



ぶっつけ  
医療安全

な  
っ  
て  
み  
た、  
や  
っ  
て  
み  
た、  
あ  
ん  
が  
い  
い  
け  
た  
？

公益財団法人ときわ会 常磐病院  
医療安全管理者  
医療安全管理部 課長  
薬剤師 仲本広世



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。

## 「学習文化」ってなんじゃらほい

『組織事故』の著者ジェームズ・リーズン氏が、組織の安全文化に必要な構成要素として「学習文化」があることを謳っています。「学習文化」とは、文字どおり“学習する組織風土”のことで、それは分かるのですが…。じゃあ具体的に、現場のスタッフがどういうことを考えて、何をすれば医療安全的な「学習文化」があることになるのでしょうか。

奥が深く、なかなか一筋縄じゃいかない「学習文化」の醸成方法。まだまだ試行錯誤の段階ですが、当院で行っている試みを紹介します。

### 1兆ドルの価値をつくった名コーチ

目から鱗が落ちる!? いや、実際に鱗な

#### 病院紹介

入院240床（一般150、療養90）、透析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。

んてないんですけど（笑）。でもこの表現のとおり、目から何かがこぼれ落ちるほど物事に感心する、こういった経験って貴重ですよ。

「知らなかったわ。あのアップルやグーグルもこんなに苦労してきたんだ（驚）！」

医療安全の仕事にも慣れてきたある日、私は『1兆ドルコーチ』（資料1）という本に出会い、目から鱗的な何かがポロリと落ちました。

シリコンバレーの有名企業でコーチング、相談役を担っていたビル・キャンベル氏。この方の仕事の実績や流儀について、氏が亡くなった後に、生前世話になった有志が集結して執筆し出版された本です。

何がすごいって、このビル・キャンベル氏、かのスティーブ・ジョブズ氏と組んでアッ

#### 資料 1 『1兆ドルコーチ』



プルを築いただけじゃなく、グーグルを巨大なモンスター企業に導き、アマゾンなんかも救っちゃってる。1兆ドルの企業価値をもたらしたという由来で、この本のタイトルになったとか。

IT系シリコンバレーのテック企業ではめっちゃ有名人。私はこんな方がいたことを、それまで全然知りませんでした。

この本、いろんなことが書かれていてためになるのですが、私が一番興味をひかれたのは次の事実でした。今では世界経済をも揺り動かす超一流企業のアップルやアマゾンですら、現在の地位に行き着くまでには大変な苦労や葛藤があったこと。そして、GAFAクラスの会社でさえも、組織を発展させ、よくしていくために重視していたのが、「話し合い」を積み重ねることであったことです。

有名なすごい企業でも、問題・トラブルについては話し合って解決策を模索し、組織を発展させていった。書籍の中には、ビル・キャンベル氏の企業コーチングでの「話し合い」の実例やテクニック、いかに「話し合い」を大事にマネジメントしていたかが紹介されています。

「これ、医療安全と似てない？」

インシデントについての再発防止策を検討する。一人で悶々と対策を考えるよりも、みんなで話し合って方法を模索し、協力して実行していく。会社の発展と医療安全文化の発

展は、「話し合い」が重要という観点で同じなんです。

ビル・キャンベル氏の企業を発展させていった手法のベースは、まさに病院の「学習文化」醸成でも一緒だと、この本を読んでいる時にピンときたんです。「これだっ！」って。まあ、家でサイダー飲みながら寝っ転がって読んでたんですけどね、この時は（笑）。

## 「話し合い」「ディスカッション」「対話」が安全の支柱

「話し合い」を積み重ねる。ディスカッションが個々の学びになり、その結果、組織が学習して安全が向上する。いかに現場スタッフに有用なディスカッションを積み重ねてもらえるかが「学習文化」の鍵になる。

この考え方、医療安全界限の大御所チャールズ・ヴィンセント氏の著書『患者安全』（資料2）にも似たようなことが書かれていました。この本の中で、長年医療安全を研究されているドン・パーウィック氏の教訓が紹介されており、そこに「安全の支柱は『対話』である」と書いてありました。

ドン・パーウィック氏は、2011年にWHOが出したかの有名な『患者安全カリキュラムガイド』の中にも、名前入りで研究が紹介されてる先生です。やはり「話し合う」ことが学習文化の肝になる。

