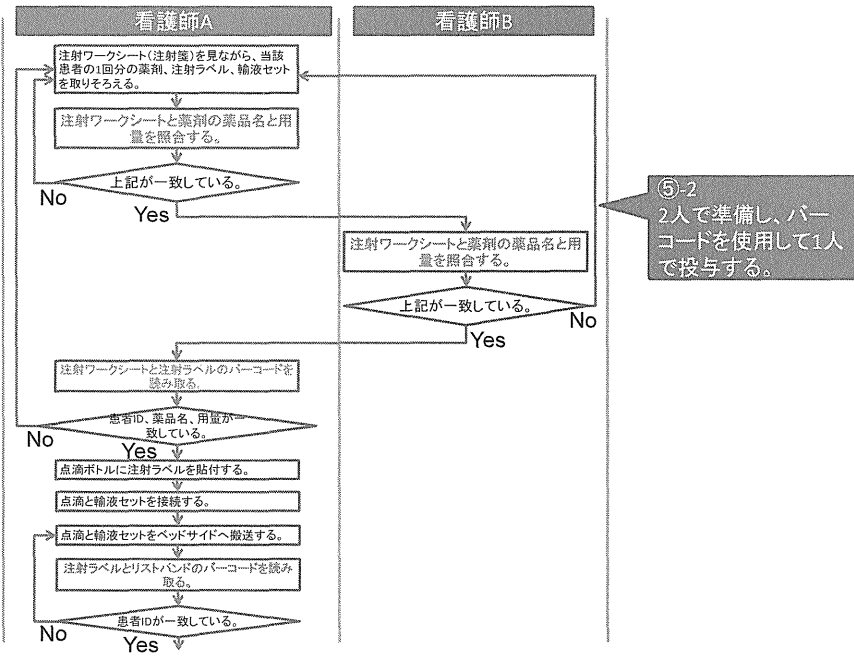
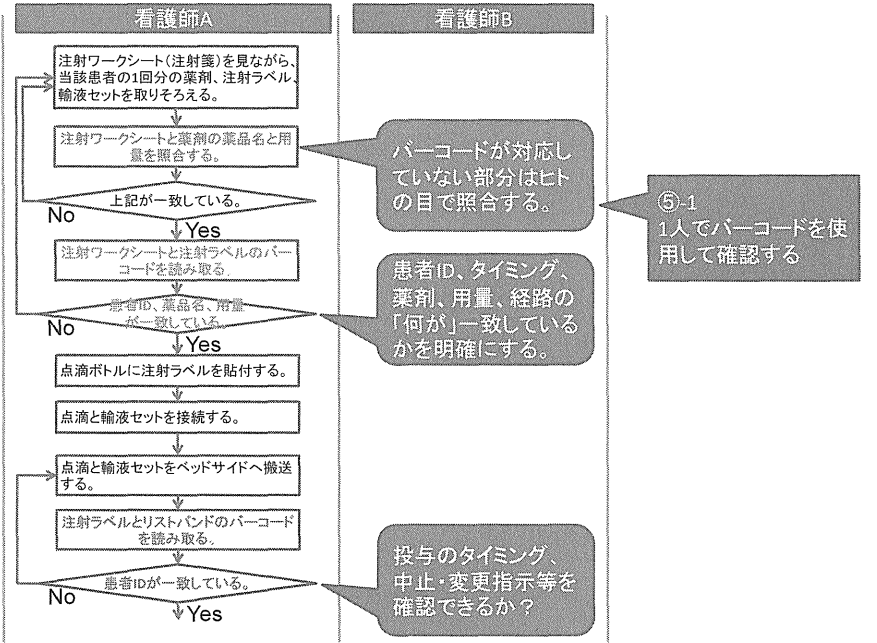
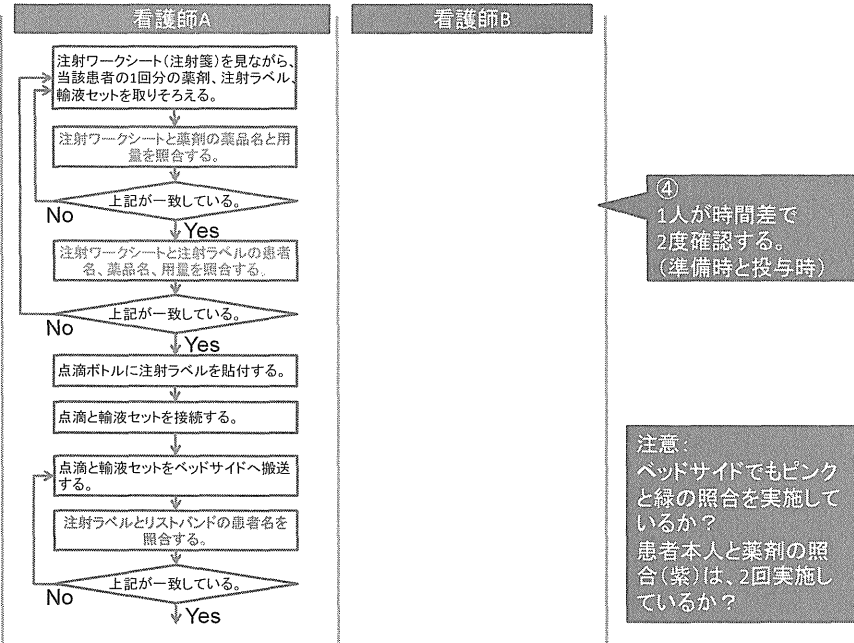


ダブルチェックの様態

- 2人で1回ずつ確認する
 - ① AとBが独立して同じ確認行為をする
 - ② AとBが「読み上げる人」と「照合する人」に分かれる
 - ③ Aが準備時、Bが投与時に確認する
- 1人が2回確認する
 - ④ Aが準備時と投与時に確認する(時間をずらして2回)
- その他
 - ⑤ Aがバーコードで準備時と投与時に確認する





ダブルチェック

・病院の実態にあった確認方法を採用する。

	電子化	必要人数	準備時の照合	投与時の照合
①	無	多	AとBが1回ずつ照合	AとCが1回ずつ照合
②	無	多	AとBが1回ずつ照合	AとCが1回ずつ照合
③	無	少	Aが1回照合	Bが1回照合
④	無	少	Aが1回照合	Aが1回照合
⑤	有	少	Aが1回照合	Aが1回照合

- ・ダブルチェックの回数は必要最低限にする。
- ・無理なダブルチェックは形骸化のもと。
- ・電子化の落とし穴に注意する。

厚生労働科学研究費補助金

(業務フロー図に基づく医療の質向上と安全確保を目指した
多職種協働チームの構築と研修教材・プログラム開発に関する研究)

