

医療安全とチーム医療 —専任セーフティマネージャーとして—

The Roll of Safety Manager

野田 和子

Kazuko NODA

要 旨

2006年4月から当院を含む県立3病院に医療安全管理室が設置され、専任セーフティマネージャー (SM) が配置された。その目的は、医療安全活動が円滑に効果的に実施され、自院及び県立病院間の医療安全体制を整備する事である。近年の医療現場は、医療の高度化に伴い現場で起こる事故も複雑化し、事故に対する社会の批判も厳しくなった状況があり、組織で医療安全に取り組む必要がある。

当院は2007年に都道府県がん診療連携拠点病院の認定を受けており、医療の質向上を図るため、垣根を越えて組織横断的にタイムリーな対応で医療安全体制を整備すると共に、他職種とのチーム医療で患者を支えて行かなければならない。

はじめに

近年の医療現場は大変厳しい状況であり、「リスクマネジメント」(RM: risk management)はすでに質・量ともに片手間でできる業務ではなくなっており、より質の高い効率のよい取り組みが求められている。全国的には、5～6年前から医療機関に医療安全管理室の設置と専任または兼任のリスクマネージャーが配置されるようになった。県立病院も数年前から強く要望しており、2006年4月から県立15病院の中で中央病院、新発田病院、当がんセンターの3病院に安全管理室の設置と専任セーフティマネージャー (SM) が配置され、その他の病院には院長命で兼任SMが任命された。また、2007年にはSMが配置されている3病院にも兼任SMが任命された。

その目的は、県立病院における医療事故防止の取り組みと医療安全体制の整備である。県立病院の職員が相互に評価しあう「医療安全相互評価制度」の実施とSMを中心に兼任SMを窓口として県立病院における医療安全活動が円滑に、かつ効果的に実施されるように院内の医療安全体制を整備すると共に、

病院局と病院が一体となって、円滑な業務運営を支援するものである。

当院は都道府県がん診療連携拠点病院の認定を受け「がんを中心とした高度先進医療を広く県民に提供する」という病院の基本理念のもと、チーム医療で患者を支えていくために、組織として医療安全活動の取り組みを行ってきた。

1. 専任セーフティマネージャーの役割と具体的な業務

医療安全管理者 (リスクマネージャー) は、ここ数年の間に医療機関に配置されるようになった。しかし、新しい役割であり組織的な位置づけ、その権限や責任、役割分担の認識が必ずしも確立しない中で業務を行っている状況がある。

財団法人日本医療機能評価機構 認定病院患者安全推進協議会では、2003年度から「リスクマネージャー検討部会」を設置し、リスクマネージャーの役割や実際の業務に関することをテーマに協議をし、2005年に医療安全管理者がより効果的かつ機能的に医療安全活動を行うための「医療安全管理者 (リスクマネ

ジャー)の業務に関する指針」(中間まとめ)を策定した¹⁾。

県立病院では2006年4月に「新潟県立病院医療安全管理室設置要綱」を作成し、役割について明文化している。

＜専任SMの主な役割＞

- 1) 医療安全活動のマンネリ化防止, 再発防止の検証
- 2) インシデント・アクシデント報告などの情報の有効活用
- 3) 医療安全に対する継続的な職員教育

院内での具体的な業務

①ヒヤリハット事例の収集及び分析結果, 改善策などの立案と検証に関すること

各部署から提出されたインシデント・アクシデントレポートを受け, 各部署との連携で状況の聞き取りや指導, 対策の検討を行う。事案については, 部署で再発防止策の検討を行ってもらい後日報告を受ける場合もある。又, リスクマネジメント(RM)部会のワーキンググループ(WG)で対策の検討を行い決定されたことについては, 広報紙「RMだより」でフィードバックしている。

②医療安全に関する情報の収集と広報活動

インシデントレポートや新聞, 医療安全に関する情報, 厚労省や看護協会からの警告発信などの情報を収集し, 委員会や広報紙「Sマネージメントだより」で情報の発信をし, 情報の共有を図り再発防止に努めている。「Sマネージメントだより」は2007年10月に30号を発信した。

