

# 安全と健康

5

May  
2017

## 特集 治療と就労 の両立支援



# 紹介します！安全・健康職場

## KYTでリスク感性を磨いて 医療現場の安全を確保

(医)社団 三思会 東名厚木病院

神奈川県厚木市にある東名厚木病院は1981年に開設され、2009年には県内で初めて社会医療法人\*に認定された。病床数は277床で、病院理念に「地域に信頼される病院」「患者に愛される病院」「誇りと責任を持てる病院」を掲げ、非常勤を含め593人の職員が勤務している。同院は、中災防主催の「医療安全KYセミナー」を2005年に受講したことを機にKYT（危険予知訓練）を導入した医療安全に取り組んでおり、2003年に設置した医療安全管理室（専従の医療安全管理者、1人）や安全管理委員会（17人）、看護部セーフティ委員会（16人）が中心となって活動している。

そこで今回は、医療安全管理者の小田和美・医療安全管理室長（写真1）に、その取り組みについてお話を伺った。

### インシデント・アクシデント レポートをKYTに取り入れる

同院が取り組む医療安全の一つは、「インシデント・アクシデントレポート」によるヒヤリ・ハット（インシデント）および事故（アクシデント）の事例報告制度で、そのレポート作成のプロセスに



写真1 お話を伺った小田和美・医療安全管理室長

KYTを取り入れている。事例は結果の重大性に応じて、レベルを低いものから順に「0」「1」「2a」「2b」「3a」「3b」「4」「5」の8段階に分類していて、3b以上をアクシデントとしている。このうちレベル2a以上となった事例を分析し、医療安全管理室に報告する。以下に、レポートの書き方とその対応を記す。

**ステップ1** 1件のインシデント・アクシデントに関わった人（以下、当事者）が記入様式に事例の問題点と対策案を記載して、医療安全管理室に報告する。同一事例であっても、それぞれの立場で作成することになっているため、該当する事例について複数人からレポートが出されることがある。

**ステップ2** (KYT4ラウンド法による事

\* 地域に必要な救急医療等を安定的に提供するために、公立病院を補完するような民間病院を都道府県知事が認定する制度



例分析) ステップ1で作成したレポートをもとに、その部署のメンバーがKYT4ラウンド法により、インシデント・アクシデントの発生から72時間以内に事例分析を行っている。第1ラウンドの「どんな問題があるか」から第4ラウンド「私たちはこうする」までを様式に記入し、最後に「チーム行動目標」と「指差し呼称項目」を設定する。こうすることで、早期に問題点を見つけて対策を決定し、再発防止に取り組む。なお事例によっては、当該部署の安全管理者や業務で関連する他部署のメンバーも加わる。

**ステップ3(データの一元管理)** ステップ2で作成した事例分析を、実施部署が医療安全管理室に報告する。このレポートの件数は、2009年は1,000件に満たなかったが、2013年には1,300件を超えて集計に多大な時間を要するようになった。そのため、2014年にイントラネットによる情報入力システムを構築し、データを一元管理するようにした。これで迅速な報告と容易な情報収集が可能となり、作成途中のレポートでも、必要な情報は迅速に反映されるようになり、医療安全管理室長はいつでも閲覧が可能になった。

小田さんに現在のインシデント・アクシデントレポートの現状について聞くと、「医療事故を招くような問題を“問題”として捉えるリスク感性が磨かれてきたようで、現在は年間約2,000件が提出されています。また、システム上で院内すべてのレポートをタイムリーに確認できるので、重大な問題があればRCA(後述)で組織的にいち早く対応できるようになりました」と言う。

## リスク感性を磨くには ヒヤリ・ハット寸劇から

同院では研修医や看護師、事務職などすべての新入職員を対象として1日の新人研修を行っている。医療安全については、そのうちの半日を利用して「ヒヤリ・ハット寸劇」(写真2)による教育を実施している。

