

医療安全文化の醸成，システム構築に向けた当院の取り組み

高松赤十字病院 医療安全推進室

西村 和修，中谷 美子，石橋 武，三好 英文，宮脇 啓二

要 旨

当院の医療安全に関する広報活動，医療安全文化の醸成を紹介し，より良い医療安全のあり方についてのシステム構築について考察する。

- 1) 医療事故想定訓練：不幸にして医療事故が発生した時の事後対応について過去3回訓練を行った。医療事故のシナリオとして場面を3-4場面設定し，事故現場は予めビデオ撮り，事故発生後はステージ上で，患者家族面談，調査委員会，記者会見などの場面を再現した。
- 2) 救急外来暴言・暴力対策訓練：救急外来で問題患者が発生した時の対応についての訓練を行った。実際に高松北警察署に協力をいただき，患者取り押さえまでの一連の動きを再現した訓練となった。
- 3) スモールグループディスカッション (SGD) による問題解決策定：現場で困っているテーマについてSGDを行い，問題提起，解決策を発表してもらった。これにより実際の院内マニュアル整備に発展させた。
- 4) 医療安全ポスター，医療安全川柳の公募：医療安全に関するポスターを作成，掲示した。また一般および職員から川柳を公募した。いずれも医療安全文化の啓発に貢献した。

上記の種々の取り組みについて紹介するとともに，その成果について考察した。医療安全文化の醸成にはまだまだ相当の時間を要すると思われる。医療安全推進室は医療の質向上，医療安全文化の醸成に寄与している。

キーワード

医療事故，スモールグループディスカッション，医療安全

はじめに

病院における医療安全推進室の役割は多岐にわたる。その中で主要なものとして，1) 医療安全に関わる事例分析，調査を行い，防止対策を立てること，2) 医療安全に関わる教育を行い，広く医療安全文化を普及させ，事故低減につなげること，3) 医療事故発生時に迅速に対応し，調査をおこなうこと，の3つがあげられる¹⁾。この内1)に関しては昨年度の紀要にて発表した。簡単に要約すると，年間の事故発生・報告件数は2800-3000件ほどで，500床クラスの病院の中ではやや多いこと，表題別では薬剤，転倒・転落，ドレーン・チューブ類が3大要因であること，大

きな医療事故はおよそ600件に1件発生していること，などを報告した¹⁾。今回は上記の2)の医療安全教育についての当院医療安全推進室の取り組みについて報告する。

1. 医療事故想定訓練

院内で医療事故が発生したことを想定し，事故発生後の事後対応を中心に訓練を行った。方法は架空の医療事故発生を想定し，シナリオを作成した。事故発生現場は再現ドラマとして予めビデオ撮りしておいた。事故発生後の病院の対応についてはさらに場面を2-3場面設定し，ステージ上で，患者家族面談，調査委員会，記者会見などの場面を再現した。場面の合間には事故発生後の対

表1 医療事故想定訓練のタイトルと概要、安全教育の要点

	担当診療科	タイトル	概要	安全教育の要点
第1回 (2014年)	消化器外科	CVカテ誤留置による死亡	病棟でCVカテ留置、その後患者は急変、カテが胸腔内に迷入し、出血多量で急変した	<ul style="list-style-type: none"> ・医療事故発生時チェックリスト確認 ・初期対応の要点、時系列に沿ったカルテ記載、現場の機器類保存など ・記者会見のあり方
第2回 (2015年)	血液内科	異型輸血による急変	病棟で2人の重症患者がいて、血液型とクロスマッチ採血を同時に行い、患者間違いによって異型輸血となった	<ul style="list-style-type: none"> ・医療事故発生時のフローチャート確認 ・緊急連絡すべき事例の判断 ・事故発生時の初期説明の仕方 ・血液型/クロスマッチ確認方法の再認識
第3回 (2017年)	泌尿器科	血液透析後の大量出血とアラーム不対応	血液透析後に大腿静脈刺入部からの大量出血があり、心停止となった。モニター装着されていたが、病棟看護師はアラームに気づかなかった	<ul style="list-style-type: none"> ・医療事故調査制度に則った対応訓練 ・医療事故判定会の開催 ・アラームに対応すべき注意事項 ・アラームの緊急度分類、音量



図1 平成29年医療事故想定訓練 場面1 (事故現場のビデオ上映中)



図2 平成29年医療事故想定訓練 場面2 (事故判定委員会)