欧米のスゴイ人らが言ってるんだから間違いなさそう（笑）。私はそういった経緯で、「学習文化」＝「スタッフが自ら話し合い学習していく組織」と考えるに至りました。

「よし、じゃあスタッフに話し合いをたくさんしてもらえ、何かよい仕組みを模

索しよう！」

自ら話し合いを積み重ねる組織風土をつくる。グーグルやアップルですら、「話し合う」ということに苦労してきた。だったら、うちの病院でもいろいろうまくいなくて当たり前。肩肘張らず、気楽に取り組んでみようと思いました。

## ハードルが高い？ メジャーな事例分析方法

医療安全の世界でメジャーな事例分析手法・ツールと言えば何でしょうか。RCA、SHEL（L）分析、FMEAなど…。施設によって導入しているツールや方法もさまざまです。当院はインシデント分析報告システム「CLIP®」を導入しているので、大きな事故の分析にはImSAFERを使用しています。

どの手法もよいところがあって、各種ツールできっちり事例を分析すると、さまざまな原因が見えてきて、良質な対策案が生まれることが多いものです。言わずもがな、あらゆる分析手法を使いこなして、バンバン事例を検討しまくれるのが医療安全的には理想です。

でもこれ、一つのツールを使いこなすだけでも、実際のところ結構難しいですよ。どの分析手法もテクニックやコツがいるし。現場のスタッフにやり方のマニュアルを配っただけで、指導者も付けず「じゃあ、これ見て分析してな」と振っても、まったく未経験の分析素人がいきなりサクサク事例分析するって、現実的にはなかなかできないです。

世の中にある分析手法って、それに慣れている人にとってはそうでもないけど、事例分析に慣れていない多くの職員にとって

は、上手に行うのが難しい。また、特に忙しい施設ほど人的資源の問題が大きい。事例分析に充てる人や時間が割けないんです。今日も患者がいっぱい、配置人数も乏しい、働き方改革で残業もできない…。こんな状況で、「はい、じゃあ今日はインシデントの事例分析会に集まってね〜♡」と言ったら、ぶっ飛ばされはしないけど、無視されます、たぶん（笑）。

戦場のような現場業務の最中に、医療安全の事例分析に毎度十分な人と時間を充てられるのって、相当限られた施設なんじゃないかな。まして医療安全に兼務者しかいない施設なんて、通常業務をこなしながらの医療安全活動…かなり厳しいですよ、スタッフの時間を取るの。

結局、「分析手法自体がそこそこ難しい」と「人と時間がなかなか割けない」が重なって、世の中にある素晴らしい事例分析ツールも、病院の現場で数多く実行するにはハードルが高いんです。

それこそ死亡クラスの高レベル事故が発生したなら、各種ツールでガッツリ時間をかけて事例分析はするでしょう。ですがレベル0・1の事例に、毎回そこまで人的資源を投入できるかというと、ほとんどの施設ではできないのではないのでしょうか。

でも、低レベル事例の中にならって重要なインシデントはたくさんありますよね。事故レベルに関係なく事例分析する。「話し合い」を数多くたくさんのスタッフにしてもらう。学習文化向上のためには、話し合いの「量」を増やしていく必要があります。しかしハードルが高い分析手法だと、なかなか現場ではできない。最適解は何だろう？…模索が続いていました。

### 資料2 「患者安全」



## “振り返り”の重要性 働く大人の学習方法

医療安全のために醸成したい「学習文化」。学習つながりで、何かいいアイデアがないかなと、家でネットサーフィンしていたら素晴らしい本に出会えました。

タイトルは『働く大人のための「学び」の教科書』（資料3）。企業や組織における人材開発などを研究されている、中原淳氏が書かれた本です。文字どおり、働いている大人がどうすれば「学習」することができるのか、最高に分かりやすく書かれています。

著書の中で中原氏は、大人の学びには3つの原理原則があるとおっしゃっています。

### 「大人の学び」3つの原理原則

- ①“背伸び”の原理
- ②“振り返り”の原理
- ③“つながり”の原理

1つ目の“背伸び”の原理とは、新しいことや難しいことに背伸びしてチャレンジする、大人はその時に学びを得る、ということ

です。逆に言う、ずっと同じ所で同じ仕事しかしていない人って、そこではサクサク業務をこなせるけど、ほかの部署や違う仕事に異動すると、途端に活躍できなくなる。医療業界って結構いますよね、このタイプ（笑）。つま

り、大人は“背伸び”しないと学習する機会を得られないので、モノを考えたりする力、問題解決力など、社会人としての能力が向上していかない。そのとおりだと思います。

2つ目は“振り返り”の原理です。これは、我々大人は物事を経験するだけではダメ。大人は物事を振り返った時、そのタイミングで学びを得る、ということです。経験を振り返ることで、「あれはよくなかった。じゃあ次はこうしよう」と、学びになり能力が向上する。行動が変わっていくのです。

