

総論

医療安全の推進につなげる 院内ラウンド

新村 美佐香

菊名記念病院 医療安全管理室・室長

POINT

- 院内ラウンドには正しい実施方法や評価方法が定まっているわけではなく、各施設の状況に応じて検討する必要がある。
- ラウンドが一種の慣れに陥らないよう、現場への結果のフィードバック、およびラウンドにおける指摘が改善へとつながるようなフォローに関して、工夫することが重要である。
- ラウンドの評価に関しては、単なるチェックマンにならないことを心がけて「よい面」も必ず評価すること、評価者でズレが生じないよう評価の基準を定めること、現場スタッフと十分なコミュニケーションを図ること、などが必要である。
- 院内ラウンドは多職種で行うのがよいとされているが、医療安全管理者が日々各部署をラウンドすることにも意味がある。

「医療安全を推進する」とは、リスクを把握・分析し、それに対する対策を立案・実施、評価するというサイ

クルを継続していくことである。それぞれの医療機関では、医療安全を推進していくために、このサイクルを踏まえながら取り組みを進めていることと思う。

ただし、インシデント・アクシデントの原因を分析し、対策を立て、再発防止を進めるとはいえ、その立案した対策が現場に周知されて有効に機能しているかどうかを評価することは難しい。そして、その対策が適正であったかを評価することもまた難しい。

私たちは何を基準として、「対策が有効であった」と判断すればよいのだろうか？ 一概にインシデント・アクシデント件数が減少していればよいというものではない。件数は減少しても影響度の高いものが増加すれば、対策は有効に機能したとはいえないからである。また、いくら対策を実施しても、それにより現場の負担がさらに増し、新たな要因を誘発するようになるかもしれない。現場に即した対策となるよう、対策立案時に十分に検討する必要がある。

重要なことは、対策実施後の評価である。一般的に評価方法としては、①報告事例などのモニタリングに

表1 診療報酬点数表における「医療安全対策加算」²⁾の項(抜粋)

- (2) 医療安全管理者の行う業務に関する事項
- ア 安全管理部門の業務に関する企画立案及び評価を行うこと。
 - イ 定期的に院内を巡回し各部門における医療安全対策の実施状況を把握・分析し、医療安全確保のために必要な業務改善等の具体的な対策を推進すること。
 - ウ 各部門における医療事故防止担当者への支援を行うこと。
 - エ 医療安全対策の体制確保のための各部門との調整を行うこと。
 - オ 医療安全対策に係る体制を確保するための職員研修を企画・実施すること。
 - カ 相談窓口等の担当者と密接な連携を図り、医療安全対策に係る患者・家族の相談に適切に応じる体制を支援すること。

による評価、②アンケートによる評価、③院内ラウンドによる評価、④他の医療機関との比較による評価、⑤コホート研究による介入評価、などがある¹⁾。このようなさまざまな方法を頭に入れつつ、自施設の現状を踏まえて実際にどのような評価方法を用いて評価を行うのがよいのか、検討しなければならない。

本特集のテーマは「院内ラウンド」である。院内ラウンドは、医療安全における対策実施後の評価方法の1つとして広く認められ、行われている方法でもある。

例えば診療報酬の算定方法における「医療安全対策加算」の項では²⁾、「医療安全管理者の行う業務」の1つとして、「定期的に院内を巡回し医療安全対策の実施状況を把握・分析し、医療安全確保のために必要な業務改善等の具体的な対策を推進すること」と、院内ラウンドについて言及されている(表1)。

「事件は会議室で起きているのではない。現場で起きている!」という言葉のように、医療安全管理室にいただけでは、現場の状況は見えない。実際に現場に行って、確認してみても、初めて「わかる」ことも少なくない。だからこそ、医療安全管理部門による院内ラウンドを企画し、ラウンドを通して現場をチェックしながら現状を確認していくことは、実際に行われているのであろう。

1. 院内ラウンドの目的

院内ラウンドの目的は、大きく2つに分けることができる。まず、①日々の医療安全活動が現場でどのように浸透しているかを確認するとともに、再発防止策が実施・継続されているかを確認すること、次に、②事故を未然に防いでいくという観点から、現場の潜在リスクを把握すること、である。

1) 再発防止策の実施・継続の確認

重要なインシデントやアクシデントが発生した場合、対策を立て、その対策を全部署に周知していかなければならない。しかし、その対策が有効なもので必ず実施しなければならないものとしても、全部署に浸透させ、継続・維持していくことは難しい。これはどの施設でも課題になっていると思う。