分担研究報告書

ベルギー・オランダにおける医療安全体制について

研究要旨

医療の安全と質への関心は世界的にも高まりつつある。大規模化し複雑化する病院内において、多職種協働のもとで良質で安全な医療をどのように提供するかは各国共通の課題である。また、行政が果たすべき役割も大きい。ベルギーの中央政府、地方政府、改善活動に積極的に取り組んでいるオランダの病院を訪問し、制度的な取り組み状況、病院での活動の実際を明らかにした。

医療の安全と質に関して、行政が病院に課すレベルも徐々に高くなっており、①認可基準とする、②診療報酬・補助金などに反映させる、③病院名を公表することによる名声リスク、などが用いられる。既存の病院に対しては、②、③が中心となり、①は当該病院が、新たな部門を設置し、あるいは診療科を設置する際に用いられることが多い。病院の評価・認証は、行政が直接行う場合と、他の認証機関を利用する場合がある。ベルギー、オランダでは、病院機能評価・認証を受けている場合には、行政の監査の際に組織体制などは評価対象とせず、活動実績を中心に評価が実施されていた。認証を受けていない場合には、行政がすべての項目について監査を行うことになる。このような業務の分担は、日本では都道府県の実施する医療監視と第三者評価・認定との関係を考える際に参考になるであろう。

病院内では、電子化、医療安全は大きな課題であることが再確認された。病院横断的に、多職種の連携のもとに改善活動を実施する手法として、TQM (Total Quality Management)、トヨタ方式、シックスシグマなどが代表的である。相当規模の病院で、これらの改善活動を円滑に実施するためには、専門部署を設置し、①職員の教育研修を行う、②データ解析の支援、③改善チームの特に運営に関してアドバイザーとしての支援が重要であると考えられる。

研究代表者 飯田 修平
研究分担者 長谷川 友紀
研究分担者 西澤 寛俊

現地訪問によりインタビュー調査を実施した。

A. 研究目的

大規模化し複雑化する病院内において、多職種協働のもとで良質で安全な医療をどのように提供するかは各国共通の課題である。また、行政が果たすべき役割も大きい。ベルギーの中央政府、地方政府、改善活動に積極的に取り組んでいるオランダの病院を訪問し、制度的な取り組み状況、病院での活動の実際を明らかにした。

B. 研究方法

C. 研究結果

(1) フランダース地域のケア・アンド・ヘルス局
(<http://www.zorg-en-gezondheid.be/EN/>)

・ 内容 :

1. 挨拶と当局及びベルギー (フランダース) におけるヘルスケアについての簡単な紹介 (D. Dewolf)
2. Healthcare Quality & patient safety:
 - a. フランダース地域における医療機関で

の質及び安全に関するインディケーター・プロジェクト(担当者及び部署: Dirk De Wachter,)、フランダース・病院協会等 (Zorgnet/Icuro)

b. ヘルスケア・インスペクション局による監査 (Stef Van Eekert)

c. 認定制度による監査 (Stef Van Eekert)

3. ヘルス IT (Care and Health Agency)

a. 現状、政策、Eヘルス (Dominique Dejonckheere)

b. 電子カルテ制度 (Peter Raeymaekers, Zorgnet)

・ 担当者: ドウォルフ・ディルク氏 (Mr. DEWOLF Dirk) ケア・アンド・ヘルス局長

(2) ベルギーの厚生局

(<http://health.belgium.be/eportal/index.htm?fodnlang=en>)

・ 内容

1. 質と安全 (Q&S)

- 2013 - 2017 年の Q&S 取組

- 医療関連感染制御および抗生物質関連戦略の取り組み

- ヘモビジランス血液安全監視体制および輸血体制

2. ヘルス IT

・ Ehealth-platform (ヘルスケア関係者を支えるための E サービス及び情報共有について)

・ 臨床登録データ及び healthdata.be の政

策について

・ Roadmap e-gezondheid 2013-2018 (ヘルスケアのデジタル化)

・ 担当者: ハールテルマン・マルガレータ氏 (Mrs. HAELTERMAN Margareta)、厚生局医療質および患者安全室長

(3) MST (Medisch Spectrum Twente) 病院
アムステルダムから約 150 キロ、車で 2 時間の距離にある (図 1)。この地域は繊維産業でかつて栄えたが、現在は産業の停滞、人口の高齢化が進み、オランダの他の地域に比較して、教育水準、所得水準ともに低いとのこと。オランダでは最近病院の統合が進み、140 あった病院が現在では 93 になっている。ここも 1989 年に 2 つの病院が統合されてできた。病床数 600。現在は、総工費 3 億ユーロで建替え中で、建替え後は 550 床になる予定である。

職員総数は 2800 人 (常勤換算)、医師 230 人 (常勤換算)、年間外来患者数 53.2 万人、退院患者 6 万人、年間収入 4 億ユーロである。教育研究ではサクソン大学ほか、近隣の複数の大学などと連携し、100 人の研究員を有するほか。300 人の看護士、60 人の臨床工学技士の気研修を行っている。臨床教授 9 人、博士号取得者は昨年 7 人、年間発表論文数 190 編である。

病院情報システム (HIS-EMR) では、Nexus 3.0 Program という新システムの導入が 2015 年から開始され、2018 年には実装される予定である (図 2、表 1)。

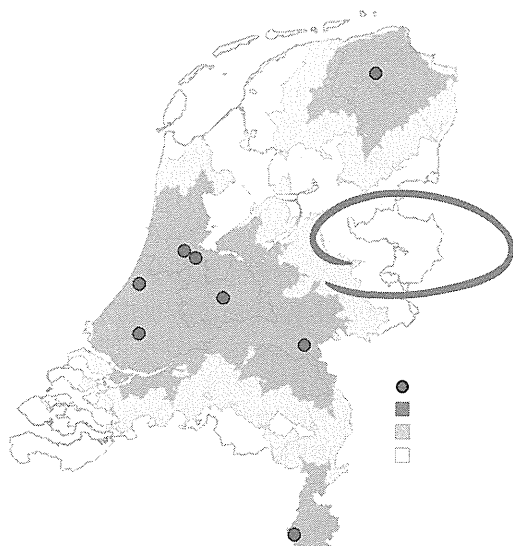


図1 MST の位置

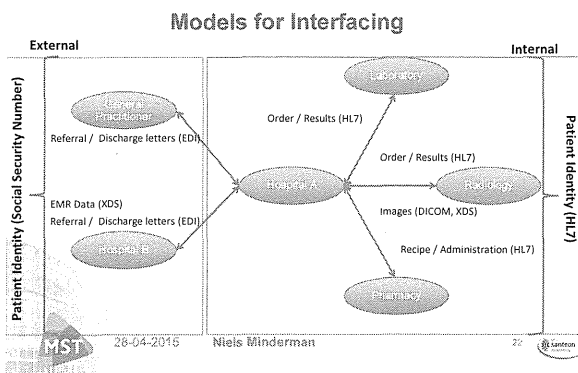


図2 MST における病院情報システム

表1 MST Nexus 3.0 Program の目標

- Process, Information, Data and Applications contribute to:
- Business Continuity (incl. Transparency and Compliance)
- Quality & Safety and Efficiency
- Care and Service
- Patient Experience and Value
- Relationship and Cooperation with Referring Institutions
- Employee Satisfaction
- Governance and Control
- Start for continuous Improvement and Development
- Strategic Position within the Region