そして3つ目は“つながり”の原理です。これは、人は一人じゃ多くを学べない。ほかの人とつながりを持って、助言を得たり励ましてもらったり、他者とつながることで学びを得る、ということです。確かに、性格が悪くて職場内で人間関係がよくない人って、仕事が微妙だったりするかも。納得ですね。

これら3つの分かりやすい原理原則。読んですぐ感じました、この中でも医療安全には「振り返り」が特に重要だって。現場で起こるさまざまなインシデントは、当たり前ですが経験するだけじゃ何も安全は向上しません。その後の対策が肝心であり、再発防止を考えることは、まさに「振り返り」の行為です。

大人は振り返りをする事で学ぶ。振り返りを行うことで、組織は学習して成長する。また、安全の支柱は対話・話し合い。つまるところ、医療安全に必要な「学習文化」は、「振り返りの話し合い」を自ら行う組織風土、私はこう定義することにしました。そうすると、何をすべきか見えてきます。医療安全上の振り返りの話し合いを、現場でたくさんやっている病院にしていこう。仕掛けをつくることにしました。

## インシデントKYTシートの導入 KYT4ラウンド法

振り返りを現場でたくさんやってもらいたい。でも、小難しい方法にしてしまうと職員が積極的にやらなくなってしまう。医療安全的に有用で、かつ簡易的に振り返りを行えるツールを検討しました。

そしてたどり着いたのが「KYT4ラウンド法」です。事例に伴うリスクを振り返りながら出していき、そのリスクを抑える再発防止策を検討する。シンプルな事例分析手法です。でもこれ、複数人で行うので“つながり”を持って“振り返り”を行える。大人の学び・原理原則に沿った手法なんですよ。だから学習効果も高そう。これを院内のメジャーな事例分析法として導入することにしました。

また、この時参考になったのが『アナタはなぜチェックリストを使わないのか』（資料4）の話です。この本には、WHOの「手術安全チェックリスト」の誕生秘話が載っています。この中で「なるほど!」と思ったのが、チェックリストを広く世界中で使用してもらうために、チェックリストの項目・文言を削って簡略化したエピソードでした。WHOですら、チェックリスト使用のハードルを下げることに尽力している。その方が、多くのスタッフが使ってくれるからです。

これは参考になるモノの考え方です。医療安全の振り返りツールもポイントは同じ。いかに簡易化して使用のハードルを下げるかが大事だと、私も考えました。そこで、KYT4ラウンド法を簡易的に行えるよう、A4サイズ1枚で収まる簡単な記載のみの振り返りシートを作成しました。「これ使っ

て現場でインシデントを振り返ってねー」と、研修で紹介して院内に導入し、運用を開始しました（資料5）。

## 振り返りのハードルを下げる よい対策は思いつかなくてOK

シートを簡略化したのと同時に、KYT4ラウンド法を導入する際に1つ、重要なルールを決めました。それは、「インシデントKYTをやって、よい対策が思いつかなくても構わない」。

これをシートの裏に明記し、「大したことない対策しか思いつかなくても全然OKよ〜」としました。思いつき話し合いのハードルを下げたんです。

というのも、そもそも“振り返り”をやってもらうこと自体が、学習文化向上への目的です。なので、忙しい現場で多くの職員に広くたくさん振り返ってもらうためには、ハードルは低ければ低いほどよい。

このハードルを下げる考え方は、著名な心理学者エドワード・L・デシ氏の『人を伸ばす力—内発と自律のすすめ』（資料6）

資料3

「働く大人の  
ための「学び」  
の教科書」



資料4

「アナタはなぜ  
チェックリストを  
使わないのか?」



資料6

「人を伸ばす力  
—内発と  
自律のすすめ」



## 資料5 インシデントKYTシート

部署名	リーダー	書記	その他メンバー	KYT実施日	インシデントレポート 報告書番号
病理室	山田	小島	佐藤, 鈴木, 橋本, 高橋	2018年3月3日	12568

