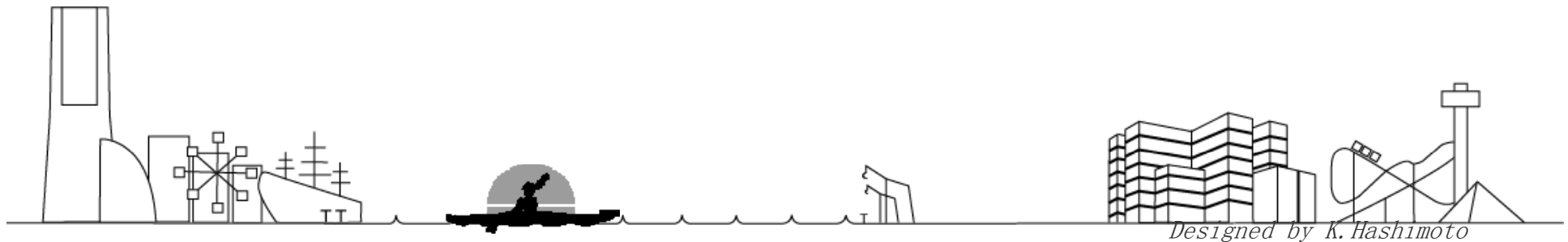


—病院に安全体質をつくる—

# 安全管理を組織的にすすめるためのポイント

---

- ・ 病院活動のプラットフォームの可能性
  - ・ 安全文化の醸成が目的
  - ・ 安全活動の2つの本質
  - ・ 組織戦略のポイント
- 



橋本迪生（横浜市立大学附属病院 医療安全管理学）

## 着眼大局着手小局：大きな流れと戦略：プラットフォーム論

---

■病院活動がマネジメントにむけて動き出した。

- ・ 1997年、日本医療機能評価機構が評価事業開始：全体の標準化
- ・ 1998年頃からクリティカル（クリニカル）パスが急速に拡大
- ・ 1999年、横浜市大患者取違え事故、都立広尾、・・・
- ・ 2002年、医療法施行規則改正に伴う安全確保体制構築の義務化
- ・ 今後、DPCの一般化と診療アウトカム指標による管理