The Safety Management System (SMS) in healthcare embeds patient safety practice by continuously identifying risks, implementing improvements and establishing, evaluating and modifying hospital policy

医療安全に関しては、2008年にオランダ医療安全プログラム (Dutch Safety Management System Safety Program) が策定された。これは医療事故による死亡の50%削減を目指すものである。保健省は2012年末までに、オランダ全国の93病院のすべてが医療安全の認証を受けることを要求している。認証を受けていない場合に

は、行政 (Health Care Inspectorate (IGZ)) が、厳格な監査を実施する。

MST は期限までに認証を受けることができなかったため、ICZ は 2015 年末までに新たに期限を設定した。MST は、医療安全文化の醸成、11 領域での改善、患者参加について、改善をはかる必要があり、現在、その活動を実施中である (表 2)。新时期までに認証を受けることができない場合、財政的なマイナス、さらに厳格な基準の設定、名声リスクを負うことになっている。

これらの活動を、質保証部門 (常勤職員 3 人) が支援する形になっている。TQM、シックスシグマなどの手法について病院職員の研修を担当するほか、実際のプロジェクトにも関与している。

表 2 MST が改善を要する 11 領域

- ・ 術後感染の防止
- ・ 重症患者の早期の発見と治療
- ・ 疼痛の早期の発見と治療
- ・ 入院・退院時の投薬内容の確認
- ・ ヨード造影剤使用による腎不全の防止
- ・ ハイリスク薬:経静脈投与薬剤の準備と投与
- ・ 急性感冠疾患の適切な治療
- ・ 中心静脈ラインによる敗血症の防止と治療
- ・ 脆弱な高齢者
- ・ 患者の安全な移動
- ・ 小児患者の安全確保

D. 考察と E. 結論

医療の安全と質への関心は世界的にも高まりつつある。行政が病院に課すレベルも徐々に高くなっており、①認可基準とする、②診療報酬・補助金などに反映させる、③病院名を公表することによる名声リスク、などが用いられる。既存の病院に対しては、②、③が中心となり、①は当該病院が、新たな部門を設置し、あるいは診療科を設置する際に用いられることが多い。病院の評価・認証は、行政が直接行う場合と、他の認証機関を利用する場合がある。ベルギー、オランダでは、病院機能評価・認証を受けている場合には、行政の監査の際に組織体制などは評価対象とせずに、活動実績を中

心に評価が実施されていた。認証を受けていない場合には、行政がすべての項目について監査を行うことになる。このような業務の分担は、日本では都道府県の実施する医療監視と第三者評価・認定との関係を考える際に参考になるであろう。

病院内では、電子化、医療安全は大きな課題であることが再確認された。病院横断的に、多職種の連携のもとに改善活動を実施する手法として、TQM、トヨタ方式、シックスシグマなどが代表的である。相当規模の病院で、これらの改善活動を円滑に実施するためには、専門部署を設置し、①職員の教育研修を行う、②データ解析の支援、③改善チームの特に運営に関するアドバイザーとしての支援が重要であると考えられる。

F. 研究発表

1. 論文発表
なし
2. 学会発表
なし

G. 知的財産権の出願・登録状況 (予定を含む)

1. 特許取得
なし
2. 実用新案登録
なし
3. その他
なし

厚生労働科学研究費補助金
(業務フロー図に基づく医療の質向上と安全確保を目指した
多職種協働チームの構築と研修教材・プログラム開発に関する研究)
分担研究報告書

「医療安全推進のために、いずれの医療機関においても
なすべき医療安全行動を定める」ことについての検討

研究要旨

平成 26 年度の研究から、いずれの医療機関でも行うべき医療安全行動として 5 つの項目があげられた。これらの 5 項目は、多くの医療機関で、それぞれに手順書を作っているが、必ずしも手順書に沿って業務が行われず、エラーや事故が発生している。これを防止するためには、各医療機関が、これらの項目に関して質と安全が確保できる業務プロセスを設計し、そのプロセスに沿って医療を提供する手順書を作成する必要がある。しかしながら、それぞれの医療機関が必ずしも適切な業務手順書を作成できているとは言えない状況であることから、手順書作成のための基本となるコンテンツを提供する必要があるとの結論を得た。2 年目の本年度は、「医療の質・安全学会」に設置している“医療安全管理者のネットワーク会議（現場の医療安全管理者が自主的に登録して、医療の質・安全に関わる課題を検討する会議）の”第 16、17、18 回の 3 回の会議において、業務手順書の作り方について学習と検討を重ね、手順書を作成する上で、基礎となるコンテンツを作成した。また、第 10 回医療の質・安全学会学術集会において、医療の質と安全を確保するための手順を定め、それに従って業務を行うことで、事故やエラーの低減化を図り、成果を上げている先駆的な医療機関の実務者と、品質管理の視点から、質・安全確保の上で、業務のプロセス管理の重要性について知見が述べられる専門家の参加を得て、パネルディスカッションを開催し、参加者とプロセス管理の重要性を共有した。今後の課題は、医療機関で行われる業務の中でも、特にリスクが高い（5 項目を含む）業務に関して、確実に安全が確保できる手順書を作成し、それに沿って業務を行う習慣を身につけ、安全を優先する組織文化を高めることである。

研究分担者 嶋森 好子
研究協力者 荒井 有美
研究協力者 五十嵐 博恵
研究協力者 甲斐 由紀子
研究協力者 亀森 康子
研究協力者 木村 眞子
研究協力者 佐々木 久美子
研究協力者 佐藤 景二
研究協力者 杉浦 立尚
研究協力者 杉山 良子
研究協力者 關 良充
研究協力者 團 寛子
研究協力者 寺井 美峰子
研究協力者 古田 康之
研究協力者 山内 桂子
研究協力者 山元 恵子
研究協力者 高田 誠
研究協力者 飯塚 悦功