### 1 ラウンド (現状把握) どんな危険があるか

状況の中に潜むリスクをできるだけたくさん考える。

「●●すると××になる」など、具体的な想像でリスクを思いつくまま挙げていく

	No. 1	病理番号を手で転記している。小さい文字で転記は書き間違いが起こる
	No. 2	複数人の検体を同時に処理している
○	No. 3	検体を入れるカセットを積み上げて置いている。引っ掛けると倒れて崩れる
	No. 4	カセットに番号しか書いてない。患者氏名を書いていない
	No. 5	電話で作業が中断される
	No. 6	迅速指示が多い。作業が詰まって焦ってしまう
	No. 7	人員が少なく忙しい
	No. 8	部屋が狭くスタッフの動線が悪い
	No. 9	
	No. 10	
	No. 11	
	No. 12	

↑

### 2 ラウンド (本質追求) ここが特に危険なポイント

1 ラウンドで出たリスクの中から、重要と思うリスクを1～2個に絞る。Noの左マスに丸を付ける

### 3 ラウンド (対策樹立) あなたなら対策どうする

2 ラウンドで○を付けたリスクに対して、具体的な対策をできるだけたくさん考える

No 3 の対策

検体は1患者ごと1トレーに入れて作業する
複数人は同時に検体処理をしない
カセットを積み上げると崩れて危ないので、カセットは積み上げないで一つひとつ机に置く

No の対策


### 4 ラウンド (目標設定) 私たちはこうします

3 ラウンドで出た対策の中から、最もよいと思う対策・実行すべき対策を絞る。複数でもOK

検体は1患者ごと1トレーに入れて作業し、カセットは積み上げずにトレー内に入れる

タッチアンドコールで、書いた対策を全員で唱和してください

## 資料5の続き

【お願い】

インシデントKYTを実施したら、「書き込んだKYTシート」を医療安全管理部へ必ず提出してください。手書きのままのシート提出でOKです。原本は部署でファイルしてとっておき、コピーを医療安全管理部へお出しください。  
手書きのシート提出で構いませんが、エクセルに清書して提出したい方は、データを医療安全管理部へ送ってください。

### KYT 4 ラウンド法 実施ルール

- ① 3人以上で集まる (大人数禁止。10人以下でやる。少人数でOK)
- ② リーダー1人と、書記1人を決める
- ③ 出た意見を書記がシートに書きながら進める
- ④ 30分以内に終わること (5～10分だけでもOK)

### インシデントKYTをうまくやるポイント・コツ

- ✓ 批判禁止：どんな意見も批判してはいけない
- ✓ 自由奔放：好きに発言してOK。微妙な案や意見でも大歓迎
- ✓ 大量生産：何でもよいのでどんどん出す
- ✓ 便乗加工：他人のアイデアに便乗してもいい

1 ラウンド (現状把握)	どんな危険があるか	状況の中に潜むリスクを、できるだけたくさん考える。 「○○すると××になる」など、具体的な想像をしてリスクを思いつくままたくさん挙げていく。
2 ラウンド (本質追求)	ここが特に危険なポイント	1 ラウンドで出たリスクの中から、重要と思うリスクを1～2個に絞る。
3 ラウンド (対策樹立)	あなたなら対策どうする	絞ったリスクに対して、具体的な対策をできるだけたくさん考える。
4 ラウンド (目標設定)	私たちはこうします	3 ラウンドで出た対策の中から、最もよいと思う対策に絞る。

大人は「振り返り」をすることで仕事の能力が高まります。

職場内でディスカッションすることで、心理的安全性が高まることもインシデントKYTの狙いです。

対策を考えるためにやりますが、最終的によい対策が思いつかなくても大丈夫です。「振り返り」をするだけで学習効果があります。

の本にも書いてありました。詳細は割愛しますが、この本にはある実験が紹介されていました。学生に、成績評価へのプレッシャーを与えてテストを受けさせるよりも、プレッシャーを取り除いてテストさせた方が結果がよかったという話です。

これと、医療現場でスタッフに再発防止策を考えてもらうこと、似てるといったんですよね。「インシデントのことをちゃんと考えろ」って、それだけで気が滅入る

じゃないですか。そこに「防止対策も毎回出せやー」とプレッシャーをかけたら、医療安全の話し合いなんて嫌いになりますよ、普通は（笑）。

医療現場のミスやエラーって、再発防止が難しいものが少なくない。だから、そもそもKYTをやったからって、秀逸な対策が毎回生まれるはずがないんです。数打ちや当たるじゃないけれど、何十回ものインシデントKYTの中で、素晴らしい対策が誕生するのって1つ2つくらいじゃないかなあ。

