

寝めてつくる  
安全文化

公益財団法人ときわ会 常磐病院

仲本広世 医療安全管理部 課長/医療安全管理者/薬剤師

なかもと・ひろせ ●2004年明治薬科大学薬学部卒業。2010年4月より常磐病院に入職。入職後は薬剤師として働いていたが、2015年2月に医療安全管理者となり、同年4月から専従の医療安全管理者として勤務している。趣味はサーフィン。地元いわきの海をこよなく愛している。

本稿で紹介している「医療安全報告」「医療安全ニュース月報」が本誌読者専用サイトで閲覧できます。

# 感謝を添えたレポート事例のまとめ方 ～フィードバック力を磨いて報告文化をつくる

## 医療安全管理者に、 オレはなる!?

「来年度から医療安全をやってくれないか?」。上司にある日突然こう言われ、(しぶしぶ?) 医療安全管理者になった方って多いのではないのでしょうか。私は薬剤師ですので、病院に入職後はずっと薬局で働いていましたが、まさにこのセリフを上層部に言われて医療安全管理者に就きました。

「医療安全管理者に、オレはなる!」と、某漫画の主人公のように、この仕事に憧れて積極的に安全管理者を志した人って、相当レアで貴重な方だと思います。

医療安全を担当するようになって分かってきましたが、安全管理の仕事って絶対の正解がないんです。まず医療の世界って、地域や施設間での常識が違うことがざらですよ。あっちの病院とこっちの病院だと、やり方が全然違うなんてことがよくあります。考え方や風土が組織によって違うんです。

### 病院概要

泌尿器疾患・人工透析がメインの一般150床、療養90床の入院ベッド240床、透析ベッド148床を有する病院です。ときわ会は「一山一家 地域の皆様と共に生きる」を理念に掲げ、病院だけでなく、クリニックや介護福祉施設を多数有し、地方都市においても高度な専門治療を提供できる医療機関を目指し、地域医療貢献に取り組んでいます。

そして、施設によっては、ほんの数年ごとに医療安全管理者が入れ替わります。今まで普通に自分の資格を生かした仕事をしていたのに、ある日突然、大した安全管理の経験もないのに“病院代表”の医療安全管理者に就くわけです。

なので大半の病院では、安全管理の仕事をやってくれと言われても、指名された人はみんな戸惑ってしまうんです。絶対の正解・お手本がない中で、何となくこれまでの先輩安全管理者がやっていたことを模倣しながら、もがき苦しんでいる医療安全管理者で世の中は溢れていると思います。

また、医療安全というと反射的に「事故対応」「医療訴訟」などネガティブなイメージが付きます。もがき苦しむネガティブな医療安全管理の仕事。これじゃあ誰も憧れるはずもなく、医療安全管理は罰ゲームになってしまいます。

でも、医療安全の仕事が罰ゲームでは、組織を継続的に安全にしていけることなどできませんよね。逆に、「医療安全がよい病院」って、一体どんな組織なんだろう。みんな興味のあるところですし、私も医療安全管理者になって最初の頃にずっと考えていました。



## 医療安全がよい組織って

医療安全に長けているスタッフが就任中は

よかった。でも、担当者が変わったとたんに事故が増えた。これでは組織が安全であるとは言えません。規模によって大小ありますが、病院はスタッフの入れ替わりや異動が絶えない組織です。たまたまよいスタッフがいた時だけ安全だったというのは、決して医療安全がよい組織ではないです。

“組織を継続して安全にする”にはどうすればよいのか。医療安全管理者に任命された当初、1人で考えても分からないのでいろいろと本を読んでいました。その際、大御所の本は読んでおいた方がよいと思って、まずは何となくジェームズ・リーズンの『組織事故』を買ったんです。あの有名なスイスチーズモデルを提唱した方なので、「何か得るものがあるとよいな」くらいの気持ちで購読してみましたが、とても参考になることが書かれていました。

この本には、組織を安全にするには“4つの文化”が必要と書いてあります。「報告する文化」「正義の文化」「柔軟な文化」「学習する文化」です。なるほど“文化”をつくれればよいのだと、読後から医療安全管理者としてやるべき仕事の方向性が見えましたが、同時に、当院ではこれらの文化がまだまだ育っていないことも見えてきました。