必ず実施すべきと考えている“医療安全行動の”5 項目（①患者の認証と誤認防止、②ハイアラート薬品による事故の防止、③危険な手技における事故の防止のためのタイムアウト、④転倒・転落による事故の防止、⑤胃チューブの誤挿入防止）を明確にした。しかし、それ等の項目に関して、各医療機関が、必ずしも安全が確保された手順を作成していないこと、また、必ずしも全ての場面で実施可能な手順書でないことが明らかになった。

そこで、平成 27 年度は、質と安全を確保できる業務手順書を作成するための、基本的なコンテンツを作成し、いずれの医療機関でも、現場で実施可能な手順を作成するための、支援ツールの一つとして活用可能なものを作成すること。また、手順を定めて、業務を行うことでエラーや事故の件数を減少させる等先駆的な取り組みを行っている医療機関等の成果を集めて、医療の質・安全学会学術集会においてパネルディスカッションを実施することによって、いずれの医療機関においても、安全が確保された業務手順書を作り、それに沿って医療安全行動を確実に実施することの重要性とその実施の可能

A. 研究目的

平成 26 年度の研究で、多くの医療安全管理者が、

性について周知するための活動を通して、医療現場の医療安全確保が推進されることを目的とした。

B. 研究方法

1. 医療の質と安全を確保するための業務手順書の基本となるコンテンツの作成

1) 第 16 回、医療の質・安全学会ネットワーク会議（現場の医療安全管理者が自主的に参加登録している会議）（資料①）で、マネジメントの専門家（高田誠氏、KK オーセンティック代表取締役）から、手順書の作り方に関する講義（資料②）を聞き、その後、医療の質・安全学会ネットワーク委員会委員（研究協力者）が、前期 5 項目に関して、安全確保のためになすべき安全対策についてプレゼンテーションを行った。その内容は、資料③～⑥のとおりである。その後、グループに分かれて、5 項目の手順書を作成する上で骨格となるコンテンツ案の作成を試みた。ワークショップの後、参加者に意見を聞いたところ、いずれの医療機関でも、患者確認と手術室でのタイムアウトの手順を作成し、それを検討したうえで、コンテンツの最終案を作成することとした。

2) 第 17 回の医療の質・安全学会ネットワーク会議（山梨県医療安全研究会協賛 資料⑦）で、医療の質・安全学会ネットワーク委員（研究協力者）が作成したコンテンツを示し、それに沿って、患者認証の手順及び、手術前のタイムアウトに関するプレゼンテーションを行い参加者と検討した。その後、ネットワーク会議参加者の意見を得て修正を加えたコンテンツの案が資料⑧である。

3) 第 18 回ネットワーク会議（第 10 回医療の質・安全学会学術集会のプログラムとして開催）で、基本的なコンテンツとその考え方に基づいた患者確認手順（資料⑨）とタイムアウト実践で誤認を予防する（資料⑩）について、ネットワーク委員のからプレゼンテーションを行い、会議参加者とのディスカッションを行った。その結果、医療安全を確保するための手順書作成のコンテンツが資料⑪の通りまとまった。

2. 手順書を定め、それを遵守する仕組みを実践して成果を上げている先駆的医療機関の取り組みの紹介

第 10 回医療の質・安全学会で、先駆的な取り組みを実施している医療機関によるパネルディスカッション（資料⑩）を実施し、医療安全確保のために、業務手順書の作成とそれに沿って業務を行うための取り組みの具体例を紹介し、手順書の作成とその遵守の仕組みづくりが、現場の医療安全確保の上から重要であることへの認識を高めるための活動

を行った。

C. 研究結果

1. 医療の質と安全を確保するための手順書の基本となるコンテンツの作成について

第 16 回～18 回医療の質・安全学会ネットワーク会議において、検討した医療安全を確保するための業務手順の基本となるコンテンツは資料⑪のとおりである。このコンテンツを用いて、各医療機関が安全確保のための業務手順書を作成し、現場で使いながら、精度を上げていく必要がある。

2. 第 10 回医療の質・安全学会のパネルディスカッションで紹介した、事例は次のとおりである。

- 1) 行動察知する用具の適正使用による転落防止の効果～継続・定着のためのチームの取組～（資料⑫）
- 2) 経鼻栄養チューブの留置位置確認（資料⑬）
- 3) 患者確認の手順整備と遵守～バーコード認証の役割と機能について（資料⑭）
- 4) 歯科診療所における「業務プロセスに落とし込んだ感染防止対策」（資料⑮）
- 5) 賢者の愚直-ABC のすすめ（資料⑯）

D. 考察

1. 医療の質と安全を確保するための業務手順書の基本となるコンテンツは、今後、何れの医療機関においても、医療安全確保のための業務手順書作成に役立つものと言える。また、2) の考察で述べるように、ヒューマンエラーを生じる可能性のある人間が、行う行為である以上、医療現場で行われる、全ての業務に関して、エラーの発生を防ぎ、かつ発生する可能性のあるエラーを発見し、修正できる業務プロセスを設計し、そのプロセスと適切に踏むための手順書を作成し、手順書を遵守して業務を行うように習慣づけることが重要である。

2. 先駆的な取り組みで成果を上げている医療機関で成果を上げた要因の検討

1) 「行動察知する用具の適正使用による転落防止の効果～継続・定着のためのチームの取組～

この事例では、転倒・転落防止のための用具を用いても、転倒・転落を防止できなかった事例に注目して、その予防策を検討した。そのために、まず多職種（看護師、理学療法士、薬剤師、診療放射線技師、情婦システム課員、人事総務課員）によるプロジェクトを設置した。次に、3 か月間を区切って転倒の全事例に看護師、理学療法士が調査シートに従って事実確認を行った。その結果、患者の行動を察知して転倒転落を事前に防止する用具の使い方が適切でない事例が多いことを発見した。そこで、5 種類 57 の用具の特徴を洗い出し、その用具の使用

に適した患者像を明確にした。また、転倒・転落アセスメントシートに沿ってアセスメントした患者像に応じて、適切な用具を選択できるように対策ツールを組み込んだ。そのアセスメントシート、対策ツール、用具の選択に至るプロセスについて、作成の意図を医療安全管理者が各部署のカンファレンスに出向いて説明し周知を図った。シート使用開始後は、その使用方法、用具選択に問題は生じていないかをモニタリングを行っている。