③院内ラウンド

マニュアルが周知され日常的に医療安全管理が行われているか, 現場を確認し評価する内部監査を目的としている。院内ラウンドはSMとしてのラウンドやRM部会の広報WGとして, 巡視を行いチェック内容に沿って聞きとりや現場を確認して点数化し, 改善項目について書面で対策を検討後回答してもらっている。医療安全体制を活性化して行くには, 計画(Plan)実施・運用(Do)監視・測定・分析(Check)見直し・改善(Act)マネジメントサイクル(PDCAサイクル)を回していく事が重要である。

④医療安全に関する職員研修など

医療安全の基本は教育である。年2回の院内研修会のほか, 新人・転入者・途中採用者・卒後系年別に対する研修, インシデント・アクシデント事案におけるOJT(on the job training), 臨床工学技師と協働でME(medical engineering)機器研修, 医師・薬剤部と協働での静脈注射研修などを開催している。特に最近ではリスク感性を高め

るKYT(キケン:K)(ヨチ:Y)(トレーニング:T)危険予知トレーニングが推奨されている²⁾³⁾。当院でも医療環境・業務状況の写真やインシデント事例を用いて, 委員会や病棟単位でKYTを取り入れ現場に即した研修をやっている。

⑤医療事故などに関する対応と病院局への報告

事故の再発防止の視点で事実確認などを中心に情報収集から報告書を作成し病院局への提出と局との連絡調整をしている。

⑥医療安全に係る委員会運営に関すること

・医療安全推進委員会は月1回会議を開催している。他に案件がある場合は臨時で召集し, 案件の検証と再発防止策を検討し病院としての見解を打ち出し, SMは委員長と相談しながら委員会の企画運営を行い報告書の作成をしている。

他, 下記の委員会に所属している。

- ・リスクマネジメント委員会と部会
- ・感染委員会
- ・輸血委員会
- ・医療安全機器管理委員会
- ・手術部ワーキンググループ

⑦専任SM未配置病院に対するSMの業務

・医療安全に関する情報の提供
インターネットや看護協会などからの医療安全に関する情報をSM未配置病院に発信するとともに, 再発防止の視点から院内の現状を把握し再発防止に向けて対策を検討するよう注意を喚起している。

・医療安全に関する職員研修の企画運営
院内教育研修会の相談・研修会の講師なども行っている。

⑧県立病院間の情報提供及び連絡調整体制(図1)

専任SM3人をリーダーとして, 県立病院を3つのブロックに分け兼任SMと年3回~4回会議を開催し, 事故事例やインシデント事例について各施設の取り組みや再発防止に向けての改善策など意見情報交換を行っている。

今年度の主なテーマは, 県立病院相互評価について, インシデント・アクシデントレポートの集計ソフト導入について, その他情報交換であった。

2. 当院のインシデントレポート状況

(図2・3)

ヒューマンエラーによる確認不足・思いこみによるインシデントが多く, システムの見直しと確認行為の徹底が必要である。

ハットした事, ヒヤットした事, 自分だけではなく他の人も気付かないうちに同じ経験をしている事が考えられ, インシデントから事故に繋がる危険がある。ハットした事, ヒヤットした事のレポートは