特に以前の当院は「報告する文化」が低く、一部の看護師と薬剤師くらいしかインシデントレポートを書く習慣がありませんでした。レポートが少ないということは、現場で起こったトラブルが報告されずに埋もれているということです。保健所や厚生局の行政監査でレポート数がチェックされるのも、やはり安全管理においては“報告”が重要だからです。

リスクを減らし安全にするとっても、現場から報告が上がってこなければ潜んでいるリスクが見えません。スタッフがどうすれば積極的にインシデントレポートを上げてくれ

るようになるのか。まずは「報告する文化」をどうやって育てるかを考えました。



## ヒントをゲット！ 「報告する文化」の育て方

有名な書籍って、やっぱり多くの人に知られるだけあるんだなって思います。医療安全界隈では超有名な『人は誰でも間違える—より安全な医療システムを目指して』（米国医療の質委員会／医学研究所）。この本は題名からも小難しそうなので、家でじっくり読むと眠くなってしまおうと思い、最初は敬遠していました（笑）。

なのである休日、気分転換がてらショッピングモールのフードコートでコーラを飲みながら、パラパラとこの本を斜め読みしていたんです。そうしたらこの文言が目に残りました。

報告者へのフィードバックは、報告システムへの参加の度合いに影響を与える  
報告者は、報告することから何らかのベネフィットを得る必要がある

シンプルなヒントですが腑に落ちました。報告された情報が適切にフィードバックされれば、スタッフは自分の出した報告が有意義に役立っていると実感し（ベネフィットを得る）、よりインシデントを報告するようになります。なるほど、適切にたくさんフィードバックをすれば「報告する文化」ができそうだ、これならイケるかもと思った私。コーラをズルズルすすりながら、「こんな本を20世紀にもう出してたとか、やっぱアメリカってスゲーわ…」と感心したことを、今でもよく覚えています（笑）。

そして次の出勤日、さっそくフィードバックの方法を考えましたが、これが結構シンプルなようで難しい。人によってセンスが問わ

れる仕事だと気がつきました。フィードバックといっても、ただ事例を書いた紙を配布したところで、現場の忙しいスタッフはそうそう読んでいる暇ありません。インシデントによっては背景を詳しく知っていないと理解できない事例もありますし、文章を読む力もスタッフによって差があります。文字量が多く読みづらい文書では、フィードバックされる側も負担が大きくなります。

そこで今回は、当院で実践している“全スタッフ向け”のインシデント事例のフィードバック方法を紹介します。試行錯誤の末にたどり着いたこの方法でフィードバックを続けた結果、当院ではインシデントレポート数が3年間で8倍に増加しました。少しでも参考になればと思い、稚拙ながら紹介させていただきます。



## 当院での事例 フィードバック方法

### その1 医療安全報告

病院機能評価機構から定期的に出される“医療安全情報”。それに類するものであることが分かりやすいよう名前を似せて、同じような文書を医療安全管理部で発行しています。上がってきたインシデント事例の中から、“重要かつ周知が必要”と判断したインシデント事例をピックアップし、「医療安全報告」という文書にして全部署に配布しています（資料1）。

情報のフィードバックで心がけているコツとして、得られた情報は必ず一加工してフィードバックするようにしています。例えば、スタッフのインシデントレポートを匿名化して原文そのままでも、スタッフ

### 資料1 医療安全報告

#### 医療安全報告 No.63

～インシデントレポートからの業務改善～

入院患者が夜中3時頃、ナースステーションに置いてあったハサミを使って車イスのベルトを切断しました。寝付けない患者が不穏行動を起こした事例です。

刃物・ハサミ類は患者の手の届かない所に保管して下さい。見える所には絶対に置かないでください。入院時の刃物持込みは禁止していますが、職員が使っている刃物・ハサミも注意してください。

周知事項 ⇒ 自分たちのハサミを患者の届くところ、見えるところに置かない



一読んだらここに押印して下さい。職員が読んだかどうかを定期的に医療安全管理部でチェックします。

#### 医療安全報告 No.65

～インシデントレポートからの業務改善～

酸素流量計のキャップがきちんと締まっておらず、患者に酸素が行かずが漏れているインシデントが複数発生しました。このせいで、患者のSpO<sub>2</sub>は88%まで下がっていました。（その後98%まで回復）