2) 経鼻栄養チューブの留置位置確認

この事例では、チューブの誤挿入がないことを確認する上で最も確実な、胃液の採取、吸引液の性状観察及び pH 測定を行うために、チューブ挿入の長さを決めることが重要であることを認識した。その根拠は、平成 27 年 4 月 30 日に実施された「医療安全全国共同行動」の「3a 経鼻栄養チューブの誤挿入の予防」で示され、第 16 回医療安全管理者ネットワーク会議で紹介された、山元恵子氏(ネットワーク委員会委員・研究協力者)提供資料によるものである。その根拠に基づき手順を改定すると共に、チューブ挿入時の記録テンプレートを作成した。このテンプレートは、チューブ挿入のチェックリストとしての役割を果たし、手順を標準化する現場支援ツールとなった。留置位置の確認が確実でない場合は、レントゲン撮影で位置を確認することを手順に組み入れ、可視化を図った。また、電子カルテから、チューブ挿入のデータを抽出して、手順の遵守状態をモニターし、その結果を現場にフィードバックすることで、継続的改善を行った。位置確認について、疑問がある場合はレントゲンを撮影する手順は、テンプレートで支援され、高い遵守率を保っている。手順作成から、1 年 3 か月後、教育延べ数は、700 名に及び胃液の採取率は 64%から 79%に増加し、経鼻栄養チューブに関連した事故は発生していない。手順改定のプロセスで、経鼻栄養チューブの位置確認はチームで安全を担保していくもの、と院内の共通認識が深まった。安全を担保するには、決められた手順が守られているかを確認する仕組みが重要である。引き続き検証を加えながら、より安全な医療の提供のために継続的改善に努めていきたいとしている。

3) 患者確認の手順整備と遵守～バーコード認証の役割と機能について

患者にフルネームと生年月日を名乗ってもらうことは定着していた。その上、電子カルテの導入に伴いバーコード認証を行なうことが可能な場面では、患者に名乗ってもらうことに加えてバーコード認証を実施することとした。当該病院では、部門ごと、業務ごとに何と何を照合するかが明文化されて

いる。手術室、内視鏡室、採血室、放射線部門(一般撮影の撮影・検査準備時)などでは、患者とともにフルネーム確認することに加えてバーコード認証という機器によるチェックを行っている。

その結果、患者誤認のインシデント報告件数は、平成 25 年度、26 年度は、各 14 件で、それ以前と比べて減少した。その後、発生したインシデントから、患者誤認の要因検討をしたところ、①バーコード認証すべき場面で、決められた認証の手順から逸脱している。②バーコード認証対象外の場面で、患者に名乗ってもらっても、正しく照合していない、照合が形骸化して、間違いに気づいていない等の事例が見られた。

バーコード認証の操作そのものは単純で誰にでも実施できるが、バーコード認証を用いるには、その目的と機能、および目的に合致した使い方の教育が不可欠である。

なお、各機関(各部門)で使用されているバーコード認証システムの機能は一律ではなく、具体的な使い方を全国一律に示すことは難しいと考えられる。バーコード認証システムを有効に活用するためには、各機関で、使用する職員が、当該のシステムは、何と何を照合する機能を持ちどのような意味で使用しているのかを理解できるよう、さらに、システムが通常通りに動かないときにも適切に対処できるよう、分かりやすい手順書とそれを用いた教育を継続する必要がある。

4) 歯科診療所における「業務プロセスに落とし込んだ感染防止対策」

当該事例では、感染防止対策を日常業務のプロセスに落とし込んで実践している。歯科診療所は、日常的に血液や粘膜に触れ、鋭利器具を頻繁に使用するため血液媒介感染のリスクが高い、感染源となる病原体の持ち込み、持ち出し、拡大を防ぐ感染対策の基本に従い、歯科診療所においても微生物による感染・伝達経路を考えて経路の遮断と病原体の排除、防護を行い、感染リスクを制御して実行可能な感染拡大の阻止システムを構築し、確実な実施が必要であり、定期的に監視が求められる。当該クリニックでは感染制御活動のはじめに日常業務から感染リスクをピックアップし、①治療時の場面、②血液・体液・汚物処理時、③医療環境全般に分け、歯科医師、歯科衛生士、歯科技工士、受付助手参加のもと、治療行為や処置の過程自体を見直し感染制御について全職員への理解と確認のために図入りのフロー図を作成し、作業基準を入れて壁に貼りプロセスを可視化した。作業補完は全職員が“インカム(イヤホン付トランシーバー)”を装備の上職員間で協働して行い、持ち場を離れなくても作業を俯瞰できるようにした。プロセスを重視した業務管理により、

作業の所要時間、機器の稼働回数や稼働量が数値化され、感染制御の視座から一貫したサイクルに全員が参加する体制が構築された。これにより、日常業務は人を問わず安定的に作動するようになった。課題である感染制御体制の適否の判断のために、定期的にルミテスターによる汚染度の調査を行い清浄性を図る活動をしている。当院では少ない職員が業務を多重に兼務する体制が常態的で、作業中断や未完了作業の累積が頻繁であり感染対策上の危険は暗黙知であるが即時解決が難しく作業完了のための残業や早朝出勤があった。この取組み以降は、職員間の作業負担の不均衡や一部職員への能力依存がなくなり、随伴するヒヤリ・ハット事例の報告は減少した。この取組みは誰がではなく誰もが起こす何が起こったのかを全員で共有するため、類似例の起こりそうな場面での注意喚起の促しや引き続き起こりうる場面の想定から抑止する力の育成の基となっている。

5) 最後に、品質管理の専門家として、飯塚氏は、「賢者の愚直—ABCのすすめ」と題して、下記の通り述べた。“質の良い効率的な業務は、「技術」「マネジメント」「ひと」「文化」によって支えられている。「技術」とは、望ましい結果を得るために必要な分野固有の技術（＝目的達成のための再現可能な方法論）である。「マネジメント」とは、その「技術」を適用し、日常の業務のなかで自然に実行できる手順・体制を整えることを意味している。そして「ひと」とは、「意欲」があり「能力（知識、技能）」の備わった従事者が必要という意味である。さらに「文化」とは、業務の仕方に関わる価値観、組織の風土・文化もまた重要であるという意味である。

医療は、他の産業、例えば製造業と比較すると、いくつかの特徴がある。例えば、業務の結果に及ぼす人の寄与の度合いが大きい。患者の個別性・多様性に適時・適切に対応しなければならない。取り返しのつかない事態に陥る危険も多々ある。こうした特徴を踏まえたとき、質の良い業務のために、とくに「ひと」について関心を寄せるべきである。