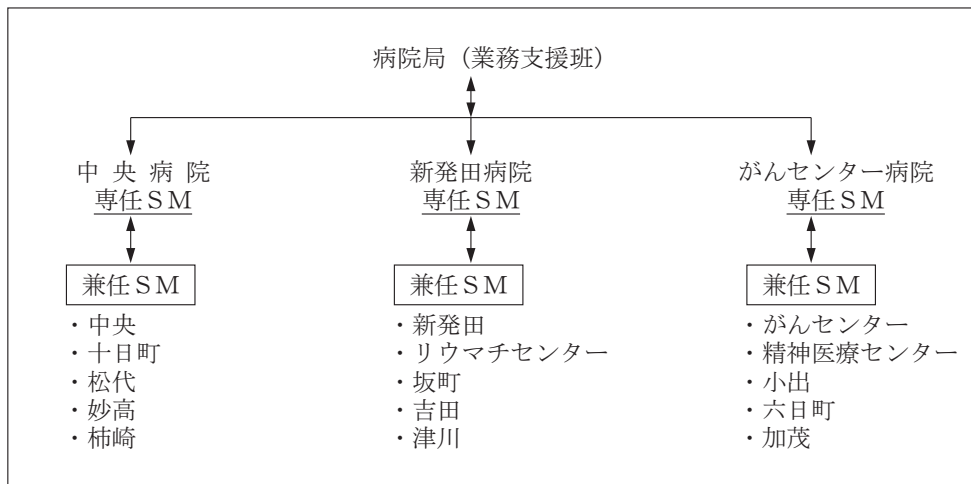


図1 ブロック別セーフティマネージャー

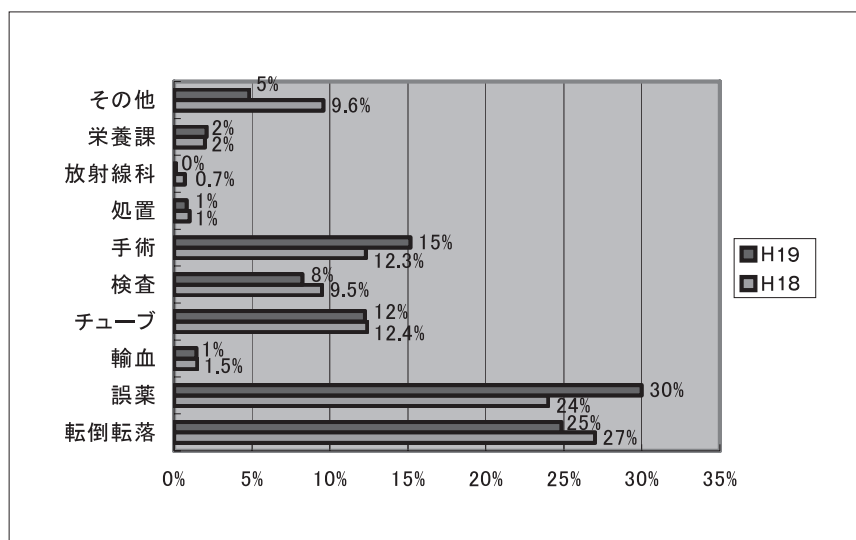


図2 インシデント要約の割合

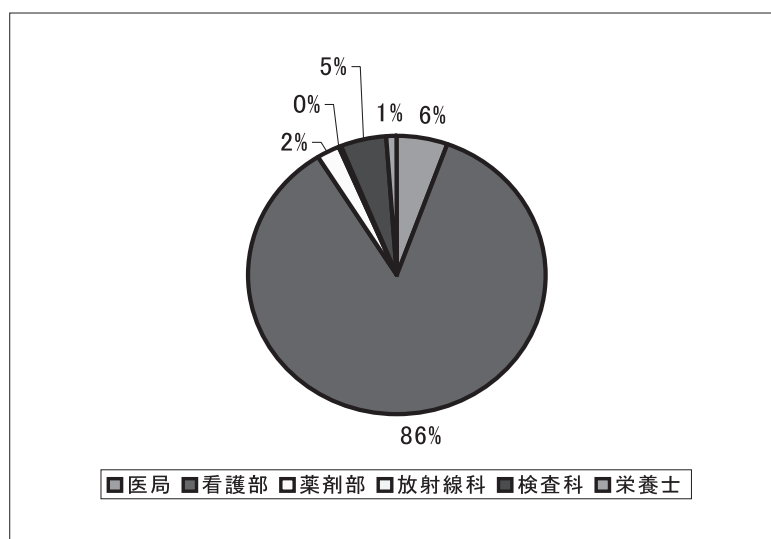


図3 職種別報告件数割合

事故防止対策を検討する大事な宝であり、経験したことの情報を共有し事故防止に活かしていく意識改革が必要である。

部署によって医療安全に対する温度差がある。

3. 病院局医療安全支援班との活動

1) 医療安全相互評価制度の運営

県立病院相互の医療安全の体制整備を目的に専任SMのブロック別評価チームを作り県立病院相互評価を行っている。

2006年の相互評価のテーマは、検査結果の見落とし・失念による医療事故の報道が続き、再発防止のため「画像診断結果の見落とし・失念防止」とし県立坂町病院で行い、2007年は「兼任SMの周知と活動状況」を評価項目に加え、精神医療センターと県立六日町病院を対象に評価活動を行った。評価項目（表1）

評価内容は検査依頼から結果報告書を医師が確認して患者又は家族に説明し、そのことが診療録に残されている事。主治医が見落とし、失念した

表 1

平成19年度 新潟県立病院医療安全相互評価制度 自己点検表

病院名： _____

画像診断結果の確認方法

質 問 項 目	回 答	
1 画像診断結果確認のためのマニュアル（又は手順書）があるか。	Yes	No
2 マニュアルの遵守について		
① 病院内の関係スタッフに周知徹底されているか。	Yes	No
② マニュアルについて、新任スタッフに説明する機会を設けているか。	Yes	No
③ スタッフがいつでも現場で確認できる（手にとって見ることができ）か。	Yes	No
④ 例外なくマニュアルどおりに実行されているか。	Yes	No
3 検査結果報告書の確認		
① オーダー医が結果確認後にカルテ処理（貼付等）されているか。	Yes	No
② オーダー医が結果確認したことがわかるサイン又は印があるか。	Yes	No
4 未確認の報告書の処理		