酸素流量計の“キャップ”や“接続部分”がきちんと締まっているかを、酸素開始時や変更時には毎回確認してください。音だけで締まっているか分かりません。緩んでいないか毎回チェックして下さい。

周知事項 ⇒ 酸素流量計のキャップ、接続部が締まっているか毎回確認する



一読んだらここに押印して下さい。職員が読んだかどうかを定期的に医療安全管理部でチェックします。





的にカラフルにしています。そして、ここには必ず一言、レポート提出者に向けて“感謝の言葉”を載せるようにしています。

医療安全のお知らせは、真面目、堅い、暗い、つらい、というイメージがあります。もちろん、インシデントや事故は決してポジティブなことではありません。ですが、医療安全にネガティブなイメージが先行し過ぎると、レポート提出も含めスタッフが医療安全にかかわるのを忌避してしまうと考えています。

なのでこのニュース月報は、感謝を添えて明るい雰囲気で作るよう心がけています。

### その3 インシデントレポート 年間集計・分析報告書

提出されたすべてのインシデントレポートをまとめた「インシデントレポート年間集計・分析報告書」という冊子を、半年ごとに発行しています。年度上半期（4～9月）の

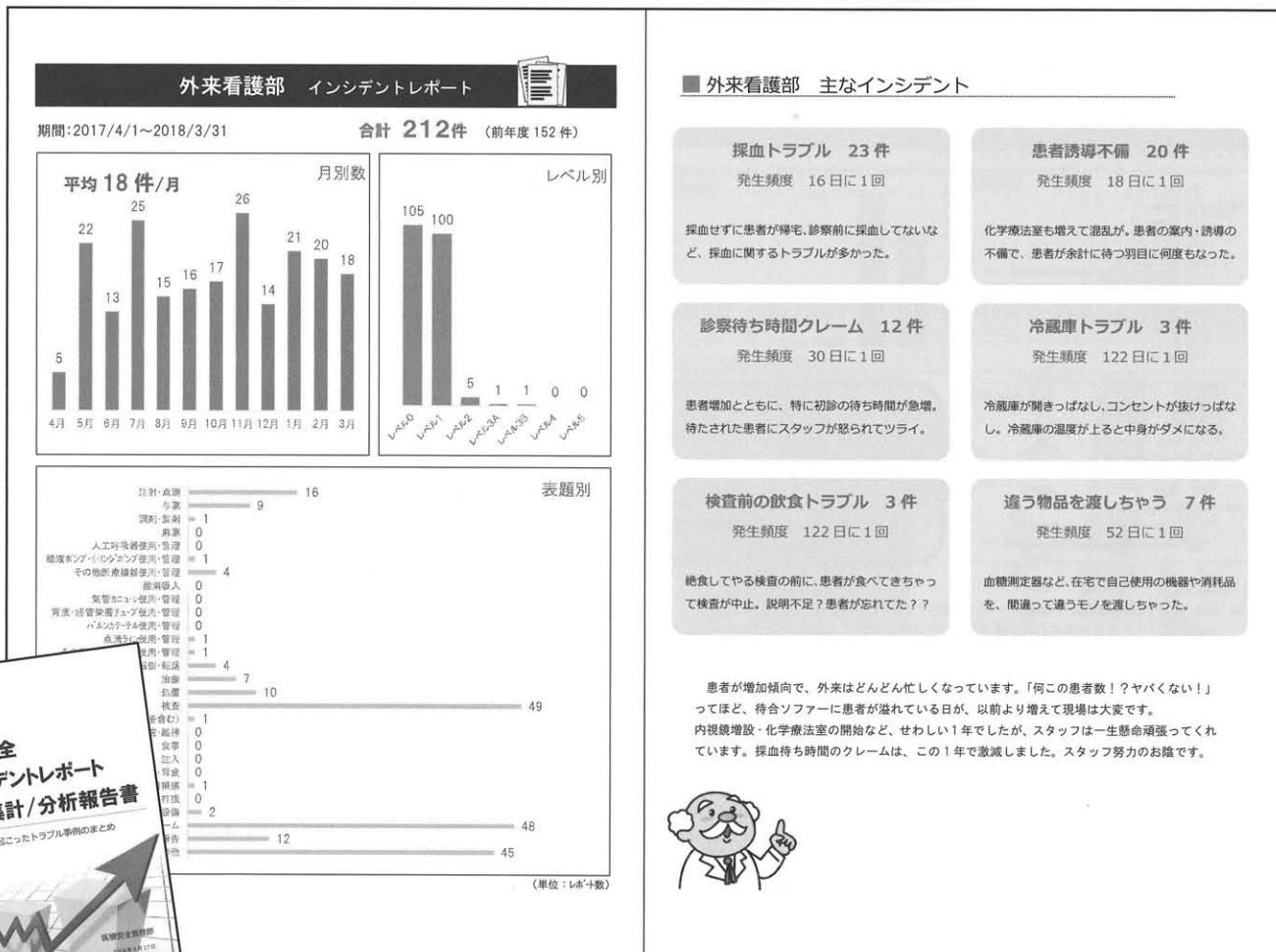
事例をまとめたものを10月に発行し、前年度1年分（4月～翌3月）をまとめたものを4月に発行しています（資料3）。

