

現場と共に歩むセーフティマネジメントの取り組み

東京慈恵会医科大学附属病院

有賀 庸代

【背景】

当院は特定機能病院としての役割を担い、平均在院日数 11～12 日、年間の手術件数は約 14,000 件と急性期医療に対応している。来院患者のほとんどは複数の疾患をもち、高齢者も増え、治療方法が複雑なケースが多い。私は平成 23 年 4 月から、看護部のチーフセーフティマネージャーとして看護部全体の安全管理に関する責任者という役割を担った。

自施設で発生する医療問題のうち、看護師からの報告は全体の約 80% である。内容としては投薬に関する報告が全体の約 39% となっている。ヒヤリハット事例の報告も増加しているが患者誤認も発生している。いずれも確認行為の逸脱があり、対策を立てていても減少していないという状況である。

正しい方法やルールなど基準は作成しているがなぜ実践できないのか。現場のスタッフ一人ひとりが確実に実践できるか否かは、師長個々の指導力や方法にかかっているのが現状である。しかし、師長の安全管理に対する認識や周知徹底させる方法には個人差がある。安全な医療を提供するために、スタッフの実践力を高めるとともに、適切な分析・手段を講じることができるよう師長・主任の安全管理に関する能力を高めることを目標とし実践に取り組んだ。

【実践計画】

1. 師長や主任が、自部署の安全に関する分析能力を高め、適切な手段を講じることができるよう能力を高める。
 - ① 分析する際に、問題発生のプロセスの中でエラーを呼ぶ行為がなかったかを考えるための知識となるようヒューマンエラーに関する情報を提供する。
 - ② 各師長と共に事例分析を実施しながら、安全管理に関する認識を高めていく。
2. 安全管理プロジェクトが、与薬行為に関する現状を調査し、確実な与薬が実践できるようスタッフの技術を高めるための仕組みをつくる。
 - ① 患者誤認を予防するために、指差し呼称確認行為が徹底できるよう周知する。現場での実施状況を調査する。
 - ② 指差し呼称確認を推進するための広報を考え、アピールする。
3. 各部署の師長・主任・スタッフと共に、ツールを活用しながらインシデント・アクシデントの分析力を高め、具体的で効果的な対策方法を考える能力を高める。
 - ① RCA 分析などのツールを使用し、各部署に出向き主任やスタッフと共に事例分析を行なう。
 - ② エラーを呼ぶ行為や考え方があることを、事例分析をする中で現場のスタッフが体感できるようにする。(ヒューマンエラーの理解)

計画実践にあたり、アンケートの記載等については個人が特定できないよう配慮した。また、問題分析に際して写真を使用する際は、撮影時の趣旨を説明し、プライバシーや個人情報に関する取扱いには十分注意することを伝え、同意を得たものを資料として使用した。

【実践内容】

計画 1. に対して

今まで、患者に影響が大きい発生問題の分析は師長室で行われ、その内容を師長が持ち帰り各部

署に発信する形がほとんどであった。そこで、まずは安全管理プロジェクトメンバーとして現場に出向き、師長や主任、部署のスタッフと発生している問題を共有し解決のプロセスを踏むことに重きをおいた。また、私自身もチーフセーフティマネージャーの立場で部署を訪問し、師長・主任、時にスタッフも交え、事例を時系列でたどりながら、人や環境、感情、情報のやり取りなどそのプロセスに影響している事柄の整理に参加した。

計画 2. に対して

一般病棟のスタッフに対し輸液施行手順の自己チェックを依頼した。輸液施行手順書に基づいた内容で項目を設定し、「必ず実施している」から「実施していない」までを 4 段階で表現した問を作成し実施した。

計画 3. に対して

RCA 分析 3 事例、現場の写真を使用した KYT の手法を用いた問題提起 2 事例に対し、ヒューマンエラーを意識した事例の振り返りを実施した。

【結果】

安全管理プロジェクトメンバーのラウンドや発生部署への介入は、他者が入ることで、主任・スタッフから「自分たちの行動が客観視できた。見えなくなっていたことに気づかされた。ローカルルールになっていたことに気づいた。」などの反応を得ることができた。師長・主任で構成されたプロジェクトメンバー自身にとっても初めての経験であることが多く、手探り状態の部分もあったが、ヒューマンエラーに関する考え方や分析手法の学習の場にもなった。

輸液施行手順の自己チェックでは、指差し呼称の実施率は、「必ず実施している」が約 60%、「ほぼ実施している」が 30%、「実施していない」という返答もあり、基準通りに実施できていないスタッフが予想以上に多かったという読み取りが師長や主任からあがった。

【評価および今後の課題】

部署の主任やスタッフと共に問題解決に取り組む姿勢をもって現場に出向くことの意味は大きい。発生している部署に訪問しての振り返りは、その部署の特徴をお互いに認識しながら事実を確認していくプロセスをたどることができると実感することができた。実施部署からは、自分たちの実践を客観視することができたという反応も得られた。しかし、問題分析にとどまり具体的な対策を立案し評価するところまで至っていない。今後の課題としたい。

指差し呼称は、誤認予防策として高い評価を得られている手法である。「必ず実施している」の実施率を限りなく 100%に近づけられるよう、輸液施行手順の自己チェックの結果をさらに分析し安全管理プロジェクトから改善に関するメッセージを発信する予定である。

患者にとって、また医療従事者にとっても安全・安心な医療を提供する場を整えるために、引き続き師長・主任・スタッフと共に問題解決プロセスを歩みたいと考える。