応で重要となるポイントや改善点などをスライドを用いてより詳細に説明した。

表1にこれまで3回行った訓練内容を示した。2013年夏に、この訓練で先行している倉敷中央病院に見学に行き、これを参考にして、当院なりの工夫を加えて上記の訓練内容とした。第1回は消化器外科によるCVカテ誤留置のトラブルで事故発生直後の対応についてを主題とした。以前は比較的多かった医療事故である。患者家族への初期対応、カルテ記載、現場の記録、機器の保存の重要性などを強調した。第2回は血液内科による異型輸血の事例で、他院でも同様な事故が発生している。緊急連絡すべき事故の判断、患者家族への初期対応としての共感謝罪などについて、研修した。第3回は泌尿器科・腎不全外科による透析後の大量出血例であった。医療事故調査制度発足後、初めての訓練となり、調査制度に則った対応

訓練を行った。同時にモニターアラームの救急度分類、対応すべき注意点などについても研修を行った(図1, 2)。

2. 救急外来暴言・暴力患者対策訓練

夜間、休日の救急患者から時に暴言・暴力などで医療関係者が、被害を受ける可能性がある。当院ではそういう状況に陥った場合、外部委託の守衛業務担当者が2名駆けつけてくれることになっている。ただ、それでも収拾がつかない場合は警察を呼ぶことになる。かかる場面を想定し、警察署にも協力していただいて、救急外来暴言・暴力患者対策訓練を行った。訓練は新しく完成した中央診療棟の救急外来で行った。当日は警察官が患者役として暴力を振るい、医療関係者がなだめても暴力が収まらなかったため、警察が出動し、取り押さえまでの経過を演技していただいた

(図3, 4).

当院救急外来には警察署への緊急連絡用非常ボタンが5箇所ある(図5)。緊急時にこれを押すと、警察署に通報されて状況確認の連絡が入ることになっている。本訓練時にはこのボタンを実際に押す模擬訓練も合わせて行われた。

3. スモールグループディスカッション (SGD) による問題解決策定

厚生労働省により医療安全推進週間が毎年11月第3週に設定されている。この時の当院での催しとして、後述の医療安全ポスター募集、掲



図3 救急外来暴言・暴力患者対策訓練 全体図



図4 救急外来暴言・暴力患者対策訓練 暴れる患者と警察官

示、医療安全川柳募集などの取り組みとともに、SGDによる問題解決策定を試みた。SGDではまずテーマを設定して、背景を説明、問題提起を行った。その後に1グループ6人前後で6グループを設定、各テーマについて1時間程度討論し、その成果を発表してもらった。グループの構成は医師1-2名、看護師2名、その他職種2-3名とした。成果を元に、解決方法の策定や、以後の改善につなげるなどの対応を行った。表2に過去に行ったSGDのテーマ、概要を示した。

第1回では当時転倒・転落が増加傾向であったこと、また事故発生後の対応に一貫性がなく、まちまちであったことからこのテーマを選んだ。転倒・転落発生要因として、院内の環境にも問題があること(トイレ内の手すり、廊下の段差など)が判明した。また脳障害、骨折疑いのそれぞれについてフローチャートを作成し、連絡体制、観察項目などをマニュアル化した。これらの対策、改善により、図6に示すごとく転倒・転落発生数の低下が見られた。また図7のように発生したとしても3b以上の発生が減少しており、環境整備、発生後対応改善の効果と思われた。第2回では倫



図5 救急外来の緊急連絡用非常ボタン

表2 スモール・グループ・ディスカッション (SGD) のテーマと討論内容

	テーマ	討論内容
第1回(2013年)	転倒・転落事故予防と発生後の対策	<ul style="list-style-type: none"> ・転倒発生後のフローチャート(頭部、四肢) ・施設環境改善策
第2回(2015年)	患者の権利と医療者の対応	<ul style="list-style-type: none"> ・不適切な対応に対するクレーム ・患者の自己決定権と医療者の義務 ・小児科入院時の付き添いの必要性と負担
第3回(2017年)	せん妄対策	<ul style="list-style-type: none"> ・せん妄リスクの予測と対策 ・せん妄発症後の対応マニュアル

理的問題に如何に対応するかをテーマとした。実際に起こった3事例を選び、種々の観点から対応を考えるという視点でSGDを行った。患者側に寄り添った共感謝罪、患者の自己決定権と医療者の責務、患者のコスト負担などについて討論した。はっきりとした答えのないテーマであり、出席者にとっては戸惑いもあったようだが、考える良い機会となったという評価もいただいた。第3回ではせん妄対策を選んだ。せん妄患者は入院患者の高齢化、重症化に伴い、年々増加している。病棟でのせん妄患者対策は喫緊の課題となっていた。当院には精神科の常勤医師がいないため、まず外部講師を招聘して講演会を行った。SGD当日も当院の非常勤精神科医師にミニ講演をしていただき、さらに当院の現状を医療安全管理者が発表し、その後にSGDを行った。医師2名、薬剤師1名、看護師2名、その他職種1名の構成で2つのテーマ(せん妄リスクの予測と対策、せん妄発症後の対応マニュアル作成)に取り組んだ。その成果として、せん妄ハイリスク薬の一覧表作