① 確認の済んでいない報告書の保管責任者が決まっているか。	Yes	No
② 確認したものとしていないものが、明確に区別されているか。	Yes	No
③ 確認の済んでいない報告書を長期間放置せず、医師が必ず確認できるシステムがあるか。（オーダー医が長期不在となった場合のサポート体制はあるか。）	Yes	No
5 医師は、報告書の結果をカルテに記載しているか。	Yes	No
6 急を要する異状所見時や予測診断と異なる場合等に、診断医からオーダー医への連絡体制があるか。	Yes	No
7 結果を説明した旨（いつ、誰が、誰に）の記載がカルテにあるか。	Yes	No
8 予約日に患者が来院しなかった場合等、医師が報告書の結果を患者、家族に説明していないケースをフォローするシステムがあるか。	Yes	No

そ の 他（問題点等）

※ 画像診断結果を患者、家族に説明するまでの過程における問題点等

場合のフォロー体制，患者が結果説明の予約日に来院しなかった場合の対応などマニュアルに準じて行われているかを実地調査で確認。目的が理解されマニュアルが整理され職員に周知継続して実施されていくことが重要である。

対象病院は，組織としてマニュアルの作成，見直しを行い病院全体の取り組みとして組織横断的に活動することになる。そして自己評価及び評価メンバーによる他者評価から問題点を明確にし，改善に向けて取り組み，体制を整備していくシステムである。

評価メンバーは他施設での取り組みを見たり話を聞くことにより，自施設の医療安全体制の整備に繋げていく活動となる。

当がんセンターが2006年の評価で指摘を受けた項目は，

- ・ 報告書のサインと診療録への結果説明を誰にしたかの記載が必要
- ・ 検査後の外来未受診の場合，アリバイカードの使い方など指摘を受けた。
そこで年4回外来カルテ20冊を無作為に調査し，現在まで2回を終了し結果は（表2）の状況であった。
- ・ 検査結果を誰に説明したかがわかる記録が必要である。診療録に誰に説明したのか記録にないことで説明したことの証明ができない事案を経験し，残すにはどうするかをリスクマネジメント部会で検討を行い「本人・家族に説明」のゴム印を活用することにした。次の評価計画は2008年1月を予定している。