■医療機能向上にむけて、これらのマネジメント・イシューをどう統合的かつ相乗的な戦略に仕立てるか

■職員が共通に立てる活動のプラットフォームを何にするか明確に設定する戦略が必要→これが回り始めたら強固な組織になる

■安全に注力するなら、安全を質向上のプラットフォームに・・・主要な手法：ケアプロセス

■そして、全体の体系的な標準化の検証に・・・病院機能評価

■これをリードするのが管理者の役割：院長が医師であることの意味は？

## ■今日の本题のために

こんな場面を仮定してみましょう。

- ・ 経営の上部組織などで、自院の医療安全活動を30分ほど説明することになった。
- ・ 全体像を分かりやすく、という注文までついでしまった。

さて・・・

あなたは、話をどう組み立てますか。

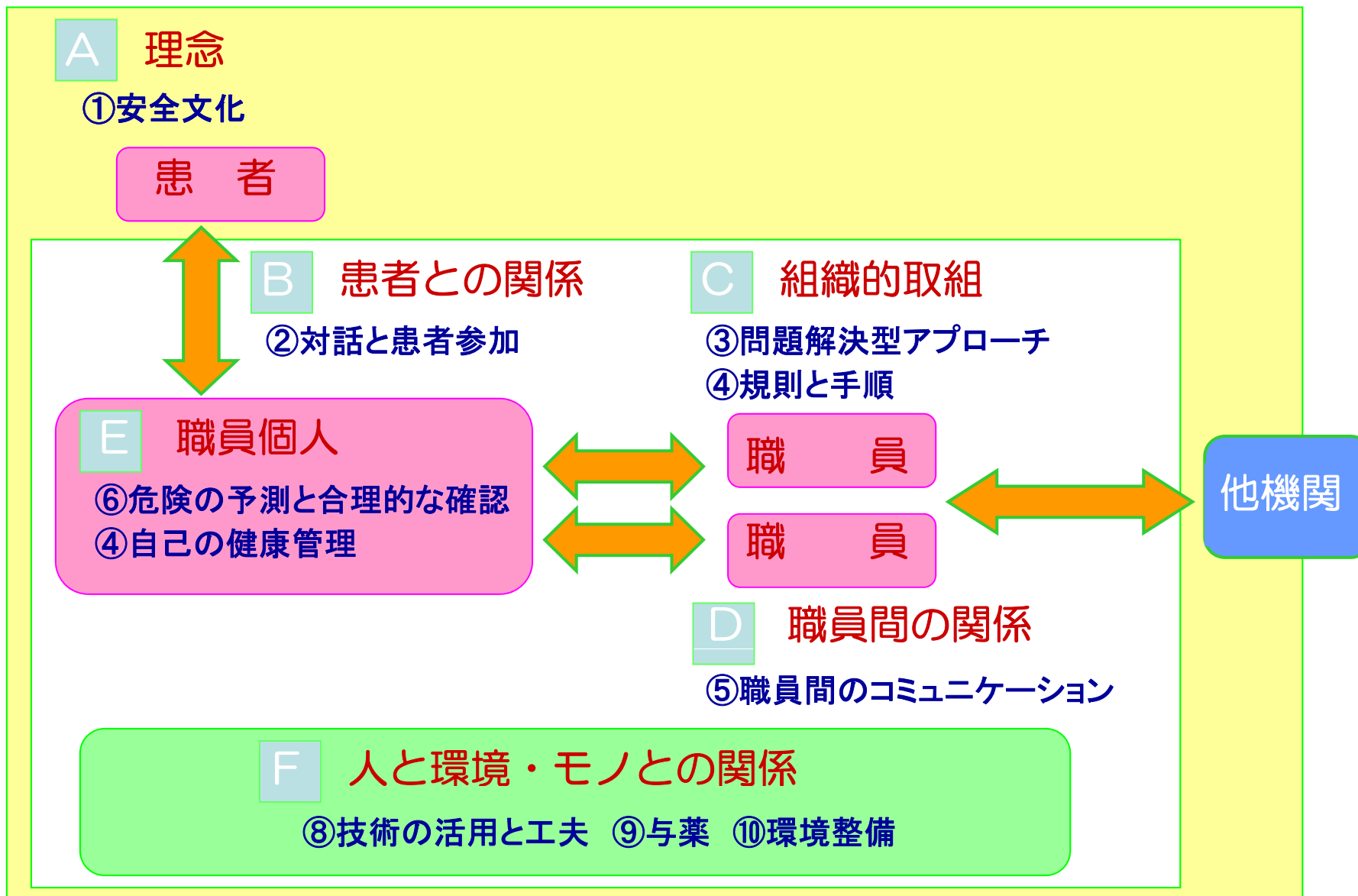
医療安全を語るフレームをもちましょう。  
他人のフレームも理解しやすくなります。

ベテランのR.S.さんは、  
医療安全文化の醸成が目的とした上で、  
諸活動を、以下の4つの軸で整理して説明  
しました。

- 1) 協議
- 2) 報告
- 3) 教育
- 4) 周知

**なかなか見事でしょ。**

# 医療安全の全体構成



医療安全の目的は？  
と尋ねられたら・・・

どう答えますか

医療安全の目的は、  
「安全文化を確立すること」  
に他ならない。

なぜか？

# なぜ、安全文化なのか

- 医療は膨大な行為群の多様な組み合わせから構成される。
- そのすべてに手順を作成できないので、自律的に安全な医療を考え実現できる医療者が必要となる。
- そして、組織化。



**H11.1.11：**

**横浜市大病院「患者取り違え事故」**

**H11.2.11：**

**都立広尾病院「消毒薬誤注入事故」**

- 「確認する」という行為の問題
- 「確認の共有」という組織文化の問題

# H 11.1.11 横浜市大附属病院 「患者取り違え事故」

心臓の手術をすべきA氏に肺の手術を、肺の手術をすべきB氏に心臓の手術を実施。内容から患者誤認事故とも言われる。つまり、②の段階でA氏とB氏が交差して認識され、次段階(防護壁)以降では是正されずに手術遂行。