この寸劇は、医療事故を題材とした10分程度のを2事例実施している。新入職員はまず寸劇を見て、「どこが危険か」「なぜ危険か」「どう対応すればよいか」といったことをグループ討議する。続いて、グループで問題点や対策を発表してもらい、最後に主催メンバーがそれらに対してコメントすることで、理解を深めるようにしている。このようにして医療安全の重要性を知り、KYTの基本的な考え方を学んでいく。

主催者である小田さんは、今年4月に実施した研修を振り返り、「半日という短い時間の中で、実際に発生した事故に潜むリスクを身近に感じてもらうために、新入職者にも寸劇に加わってもらっています。また、異なる職種で事故を検討することで、チーム医療の重要性を体験してもらうようにしています。当日は研修会場にベッドなどの必要な機材を持



写真2 現場を再現して行うヒヤリ・ハット寸劇

ち込んで現場を再現するなど、現実味を持たせるようにしています。受講者は新入職者なので最初は緊張していますが、徐々に発言が増えて会場がにぎやかになり、後半の発表では皆が医療安全を真剣に考えるようになります」と語っていた。

研修で学んだことを職務に生かしてもらうため、今年は研修の最後に各自の目標として「私の安全宣言」を記入してもらい、1年間で習得できるように、本人が配属された部署に掲示することとした。

## 組織的に原因を掘り下げる「RCA」

同院では、医療安全管理室と各部署の安全管理者を対象に、毎月2回「安全研修」を実施している。そこでは、RCA（Root Cause Analysis：根本原因分析）手法を用いて事例を分析していて、3回の研修で問題点の抽出から背後要因の改善策検討までを行う。この分析は、インシデントレベルが3b以上の事例およびレベル3a以下でも組織としての対応が必要と判断された「警鐘事例」について、より広い視点で根本的な原因とその解決策を見つけ出していくもので、組織的に対応すべき問題の解決に用いている。

このRCA実施の流れを、以下に示す。

- ①安全管理者が事例を選定し、レポート報告者に詳細をインタビューする。
- ②研修（第1回）で、いつ、何が起きたかを「時系列事象関連図」に整理して、問題点を抽出する。
- ③研修（第2回）で、なぜそのように「行動したか」「判断したか」という原因を列挙して、「背後要因の検索」を行う。
- ④研修（第3回）で、③の背後要因に対して考えられる改善策を挙げる。
- ⑤安全管理委員会で、実行可能な改善策

を決定する。

- ⑥安全管理委員会で、各部署での改善策の実施状況を評価する。

このRCAによる分析には相当な時間を費やす必要があるが、「職種の異なるメンバーそれぞれの立場で議論することで、さまざまな気付きがあり、また改善策を探せるので、再発防止を図るために欠かせない分析だと考えています」と小田さんは答えてくれた。

## 同院が目指す医療安全

同院が医療安全のために必要としているマネジメントは、「エラー」「クオリティー」「コンフリクト」の3つで、今回紹介したKYTやRCAは「エラー」防止が目的である。「クオリティー」は医療知識や院内基準などの知識面の充実であり、eラーニングを導入している。3つ目の「コンフリクト」とは「感情の対立」を指し、職員にとって患者や家族、他の職員との間での認知のずれなどで生じる好ましくない感情である。同院では、これを低減して互いの良好な関係を構築するために、個々人の対話スキルを高める取り組みも始めている。

最後に、同院が目指す医療安全について小田さんに聞くと「重大な医療事故が発生すると、患者さんやご家族の悲嘆は大きく、取り返しがつきません。医療の現場で間違いがあってはなりません、医療の高度化、複雑さなどで多くの問題を抱えています。重大な事故を発生させないこと、患者さんやご家族、職員の安全を確保するために、安全文化を醸成していくことが重要だと考えます。信頼される病院を目指して、これからも医療安全に取り組んでいきます」と抱負を語ってくれた。