その部署で出されたレポートを、すべて内容ごとに整理して発生頻度を掲載しています。そして、その部署で発生したインシデントを、見開き2ページ内に収まるよう絞ってまとめています。ページ内の情報量が多くなり過ぎると読む方も大変なので、あえてこの分量で収まるように調整しています。

それと、これは好みの問題なのですが、発生頻度は“件数を日数で割った平均値”で「何日に1回」と書いています。例えば、あるインシデントがひと月に3回起これば、「月3回」ですが、これは「10日に1回」という表記でも同じことを表しています。

「月3回」と言われるより、「10日に1回」と言われた方が、“10日間の出勤中に1回は

## 資料3 インシデントレポート年間集計・分析報告書



医療安全  
インシデントレポート  
年間集計/分析報告書

2017年度に起こったトラブル事例のまとめ

医療安全部

起こる」みたいな、現場の人間には感覚的に受け入れやすい言い回しだと考えています。

「月3回から月2回に減った」と「10日に1回が15日に1回になった」。同じことを言っているのですが、「何日に1回」の表現の方が、ヒューマンエラーは決してゼロにはならないという、ある種の医療安全の本質を表しているようで、個人的に気に入っています。

また、この冊子には最初のページと各部署のページにそれぞれ「感謝のコメント」を入れています。全体の寸評や部署ごとのインシデントの特徴を交え、私の言葉で一つひとつスタッフの頑張りを労う感謝の言葉を載せます。


すべての部署で数千枚になるレポートを1人でまとめる作業は正直しんどいです。中小病院ならどこでも同じだと思いますが、当院も医療安全の業務をルーチンでやっているのは1人なので、資料は全部私が作っています。ですが、現場で忙しく働きながら、合間にわざわざレポートを書いてくれているスタッフも同様にしんどいはずです。なので、レポートはすべてが大切なデータの宝庫、1つも無駄にしたいはいけませんと思っています。

それに感謝を添えて分かりやすくフィードバックすることで、医療安全に出した報告は無駄にならず、すべて集計分析に使ってくれているとスタッフへも印象付きます。『人は

誰でも間違える』に「報告者へのフィードバックは、報告システムへの参加の度合いに影響を与える」<sup>2)</sup>とあったように、この冊子を発行するようになってからインシデントレポートの報告数がさらに増えました(図)。