「ひと」という、優秀だが脆い摩訶不思議な存在の寄与が大きな分野では、どうすればよいか分かっていて、それがプロセス化（手順化）され、そのプロセスで使われる基盤が整えられ、業務従事者が十分な意欲と能力を持っていても、なおかつ完全な業務を日常的に行うことは難しい。1回うまくできたとしても、それを100回、1万回、100万回続けてうまくやることがいかに難しく、そしていかに重要か再認識したい。

そのうえで、業務プロセス・システムの脆弱性を強化するための一般的な方法について整理し、紹介された事例が、その原則に則っていることを確認した

い。さらに、ともすると軽視しがちな、ABC（A：あたりまえのことを、B：バカにしないで、C：ちゃんとやる）という行動様式を組織的に実現するための要件を整理し、「やるべきことをきちんとやる」という難しい課題に、どのような工夫がありうるか考察したい。

E. 結論

1. 質と安全が確保された手順書のコンテンツの基本項目は別添の通りである。これに基づき、それぞれの手順書の作成が必要である。
2. 先駆的な取り組みを行っている医療機関が成果を上げている要因は、以下のプロセスを継続してPCDAのサイクルを回すことである。
 - 1) 何の業務の安全確保の手順を決めるのかターゲットを決める。
 - 2) その業務に関連するすべての職種が参加するチームを設置する。
 - 3) その業務に関連する現場の状況を調査し現状を明らかにする。
 - 4) 現状が改善できる手順を根拠に基づいた手順書として作成する。
 - 5) 手順を逸脱する状況になった場合の対処についても手順書に組み込む。
 - 6) 業務手順を日常業務として行える形に落とし込む。
 - 7) 手順書の意図、使い方を関連部署のすべての職員に理解してもらうための教育・訓練を行う。
 - 8) 期間を区切って結果と手順の遵守状態をモニタリングする。
 - 9) モニタリング結果に応じて、手順を改善する。

F. 研究発表

1. 論文発表
なし
2. 学会発表
第10回医療の質安全学会学術集会 パネルディスカッション「医療安全のために、安全が確保された業務プロセスで医療を提供する～“やるべきことをやる”その効果と評価～

G. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

1. 特許取得
なし
2. 実用新案登録
なし
3. その他
なし

引用・参考文献

1. パネルディスカッション「医療安全のために、安全が確保された業務プロセスで医療を提供する～“やるべきことをやる”その効果と評価～、第10回医療の質安全学会学術集會集録、2015

第16回 ネットワーク会議

開催 日時：平成27年5月23日（土）11：00～17：00
 会 場：医療研修施設「ニプロ iMEP（アイメップ）」
 （〒525-055 滋賀県草津市野路町 3023 番地・tel 077-564-0610）
 対 象 者：現場の医療安全管理者、医療安全管理を担う者
 参加 人数：102名

プログラム

1, 業務手順書の作成方法を学ぶ！

講師：高田 誠（株）オーセンティックス 代表取締役

2, 安全のため手順とすべき必須事項は？

目的：安全確保のためどのような管理や手順が推奨されているのか再確認し
 導入・実践するためのツールを作成する。

(1) 患者を正確・確実に確認する

ネットワーク委員：聖路加国際病院 寺井美峰子

(2) 危険薬を安全に管理する

ネットワーク委員：北里大学病院 荒井有美

安房地域医療センター 古田康之)

(3) 転倒・転落を予防する

ネットワーク委員：(株)パラマウントベッド 杉山良子

(4) タイムアウト実践で誤認を予防する：

ネットワーク委員：自治医科大学附属さいたま医療センター 亀森康子

(5) 経鼻栄養チューブの誤挿入を予防する

ネットワーク委員：富山福祉短期大学 看護学科 教授 山元恵子

3, 医師の立場として業務手順の評価

講師：近江八幡市立総合医療センター

細川洋平（副院長・サーベイヤー部会議長）

初田直樹（脳神経外科部長・サーベイヤー部会副議長）

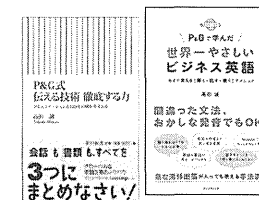
暗黙知を形式知にする という事

Authenticics
Marketing & Management

高田誠

高田 誠

- 64年 群馬県高崎市出身
- 87年 東京理科大学 理学部卒
- 87年 P&G
 - * 製品開発とコミュニケーション
 - * 部下の育成、組織づくり
- 10年 朝日サステナビリティマネジメント
- 13年 株式会社 オーセンティックス
 - * 人づくり、組織づくり
 - * マーケティング



「あの部署の仕事は人についている」

「職人の技はぬすむもの」

ナレッジとは？

Oxford English Dictionary

Knowledge

facts, information, and skills acquired by a person through experience or education

経験または学習により得られた事実、情報、能力。

the theoretical or practical understanding of a subject.