■ 次のような段階(防護壁)があった。

① 1人の看護婦が患者2人を移送

↓ <1人での移送が許容されていた>

② 手術室交換ホールで識別を失敗した

↓ <確認の手順がきまっていなかった>

↓ <A氏とB氏は格好が似ていた>

③ カルテが患者と分離して移動していた

↓ <確認元としてのカルテの重要性に無配慮だった>

④ 麻酔医の確認失敗

↓ <疑問確認の不徹底があった>

⑤ 外科医の患者識別の失敗

↓ <前の段階で確認済との認識が前提となっていた>

事故発生

誤りの連鎖がなぜ？ 根本になにかある。

横浜市大病院「患者取り違え事故」は

いったいなんだったのか？

取り違えというエラーが本質なのか



典型的な「組織事故」

手術に関与した複数の医療者が「？」と思っていた。

にもかかわらず、手術は実施された。



組織の行動エラー：「組織事故」

＜安全文化＞の欠如

# 安全文化とは

<文化>

：コミュニティの成員が、ある価値を共有し（共通の認識をもち）、それに基づく行動が規範的であること

では、<安全文化>とは・・・

# 安全文化の基底

- ・ 報告する文化
- ・ 学習する文化
- ・ 実行する文化

# 医療安全の組織戦略

# 医療安全を構築できる組織

- 個々の医療人に求められる  
安全の原理の理解と行動
- 組織の行動とその戦略



# 医療事故を根絶する秘訣はあるのか？

ある→ 医療をしないこと（本質的）

- ・ 医療を放棄することはできない・・・
- ・ 社会には、ゼロリスクはあり得ない  
⇒ 医療事故ゼロは不可能

だから、医療安全にはふたつの本質がある

# 医療安全活動の2つの本質

1. 未然防止への努力：  
リスクをいかに減らすか

しかし、リスクはゼロにはできない。

特に、医療では不確実性の幅が大きい。従って、

2. 事後の適切な対応：  
医療事故にどう対処できるか

# 医療安全管理の一般解

組織の安全面での基盤づくり

# 医療安全管理の一般解

## ■ 共通したとりくみ

- 1) 組織体制づくり
- 2) 報告制度
- 3) マニュアルの整備
- 4) 組織の啓発
- 5) 個別の研修
- 6) 事故発生時の対応の確立

法的な義務

# 一般解：1

## ・安全管理の組織体制づくり

### ●医療安全対策委員会

→例えば、高濃度キシロカインやカリウム製剤の取り扱いでの決定能力

### ●リスクマネージャーの活動レベル

### ●医薬品安全管理責任者・医療機器安全管理責任者の配置（2007. 4～）

→上記委員会で横断的な活動や権限を担保する

# 一般解：2

- 院内報告制度
  - 収集だけが目的ではない
  - 現場での共有と対応
  - 組織での共有
  - 病院の組織やシステムをみている？

# 一般解：3

- 「医療安全管理指針」の整備
  - 共通編と各部署編
  - 自らの業務の見直しの視点があるか

# 一般解：4

- 組織の啓発
  - 講演会（内部・外部）という手法が多い
    - 隠さない文化：安全文化
    - その他
  - ワークショップ
    - リスクマネージャ
    - 一般職員



リスクマネージャーの活動レベル

学習する組織: 誰が実力をつけるべきか

## 安全教育の効果的な実践を考える

安全文化の醸成

Cosmetic compliance の防止

### ◆こんな要件かな

- 自発性：考えたり、作ったり
- 行動性：体を動かして
- 混在性：職種横断的、新たな刺激
- 組織性：汎部署

## <事例>

### 横浜市立大学附属病院

#### 医療安全巡回 peer review の仕掛け

多くの病院での安全巡回は、専任RMが、  
「ちゃんとやってる？」という監査・評価型  
⇒ それで安全文化が育つの？

#### ◆特徴

- ・ 部署RMが評価項目を協議/作成した
- ・ 部署RMチームが巡回して評価する
- ・ 評価結果を安全対策委員会で・・・

#### ◆期待する効果：

# 一般解：5

- 個別の研修
  - マニュアルの日常技術化
- 事例
  - 人工呼吸器の系統的研修
  - CVカテーテル刺入認定講習

# 一般解：6

安全活動の2つの本質：①リスク低減，②事故後の適切な対応

## ● 事故発生時の対応

- 医療機関としての第一義的役割は？

－ 誠実な対応

直後のニーズ：①原状復帰②事実解明③謝罪要求④再発防止

－ 訴訟？ **ADR:Alternative Dispute Resolution**

ケア型の紛争処理システムを

**コンフリクト・マネジメントのすすめ**

**<患者－医療者の関係の再構築>**

Patient Safety Promotion

患者安全推進

ジャーナル 別冊

医療コンフリクト・マネジメントの

# 考え方



PSP

PSP 認定病院患者安全推進協議会発行

評価機構 認定病院  
患者安全推進協議会  
発行:2009.12

努力する者は、希望を語り、

怠る者は、不満を語る。

わたしたちは、  
希望を語る存在でありたいですね。

# ■まとめ

1. 安全活動を語るフレームを意識して欲しい。
2. 一例として、橋本のフレームで、一般解という言い方で、安全の組織戦略のポイントを述べた。
3. 全体像を意識して個別の取組みを語るクセをつけよう。
4. 身近の市民にも語ってみよう。