表2 画像診断報告書の調査結果

調査項目	実施日	
	H19・2月	H19・7月
①オーダー医が結果確認したことがわかるサイン又は印がある。	3/19	5/18
②医師は報告書の結果をカルテに記載している。	12/19	17/18
③結果を説明した旨（いつ・誰が・誰に）の記載がカルテにある。	1/19	10/18
④予約日に患者が来院しているか（未来院時は次回の予約ありか）	19/19	18/18

2007年2月は19冊，7月は18冊の診療録調査結果である。

2) インシデント・アクシデントレポート集計ソフトの導入

戦略的経営推進事業により県立病院で統一した集計ソフトを導入することができた。

医療安全体制を整備していくキーポイントはインシデントレポート・アクシデントレポートを活用して，いかに学んで行くかということであり，レポートの集計業務の効率化，患者参加型の医療安全，レポート分析のデータにより事故防止対策検討，医療の質向上と組織の損失を防ぎ，組織の活性化と経営改善に貢献する事を目的としている。そのため12月から「インシデント・アクシデントレポート」と報告様式が変更になった。

4. 専任SMに期待されること

1) 安全な組織作りと病院の質向上の為に医療安全推進体制を整備すること。

現場で何が起きているのかその事実を知り，根拠に基づいてものとして検証をしていく事により，改善を図りマニュアル化するなど体制を整備していく事が必要である。

2) リスク感性を高め医療安全の文化を構築していくこと。

専門職として自覚と責任が持てるようなリスク感性を高める教育が求められている。

3) チーム医療で重要なことはコミュニケーション。

医療安全の文化をつくっていく上で，患者・家族と医療者，又医療者間同士と共にお互いを理解しようとする関係作りとコミュニケーションがチーム医療としてもっとも重要な事だと考えている。

私がSMとして医療事故事案などの対応で感じたことは，患者・家族は病院で診てもらっているから大丈夫，治るといふ期待は大きいものがある。しかし医療は不確実なものであり，期待に応えられない結果になることもある。基本的には患者・家族と医療者側の説明不足やコミュニケーション不足から情報の共有ができず，患者・家族は真実を知りたいとの思いで，医療者に対する不満・不信を持つようになる。事故が起こったときの初期対応はもちろんであるが，それまでの患者・家族との関係性が紛争に至る明暗を分けることに繋がる。

私はSMとして，患者家族の思いを傾聴し誠実に対応することで，お互いが理解し合える状況を作っていくメディエーター的な役割がその後の結果に大きく影響を及ぼす事から重要な役割だと考えている。

ま と め

医療の質向上を図るには、垣根を越えて組織横断的にタイムリーな対応で医療安全体制を整備すると共にチーム医療で患者・家族を支えていく必要がある。まだまだ課題は多く、日々現場に目を向け医療安全体制の整備をしていくのがSMの役割である。それには、医療安全管理室が重要な役割を担っていることからコメディカルを含めた複数人の配置を希望したい。

引用文献

- 1) 鮎澤純子：リスクマネージャーの役割と業務，そして今後への展望．患者安全推進ジャーナル，9：71-85，2005．
- 2) 特集 リスク感性を高める医療安全教育．看護展望，32(2)：6-176，2007．
- 3) 特集 危険予知トレーニングⅡ．患者安全推進ジャーナル，16：1-81，2007．

参考文献

- 1) 日本看護協会．組織で取り組む医療事故防止 看護管理者のためのリスクマネジメントガイドライン．日本看護協会出版会，2000．
- 2) 「看護管理」編集室編．リスクマネジメント読本（別冊看護管理）．医学書院，2001．
- 3) 河野龍太郎．医療におけるヒューマンエラー：なぜ間違えるどう防ぐ．医学書院，2004．