ある主題についての理論的または実践的な理解。

ナレッジ

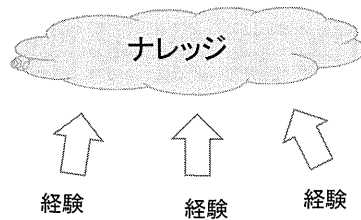
学習で
得られるもの

- 書籍
- 研修

経験から
生み出すもの

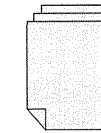
- ノウハウ

経験はナレッジをつくる

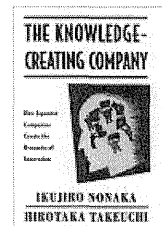


暗黙知 と 形式知

形式知
Explicit
Knowledge

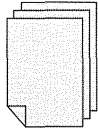


暗黙知
Tacit
Knowledge



暗黙知 と 形式知

形式知
Explicit
Knowledge



誰でも使える

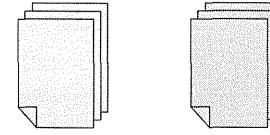
暗黙知
Tacit
Knowledge



本人しか使えない

暗黙知 を 形式知 にする

形式知
Explicit
Knowledge

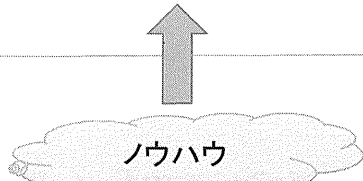


誰でも使える

暗黙知
Tacit
Knowledge



ノウハウの見える化



経験 経験 経験

書く

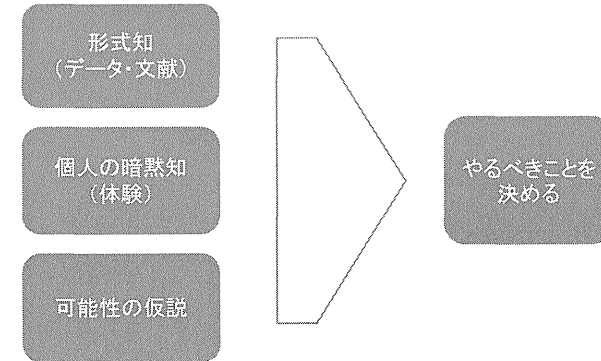
書き
取る

書き
出す

「書き出す」ことは難しい

- 日本人は「あいまい」が心地いい
- 考えを表現することが訓練されてきていない

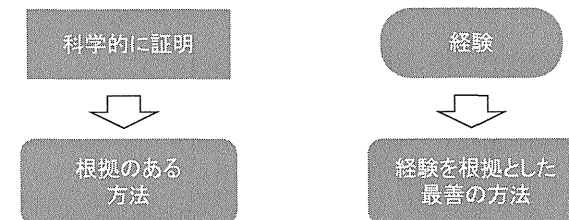
安全管理の手順をつくるとは



自分の経験にはエビデンスがないのですが、それを活用していいのでしょうか？

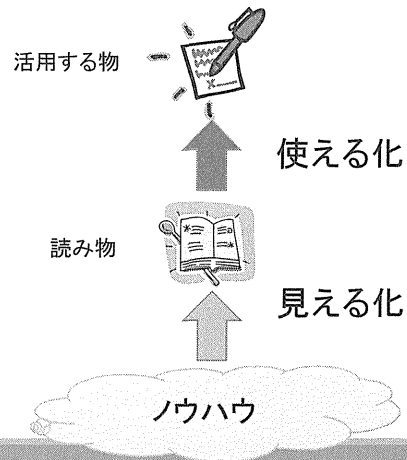
Evidence

- エビデンスとは根拠
- エビデンスを重要視するのは思い込みをなくするため



ポイント1: 理屈は妥当か？
ポイント2: 実践で検証しつづける

ナレッジのツール化

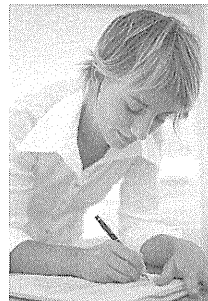


「良い」手順書

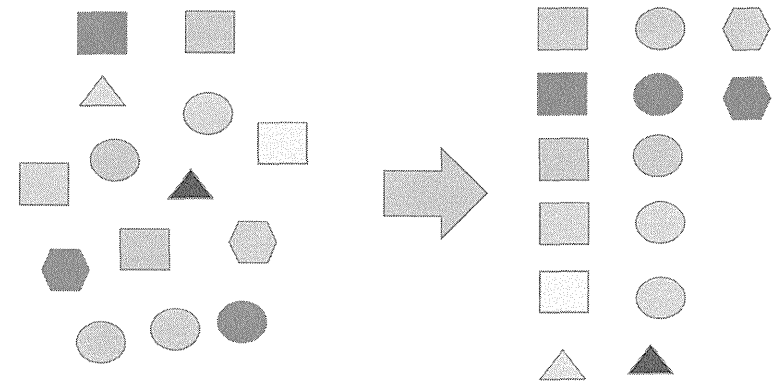
- 何をすべきか明確、わかりやすい
 - － あいまいさがない
 - － 整理されてわかりやすい
 - － 無駄な情報がない
 - － 明確にするための仕組みが必要な場合がある
- なぜそうすべきかが理解できる
 - － 意図を理解した作業に
 - － 突発的な環境の変化があったとき意図を果たすことができる

