

横浜市立病院等安全管理者会議（2010.3.11）

『安全管理を組織的にすすめるためのポイント』
～病院に安全体質をつくる～

横浜市立大学附属病院 医療安全管理学
橋本 迪生

参考資料

医療安全の組織戦略

（和田ら編「医療事故対応の実践」，三協法規出版，2009. 所収，一部略）

I 医療安全の組織戦略

1. 組織戦略のゴールは安全文化の確立

まず、病院が医療安全を戦略的に進めようとするとき、最終的なゴールをどこに置くかの認識が大切になる。個別の活動に応じた段階的な目標を設定することは、いわゆるPDCAサイクルで対策を実効化していくためには当然である。

しかし、医療現場の潜在的不安全はほぼ無数に存在しているといえるので、それらの一つひとつすべてについて個別の目標管理をすることは不可能である。従って、顕在する重要な事項にのみ適用することが通常となる。

だが、現実には想像を超える事象が起こる。その時、現場がどう事態に適応できるかが問題となる。結果的に完璧でなくとも所与の環境の中で最善とみなされる対応があったかどうか、事後のコンフリクトの有無や程度に影響を与え得る。

そう考えると、組織やその構成員の行動に広範に影響を及ぼす思想が必要となる。それが、安全文化であり、その確立である。これを定義的に述べるなら、「組織の成員が、安全を達成すべき価値として共通に認識し、その価値を守るための諸活動が当然に実践されること」と言えよう。その意味で、組織戦略のゴールは安全文化の確立である。

2. 医療安全活動の二つの柱

医療安全活動は二つの柱から構成される。第一は未然防止である。すなわち、事故を誘発するエラーが起こらないように努力をするという、医療者が日ごろより努力していることである。これは、現場に存在するリスクをいかに減らしていくかということである。わが国の医療安全の活動が始まった当初、おそらく、平成15、16年ころまでは、これが医療安全活動のすべてであった。しかし、これでは吸収しきれない現実が残っていた。ある意味では放置されていた。

当然ながら、リスクはゼロにはできない。一つひとつのリスクは制御可能だが、行為の連続体とか総量という考え方をすると、確率的にはエラーは発生する。加えて、医療という領域では不確実性の幅が大きいことが指摘できる。医療の不確実性とは簡略に言うと、「同じ病態の人に同じ治療を提供しても、同一の結果は得られない、結果のバラツキが多く観察される」ということである。

工業製品のように、一定の材料を使って、一定の精緻な製造管理プロセスで生産されれば、バラツキの極めて小さいものが産出される、という状況とはまったく異なる。医療ではそのようなことが本質的にない。それは、医学が発達すれば、その部分のバラツキは少しずつ小さくなるかもしれないが、工業製品と比べると僅かである。むしろ、新しい領域を開拓することによって、その周辺のリスクはかえって広がっている可能性がある。このように、治療結果にバラツキは不可避で、その中には予期しがたい望ましくない事態も少なくない。

そこで、医療安全活動のもう一つの柱がみえてくる。それは、事故後の適切な対応の確立ということである。言い換えると、望ましくない不測の事態が生じた時、患者との信頼関係をどう再構築するかということである。医療が不確実性を本質的に回避できない科学技術の適用である以上、これが医療安全活動のもう一つ柱となる。警察への届けだとか、裁判だとかは、本質から乖離した対応でしかなく、患者や家族との信頼関係をもう一度構築をするということが最重要で、医療機関であるならば、それを目指す必要がある。

3. 医療安全管理の一般解

上述した医療安全活動の二つの柱、すなわち、「未然防止」と「事故発生時の適切な対応の確立」を構成する主要ないくつかの活動枠組みを概観しておきたい。どの病院でも普遍的に実践してもらいたいという意味を込めて、それらを、「医療安全管理の一般解」と称しておきたい。それらは、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、である。現時点では、①～⑤が診療報酬の入院基本料の算定要件となっている。従って大多数の医療機関で実践されているものの、個別の現場では、多少の考え違いや誤りが存在しているように思われる。以下、これらについて、活動の内実化という観点から、簡単にコメントを加えておきたい。

(1) 一般解－1) 安全管理の組織体制づくり

安全管理〇〇委員会の類の名称の委員会があり、機能することを指す。この委員会が院内で強い権限を持っているだろうか、が要点である。例えば、10%のキシロカインの病棟から撤去要請に際して、代替物を提示して強い指導力を発揮できたであろうか。また、規模の大きい病院では、この委員会のような上部だけあるいは安全管理室の専任者だけが頑張るのでは効果は限定

的で、むしろ、中間的な、現場でリスクマネージしている人たちが、どんな活動をしているかが大事になる。そのことが可能になる支援方策を上部委員会で考えることになる。上すべりしない活動とするためのもうひとつの要点である。