成、せん妄アセスメントシート、発生後評価、対応などのフローチャートが作成されることとなった。

4. 医療安全ポスター、医療安全川柳の公募と評価

上記3の活動とともに、医療安全推進週間では平成23年より各部門から医療安全に関するポスター発表を行っている。部門は看護部、病棟、薬剤部、検査部、放射線科部、栄養課、臨床工学課、感染対策部門、医療安全部門などで各年とも10-12部門からのポスター発表を行ってもらった(図8、9)。表3は平成28年度の発表内容である。毎年、各部門の取り組みがコンパクトに発表されており、医療安全文化の啓発に役立っていると思われた。

また、同年度より医療安全川柳の公募も始めた。一般および職員から公募し、平成28年89題、平成29年は130題の応募があった。この中から、院長賞、医療安全推進室長賞、ユニーク賞、ヒヤリハット賞、レッドクロス賞などを選び、表彰し

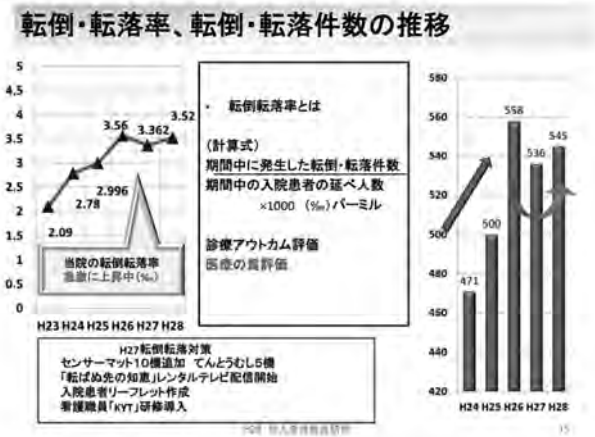


図6 転倒・転落発生件数、発生率の推移

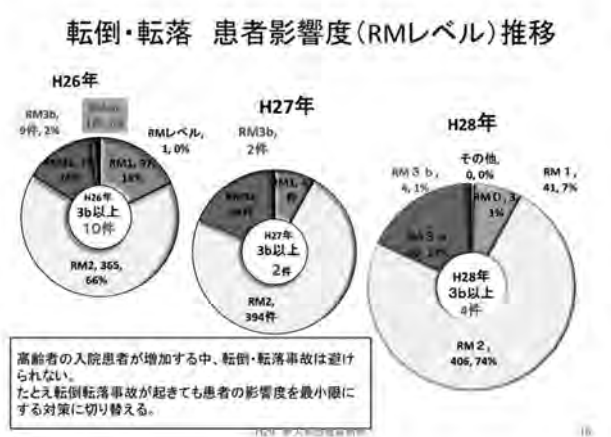


図7 転倒・転落のRMレベル別発生件数の推移



図8 医療安全推進週間中のポスター掲示



図9 医療安全推進週間中の公募川柳掲示

表3 平成28年 医療安全ポスターのテーマ

出店部署	テーマ
看護部-1	おっとあぶない「転倒注意！」
看護部-2	みんなで取り組む「医療安全カルタ」
本7-1	誤嚥や窒息を防ぐ食事介助
本7-2	認知症のケア-看護の視点から-
内視鏡室	知られざる内視鏡の洗浄
検査部	もしかして人違い?を防ぐために
栄養課	ご用心, 食が招く感染症
臨床工学課	いのちのエンジニアリング
医療安全推進室	転倒, 転落を減らしたい

表4 平成29年医療安全川柳受賞作品

賞名	作品	受賞者
病院長賞	口と目と 心で確認 事故防止	一般
医療安全推進室長賞	おだいじに そのひと言が 薬かな	一般
	コンシェルジェ あなたの笑顔は 痛み止め	職員
レッドクロス賞	お願いします 医療の安全 かあちゃんの笑顔	一般
	軍配と 針はダメです 差し違え	一般
	マスクして あごは隠して 鼻隠さず	職員
ヒヤリ・ハット賞	病院も 家でも同じ つまづき注意	一般
	再確認 しないで後悔 して安心	職員
	病院で 掲げる公約 安全ファースト	職員
ユニーク賞	ドクターの 指示を無視して 糖尿病	一般
	難聴の 目覚めの音に 安堵して	一般
	ダブルチェック 見えて見えない 落とし穴	職員

ている。今年の受賞作を表4に表した。職員からは「川柳面白い」、「良くできている」、「これどういう意味?」と、格好の話題提供となった。

考 察

当院の医療安全に関する広報活動、医療安全文化の醸成に関わる取り組みを4項目紹介した。医療の質を高め、安心、安全な医療を継続していくためには極めて重要な活動と考えている。