皆さんはこの「対策は思いつかなくてもOK」という理論、どう思いますか？ 賛否両論かな。そんなの甘いぞー（怒）って思う方も、いらっしゃるかもしれませんね。

振り返りの「量」を  
見える化

こうして導入したKYT 4 ラウンド法。当院では今、インシデントKYTの実施数をグラフにして職員へフィードバックしています。振り返りの「量」の見える化です（資料7）。

このグラフ見ていただくと分かるように、やっぱり部署ごとに「差」って出てくるん

ですよね。KYTをしょっちゅうやってくれる部署もあれば、なかなか腰が重い部署もあります。管理者や部署の雰囲気、スタッフの能力…それらは十人十色で、同時にスタートしてもこれだけ差が出る。組織って面白いなあってつくづく思います。

KYTの数が少ないってことは、伸びしろも多いってことです。これからさらに、フィードバック方法を工夫したり、何か仕掛けを考えたりして、KYT実施数を今の10倍にするのが当面の目標です。え？ 10倍なんて可能なのかって？ 私の好きな芸人・ティモンディ高岸さんみたいに、とりあえず言うておけばいいのです。「やればできる！」って（笑）。

学習文化の醸成を目指して

「学習文化」って奥深く難しい。大人を自主的に学ばせるのって、ある種、組織マネジメントの最大の課題の一つなんじゃないでしょうか。これに医療安全担当者は挑戦しなければならない。なんて過酷で面白い仕事なんだろうって思います、医療安全。

当院の取り組みもまだまだ発展途上。もっとよい、素晴らしい醸成方法がきっとあるはず。模索と苦悩が続きますが、それが“背伸び”になって、いろいろな発見や学びもあります。医療安全を真剣にやると、自分が成長できるので楽しいですね。

一筋縄じゃいかない「学習文化」。当院の取り組みが、皆さんの施設に少しでも参考になればうれしいです。ではまた次回にて。

引用・参考文献  
1) ジェームズ・リーズン著、塩見弘翻訳：組織事故一起こるべくして起こる事故からの脱出，日科技連出版社，1999。  
2) エリック・シュミット他著、櫻井祐子訳：1兆ドルコーチャーシリコンバレーのレジェンドビル・キャンベルの成功の教え，ダイヤモンド社，2019。  
3) チャールズ・ヴィンセント著、相馬孝博、藤澤由和訳：患者安全，篠原出版新社，2015。  
4) 東京医科大学医学教育学・医療安全管理学：WHO患者安全カリキュラムガイド多職種版。  
<https://www.who.int/patientsafety/education/curriculum/japanese.pdf>（2021年6月閲覧）  
5) 中原淳：働く大人のための「学び」の教科書，かんき出版，2018。  
6) アトゥール・ガワンデ著、吉田竜訳：アナタはなぜチェックリストを使わないのか？—重大な局面で“正しい判断”をする方法，晋遊舎，2011。  
7) エドワード・L. デシ，リチャード・フラスト著，桜井茂男訳：人を伸ばす力—内発と自律のすすめ，新曜社，1999。

資料7 インシデントKYT 2020年度実績報告

	4月度	5月度	6月度	7月度	8月度	9月度	10月度	11月度	12月度	1月度	2月度	3月度	合計	昨年度の年間実施数
外来	1	1	4	2		1		1	3			1	14	1
手術室		2	1	1	3	2	2	4	4	2		1	22	3
中4病棟		1	1	3	4	4	2	1	6	2			25	8
北3病棟			2	5	4	4	2		3	2	4	2	28	6
北4病棟一般		1	1	1	2	1	1	1	2	2		1	13	5
北4病棟療養		3	2	3	4	1	3	2	5	2	2	3	30	3
北5病棟		3	3	2	1	1	1	1	1	1		1	15	9
第1透析	1		2	1	2	1	2	1	1		1		12	9
第2透析	1	1		2	2	2	1	1	5	1		2	18	11
第3透析	1	1	3	2	3	4	1	3	1	2	3		24	12
放射線課	1	1	5	3	1	3	2	3	2	2	1	3	27	14
臨床工学課	1	1	2	1	1	1	1	1	2	1	3		15	15
薬剤部	1	1	1	1	1	2	1	1			1		10	11
検査課	1	1	1	1	1	1	1	1	1			1	10	5
リハビリ課	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	11
栄養課	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	10
事務部門全般			2					1			1	2	6	6
合計	10	19	32	30	31	30	22	24	38	19	19	19	293	139

インシデントKYTシートの医療安全管理部への提出数です。  
KYTを実施したら、手書きのままで構わないのでコピーを医療安全管理部へご提出ください。

2020年度 年間KYT実施件数