(2) 一般解－2) 院内報告制度

多くの病院で、院内報告制度として、インシデントレポート、あるいはヒヤリ・ハットレポートの仕組みを持っている。これはその収集だけを目的としてはならない。まずは、レポートは分かるように記述されたものであるか、である。そしてそれ以上に大事なことは、現場で共有されているか、である。現場で共有されずに安全管理室に提出されてきて、安全管理委員会で対策を現場におろしても、現場が共有してないままだと多くの職員は理解できない。このような不都合が起こりうる。現場が共有するためには、現場での分析と解決を要請することが有効である。それができなければ専任の安全管理のスタッフが現場に出て行く。できないとすれば、多くの場合、現場の中で話し合いの場ができないのだと考えられる。医師と看護師が話し合いができない、とすれば、そのことの方がより大きな問題であろう。話し合いがもたれると、医師から例えば、「ああ、看護師さんたちのここについての共通理解は、こういうことなのか。我々とちょっと食い違っているよね」というミスコミュニケーションが明確になってくる。そこで調整が起こってくる。このステップを経て改善が効果的に進む。その後、事例について解決へのプロセスも含め組織で共有すれば十分である。要点は、事例の共有である。

(3) 一般解－3) マニュアルの整備

医療安全管理指針とか医療安全マニュアルとか称されるものが該当する。上述のように、マニュアルや手順はすべての医療行為については作成できないので、主要なものに限定して作成することになる。ところが、多くの病院に共通して隘路となることがある。それは、マニュアルは作ったけれど・・・、という悩みである。安全関連に限らず、使用されずに眠り続けるマニュアルや手順が、わが国の病院の中には数多くある。

それを完全に防止することはできないが、病院全体の共通のルールにすべきものを対象にし優先することが第一である。部署ごとに異なったルールが存在していると現場が困っていることが予想されるからである。そして、使用

可能な無理のないレベルのルールとすることである。現場での合意に基づくルールは使用され、必要があれば改定の具体的な要望が現場から発せられる。よくできる看護師は、他病院から移ってきた医師が、「違った方法でA病院ではやっていたので、こうやりたい」と言ったとき、「ノー」と言う。「うちのルールはこれです」と言って、安全管理指針を示す。そういう形で現場を支えるマニュアルになると、よい循環となる。

(4) 一般解－4) 組織の啓発

通常、研修会とか講演会という形式で、組織の安全意識を高めようとする。一度に多人数が参加できる利点もあるが、このような座学形式には欠点があることを認識しておく必要がある。心理学で忘却曲線というが、座学で得た知識は、時間とともにそれが消失していく度合いが大きい、ことが知られている。つまり、効果は高くないというわけだ。

そこで、多少の工夫が必要となる。講演会方式ならば、自院の職員に自部署で取り組む対策を系統的に話してもらうことが効果的である。職員たちはより大きい興味をもって聴講するからだ。

ワークショップは、強く推奨したい形式である。一度に多人数を組み込むことはできないけれど、参加者の身に残る刺激を与えることができる。自院の課題を職種横断的に議論する場を持つことは、安全以外にも波及的な効果を期待できる。

(5) 一般解－5) 個別の研修

これは、マニュアルの日常技術化ということだ。例えば、人工呼吸器について、その安全操作の手順がこまごまとマニュアルに記載されているが、それだけでは実践できない。とすると、トレーニングするしかないわけである。CVカテの刺入方法も同様である。そういうものは、医療の現場にはたくさんある。日常技術として磨くしかない。とすれば、それは研修でやるしかない。そういうことを適切にプログラム化して実践するほかに方法はない。

一般に、あるエラーがよく起こることが観察されたとき、経験年数の少ない職員に集積して観察されれば、対策は個別に技術研修の提供で解決できる。一方、それが経験年数の豊富な職員にも分散して観察されれば、対策は業務の標準化を徹底することである。上述の、マニュアルの整備ということが主題となるわけだ。

(6) 一般解－6) 事故発生時の対応の確立

既述のように、一般解の1から5までは、未然防止のための活動軸である。リスクを可能な限り減らすこと(risk reducing)が目標であり、そのための方法の軸を述べてきた。ここで一般解6として提示する、事故発生時の対応の確立は、リスクはゼロにできないこと、医療では不確実性に依拠する不測の望ましくない状況の発生が本質として回避できないこと、を考えると医療安全の活動の極めて本質的な一つの柱として認識する必要がある。いわゆる医療紛争においても、事故発生時の対応の不備が関係修復の失敗に結びつき、相互に困難な状況に陥っている事例が数多く観察されるからだ。

この活動軸の具体的な展開(コンフリクトマネジメント)については、そもそも本書がこのことに中心的な課題を据えて構成されており、第2部～第4部に豊富に記述されているので、ここでは割愛する。

過酷ともいえる環境の中で、すべての医療者は、患者の回復を目標に日々の仕事を遂行している。いったん重篤な有害事象が発生すると、患者だけではなくそこに当事者として関与した医療者も大きな傷を負う。

未然防止のためのリスクを減少させる活動は、普遍的な技術化の可能性は比較的容易なように考えられるが、コンフリクトマネジメントはそれに比べ、困難な状況下での人間の感情を対象にする領域なので難しい側面がある。しかし、医療現場に普及させるためには、教育のためのプログラムの確立が必須である。和田らの活動によってようやくその形が見え始め、課題に向う考え方や共感の姿勢の教育をベースに分析手法のトレーニング方法がほぼ確立されつつある。医療現場の期待も大きい。