ナレッジ・クリエーションに必要な力

- 重要なポイントを見つける力
- ポイントを整理する力
- 分かりやすくする力

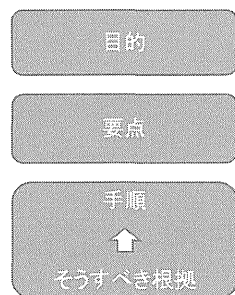


情報整理

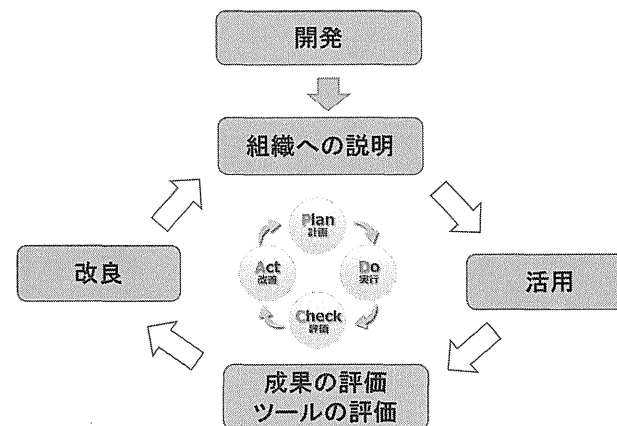


わかりやすさ

- 大きなところから入る、そして詳細
- 結論、そして理由



手順書は改善する



演習

- 安全を守るために重要と思うことを書き出してみる
 - 心構え
 - 準備
 - 作業の仕方
 - 必要な仕組み

最後に

- 通常から「学び」をナレッジとしてとらえる訓練をする
- 「うまくいったこと」「なぜうまくいったのか」を書き出す

タイムアウト実践で 誤認を予防する

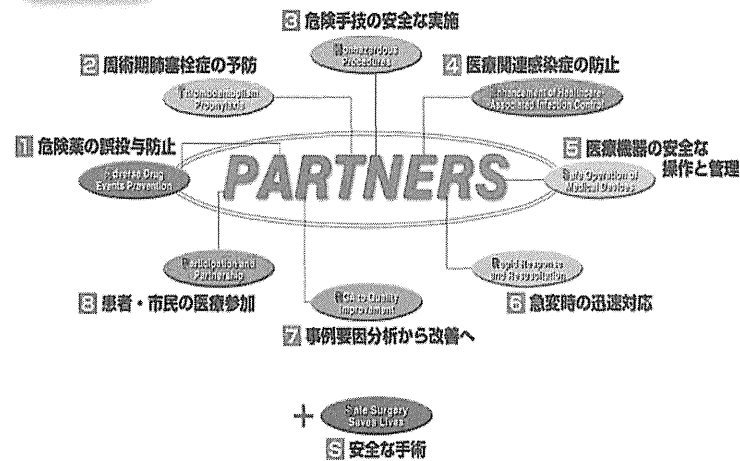
第16回医療安全管理者 ネットワーク会議 IN
滋賀

自治医科大学附属さいたま医療センター
亀森 康子

腎臓左右取り違え摘出 確認怠りミス相次ぐ

- 市民病院で、腎臓がんの男性患者(70)から腎臓を取り違え摘出した業務上過失傷害事件は、初歩的な確認作業を怠った末に引き起こされた。摘出までに二重三重の確認が見逃され、男性は正常な左の腎臓を失う重大な被害に遭った。看護師や麻酔科医らが複数立ち会ったが防げず、全員で確認しあう手順が欠落していたことも要因となった。
- 県警に書類送検されたのは、主治医だった元泌尿器科長の男性医師(49)と、同科の非常勤の男性医師(40)。
- 同病院では内規で、腎臓や肺など左右二つある部位を手術する際は、主治医が手術前日か当日に皮膚に油性マジックで手術部位を示す「マーキング」を行い、患者にも確認してもらうように定めている。
- しかし、元泌尿器科長はマーキングせず、男性医師も腎臓のCT(コンピューター断層撮影法)写真の裏表を間違えて左の腎臓を摘出すると思い込み、手術した。2人は調べに対し「確認をしたつもりだったが、うっかり間違ってしまった」などと供述している。

行動目標



2011年より安全な手術が
追加



31 行動目標 S:安全な手術-WHO指針の実践

- (1) 正しい患者の正しい部位を手術する
- (2) チームは、患者を疼痛から守りながら、麻酔薬の投与による有害事象を防ぐことが分かっている方法を用いる
- (3) 命にかかわる気道確保困難もしくは呼吸機能喪失を認識し適切に準備する
- (4) 大量出血のリスクを認識し適切に準備する
- (5) 患者が重大なリスクを持っていると分かっているアレルギーあるいは薬剤副作用を誘発することを避ける
- (6) 手術部位感染のリスクを最小にすることが分かっている方法を一貫して用いる
- (7) 手術創内に器具やガーゼ(スポンジ)の不注意な遺残を防ぐ
- (8) 全ての手術標本を確保し、きちんと確認する
- (9) 効果的にコミュニケーションを行い、手術の安全な実施のために極めて重要な情報をやりとりする
- (10) 病院と公衆衛生システムは、手術許容量、手術件数と転帰の日常的サーベイランスを確立する

医療安全全国共同行動

年 月 日 科 患者名:

手術安全チェックリスト (2009年改訂版)



麻酔導入前 <small>(少なくとも看護師と麻酔科医で)</small> 患者のID、部位、手術法と同意の確認は？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 部位のマーキングは？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 麻酔薬と薬剤のチェックは済んでいる？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ パルスオキシメーターは患者に装着され、作動している？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 患者には： アレルギーは？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> ある 気道確保が困難/咽頭のリスクは？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> ある、器材/気道/助手の準備がある 500ml以上の出血のリスクは(小児では7ml/kg)？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> ある、2本以上の静脈路/中心静脈と輸液装置 設置	皮膚切開前 <small>(看護師、麻酔科専門医と外科医で)</small> <input type="checkbox"/> 全てのチームメンバーが名前と役割を自己紹介したことを確認する <input type="checkbox"/> 患者の名前、手術法と皮膚切開が何処に加えられるかを確認する。 抗凝固薬予防投与は直前の60分以内に付われたか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 対応ではない 予想される極めて重要なイベント 術者に： <input type="checkbox"/> 極めて重要あるいはいつもと違う手順はありますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 手術時間は？ <input type="checkbox"/> 予想される出血量は？ 麻酔科医に： <input type="checkbox"/> 患者に特有な問題点？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> ある 看護チームに： <input type="checkbox"/> 輸液(インジケータ結果を含む)は確認したか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 器材問題あるいはなにか気になっていることはあるか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> ある 必要な画像は提示されているか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> ある	患者の手術室退室前 <small>(看護師、麻酔科専門医と外科医で)</small> 看護師が口頭で確認する： <input type="checkbox"/> 手術式 <input type="checkbox"/> 器具、ガーゼ(スポンジ)と針のカウントの完了 <input type="checkbox"/> 標本ラベル付け(患者名を含め標本ラベルを声に出して読む) <input type="checkbox"/> 対応すべき器材問題があるか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> ある 術者、麻酔科医と看護師に： <input type="checkbox"/> この患者の画像と管理についての主な問題はなにか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> ある
---	---	--

記載者:

ASA-PS: 1 2 3 4 5 6 新分類 (SWC): 1 2 3 4

32

医療安全全国共同行動

誤認の原因と起こりうる場面

(日本手術看護学会手順より抜粋)

患者誤認の原因

- ①患者の氏名・発音の類似
- ②記録の記入・転記ミス
- ③患者の思い込み・勘違い

患者誤認が起こり得る場面

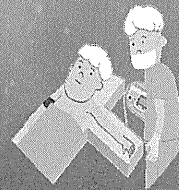
- ①病棟から手術室への移送時の誤認
- ②手術室受付での患者申し送り時の誤認
- ③各手術室への移送時の誤認
- ④手術担当者の交代時の誤認

手術部位誤認が起こり得る場面

- ①マーキング時
- ②手術室受付での患者申し送り時(の誤認)
- ③局所麻酔施行時
- ④執刀時

手術時のタイムアウトは

1. 執刀直前に
2. チーム全員で
3. 一旦手を止めて
4. チェックリストに従って
5. 患者・部位・手技等を確認すること



手順

1. 麻酔導入後、全員が患者周囲に集合(全員が手を止める)
2. 執刀医(担当医)がフリーフィンク開始を宣言
3. 執刀医(担当医)は次の事項を述べる

※ 注意点

1. フリーフィンクは全員が聞こえるように大きな声で言うこと
2. 不明な点や聞き取りにくい点があれば必ず聞きなおすこと
3. 特にミスが起こりやすい緊急手術の場合でも原則行うこと

4. 麻酔科医が次の事項を述べる
 - A. 患者名
 - B. 病名(部位)
 - C. 予定している術式やバリエーション
 - D. 予定手術時間
 - E. 予想される出血量
 - F. 重要な術前合併症や手術リスク(ない場合は「なし」と)
 - G. 新しい術式や器材を使用する場合はそのコメント
 - H. 非定形的な術式の場合はそのコメント
5. 看護師が次の事項を述べる
 - A. 機器の適切な減塵(インジケータの確認を含む)
 - B. 術中に必要な器材の準備
6. 必要な画像が提示されているか
7. 全員が自分の役割と自己紹介し、全員の「よろしくお願ひします」の声で終了

電子カルテ内にチェックリストがあり麻酔科医師が参照しながらチェック