\* \* \*

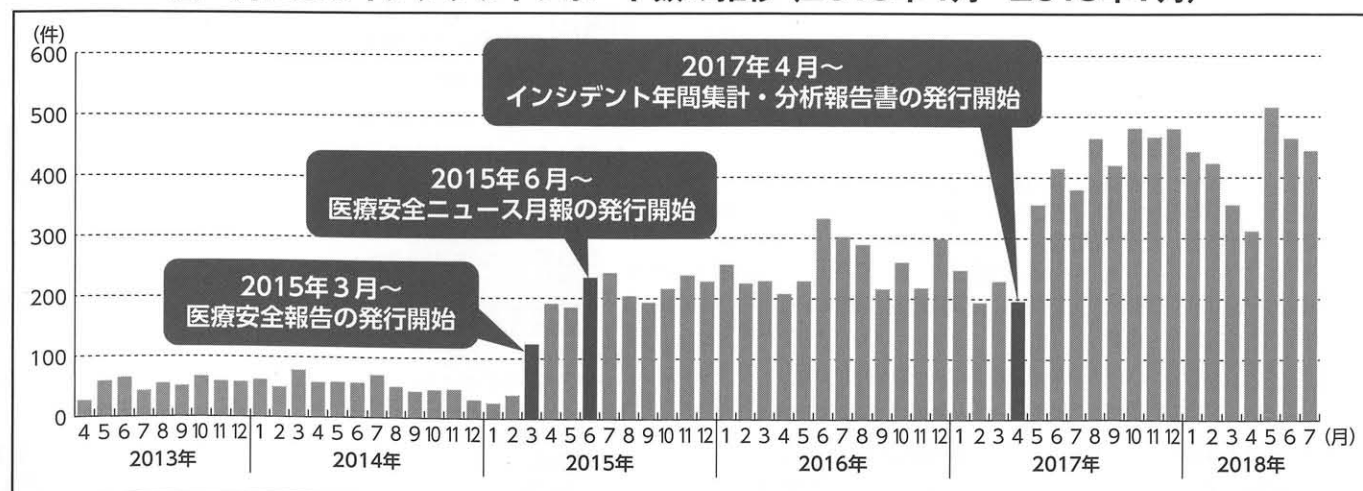
このように、第1回(本誌Vol.6, No.1)で紹介した「Good Job報告」の取り組みや、第2回(本誌Vol.6, No.2)で紹介した「5S活動」などの発行物を加えると、当院では医療安全管理部から毎月7~8件もの“全スタッフ向け”文書が発行されています。得られた情報は適切にフィードバックすることが「報告する文化」を育てるのに有効だと、私もレポート数の増加で実感しています。やはり『人は誰でも間違える』で言ってることは正しかった、さすがアメリカ様々です(笑)。

 **まだまだこれから、  
永遠にまだまだ**

「やってみせ 言って聞かせて させてみせ 褒めてやらねば 人は動かじ」

有名なこの言葉のとおりで、人は理屈を知って納得し、さらに人に褒められてやっと動くものです。特に医療業界は有資格職者の集まりで、よくも悪くもプライドの高い人が大勢います。そんな人たちの集団で安全文化

図 月ごとのインシデントレポート数の推移(2013年4月~2018年7月)



を育むには、やはり“褒める”ことが1つの最適解だと私は信じています。

当院もやっと「報告する文化」が育ってきたとはいえ、まだまだ安全になったわけではありません。「正義の文化」「柔軟な文化」「学習する文化」。これらが育たなければ組織は安全になりません。うちはまだまだこれからです。

ですが逆に、“文化”が育っていけば、私がいなくなった後も組織の安全は向上していくものと確信しています。組織の風土文化とは、よいものも悪いものも含め一朝一夕には育ちませんし、なくなりもしません。次の世代に安全な病院をつなぐには、よい組織文化が育つ

仕事をしていくことが大事なのだと思います。

医療安全に終わりはありません。きっとどこまで行っても“永遠にまだまだ”です。

高齢者が増え現役世代が減ってくるこれらの数十年は、今まで以上にみんなで支え合わない乗り越えられない厳しい時代です。褒めて伸ばそう安全文化の精神で、私自身もこれからもっと、医療安全の仕事が上手なスゴイ医療安全管理者になっていきたいですね。まだまだですが、頑張ります！

#### 引用・参考文献

- 1) ジェームズ・リーズン著、塩見弘監訳：組織事故，日科技連出版社，1999.
- 2) 米国医療の質委員会／医学研究所著，医学ジャーナリスト協会訳，L. コーン他編：人は誰でも間違える—より安全な医療システムを目指して，日本評論社，2000.