医療事故想定訓練は他院での取り組みを参考にしながら、当院独自の方式で行った。事故現場の場面設定とビデオ撮りについては診療科、関連職種の方々の努力のお陰で、かなり充実した内容となった。単なる事故想定訓練ではなく、その訓練の中で本来の医療の質が向上するような安全教育の要点をいくつか取り上げた。第1回では医療事故発生時のチェックリスト確認、初期対応の要点、現場の機器類保存などの点について研修した。第2回では事故発生時の初期説明の仕方、共

感謝罪の方法など、また血液型・クロスマッチ確認の方法について再認識していただいた。第3回では医療事故調査制度に則った対応訓練であり、事故後早期に開催する事故判定会から、院内事故調査委員会へと向かう流れについて研修した。合わせて、病棟の生体モニターアラーム対応の重要性、アラーム音のボリュームアップなどの対策に繋がった。

暴言・暴力患者対応訓練は院内職員と守衛室の連携のあり方や警察対応の訓練という位置づけで行った。この訓練を通して守衛への連絡方法の見直しや、暴言・暴行行為発生マニュアルの改訂を図った。めったに使用しない図5の緊急連絡用非常ボタンの確認ができたという意義もあった。なお当院には警察OBの方が医療安全推進室に所属しており活躍している。通常は患者苦情対応などに携わるとともに、警察絡みの案件などでは昔からの人脈を活かして、円滑に問題解決に向かうよう尽力していただいている。医療者にとっては

色々な面で心強い味方となっている。また上記訓練もこのような人脈があればこそ可能であった。

スモールグループディスカッション (SGD) による問題解決策定は具体的なテーマを決めて、安全対策マニュアル作成に導かれるような構成を考えた。グループディスカッションとその後の各グループからの発表内容を見ることにより、色々と意外な事実、状況が判明した。転倒を予防すべき場所の特定、低減させる工夫など多くのアイデアが出された。これらを総括して予防策や発生後対策マニュアルを作成した。その成果として特筆すべきは図6のように増加傾向の転倒・転落率を下降傾向に導いたこと、また3b以上の重篤な事故発生が軽減していることである。平成29年に行ったせん妄対策のSGDについても、まもなく一連の流れに沿ったマニュアル、フローチャートが完成予定となっている。このようなグループでの討論形式は参加者が能動的となり、モチベーション向上にも役立った。

医療安全推進週間中の医療安全啓発ポスターは、多くの人、部門に参加していただき、1週間だけの掲示ではもったいないような重要な情報が含まれていた。そのため、安全推進週間終了後も一定の期間、職員の多くの目に触れる場所に掲示させていただいた。医療安全川柳については比較的新しい試みであった。はじめは応募があるのか不安であったが、意外に多くの応募をいただいた。川柳には穿ち、おかしみ、軽みの3要素があると言われている²⁾。穿ちは穴をあける意味で、表面からは見えにくいもの、人が見落としやすいような事柄に焦点をあてることであり、それにおかしみ、風刺、批評などを交えて川柳が成り立っている。医療現場では人が見落としやすいような事柄、ヒヤリ・ハットの事例は多く、そういう意味では川柳という手法はぴったりなのかもしれない。今後も続けていきたいものである。

安全文化の醸成というのは簡単なものではない。医療安全を交通安全と比較してみると、多くの点で共通点があることに気づく。安全を担保するルール(マニュアル)があり、事故報告、検証システムがあり、安全推進週間もある。車に乗って、安全運転をするためのマニュアルは大変重要なことであり、ルールを知らなければ、当然のことながら安全は担保できない。2017年の交通事故死者は3694人でピークの1970年の16,756人と比べ4分の1以下に減少している³⁾。車の安全

性が向上したとともに、道路、指標などの安全対策が功を奏したものと思われる。医療安全文化の醸成にも相当の時間を要することは想像に難くない上に、ゴールといったものはない。不断の努力とともに適宜マニュアル見直しなどを行い、医療の質向上に務めることが重要である。医療安全推進室はその安全文化の醸成を推進することも重要な役割であると考えられる。

●文献

- 1) 西村和修, 中谷美子, 石橋 武, 他: 医療安全推進室の役割-医療安全のあり方を考える-。高松赤十字病院紀要 4: 3-12, 2017.
- 2) ドクター川柳, 川柳の3要素, www.doctor-senryu.com/senryu_toha.html [accessed 2018年1月14日]
- 3) e-Stat 政府統計の総合窓口, 平成29年中の交通事故死者数について, <https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files/data?fileid=000008094316&rcount=1> [accessed 2018年1月14日]