例えば、マニュアルを改訂するという対策を立て、それを各部署に伝達したとする。しかし、後になって同様のインシデント・アクシデントが発生した際、当事者にヒヤリングしてみると、「マニュアルが変更になったことを知らなかった」「変更になったのは知っていたが、焦っていてできなかった」「忙しくてそのとおりににはできない」などと返ってくることは少なく

新村 美佐香(しんむら・みさこ)
医療法人五会 菊名記念病院 医療安全管理室・室長

1984年鳥取大学医療技術短期大学部看護学科卒業。順天堂大学医学部附属順天堂医院に勤務の後、1991年菊名記念病院・看護部。2006年11月より現職。認定病院患者安全推進協議会 ジャーナル企画部会・部会員。



菊名記念病院(横浜市港北区): 一般218床(特定集中治療室10床)

ない。

また、決められたルールが現場で実行しやすいよう、いつの間にか変更されてしまうこともある。いわゆるローカルルールである。このようなことが起こっては、対策を周知徹底することは難しく、再発防止による改善はみられるわけがない。

医療安全管理部門は、さまざまな安全対策が現場で正しく活用されているかを把握し、場合によってそれらを修正していく必要がある。そのためには、現場での実際の手順の確認や、ヒヤリングによる理解度のチェックを行うことが必要となる。

2) 現場の潜在的リスクの把握

職場環境や日々の業務に慣れてしまうと、そこにリスクの芽があったとしても、なかなか気づくことができない状況に陥る場合がある。

よい意味での「慣れる」とは、「経験を重ねることでうまく実践できるようになる」ということである。しかし見方を変えれば、「何か問題があったとしても違和感がなくなり、通常のここのように受け入れてしまう」ことであり、これは、目前のリスクを察知するというマインドが低くなることを意味する。このような状態が医療の現場で起これば、一歩間違えば患者に重大な影響を及ぼす。

したがって、潜在的リスクを把握するという視点から、業務を取り巻く環境を客観的にチェックし判断していくことも必要となる。

院内ラウンド実施前に、2つの目的のうち、どちらを重視して院内ラウンドを行うのかを、ラウンドメンバー間で確認しておくことも大切であろう。

2. 院内ラウンドを行う際に考慮すべきこと

院内ラウンドの具体的な方法、実際にどのように行

表2 院内ラウンドを行う際に考慮すべきこと

項目	方法	利点	注意点
メンバー構成	ラウンドチーム：医療安全管理室のメンバーなど、多職種でラウンドチームを構成する。	- 多角的な視点で見ることができる。 - 医薬品、医療機器類はそれぞれの管理者が専門的な視点で見ることができる。 - 施設課担当が入ると、設備不具合箇所の確認と修理依頼等が早くできる。	メンバー全員の時間調整が必要となる。
	医療安全管理者	- 時間の制約がない。 - 現場と積極的なコミュニケーションがとれる。	多くの項目をチェックすることができない。
実施する部署	全部署	特定の項目についてチェックする場合に適している：施設設備に関すること、院内共通ルールに関する項目など	時間がかかる。
	指定した部署	しっかりじっくり項目に沿って確認できる。	院内全体を見ることはできない。
実施する日時	定期的	ラウンドをスタッフに意識づけることができる。	マンネリ化する可能性がある。
	不定期(抜き打ちを含む)	通常の様子が確認できる：患者確認手順の確認等、実際にマニュアルどおりにできているかなど	病棟にスタッフがいなかったり、協力が得られない場合がある。
	時間帯に関する注意事項： - ラウンドする部署の状況を考えて設定する。 - 業務が集中している時間帯は、対応するスタッフにとって負担となる。 - ただし手順を確認する場合は、その業務が行われる時間帯を意識する必要がある。		
チェック方法	チェックリスト	- チェックしたい項目の漏れがなくなる。 - 定期的に項目の見直しを行うことで、タイムリーな評価ができる。	- 評価の判断基準を明確にしないと、メンバーによって評価に差が出る：どうなっていれば「できている」と判断するのか、決める必要がある。 5段階評価の場合でも、「4と3の違いは何か」など、メンバー間で事前のすり合わせが必要となる。
	ヒヤリング	通常の様子が確認できる。	客観的な評価が難しい場合がある。
	チェック項目に関する注意事項： - ラウンドの目的に則した項目を設定する。 5Sの視点を取り入れた項目を設定する。 - 各施設の特徴を踏まえた項目(例：院内共通ルール)を設定する。 - 安全体制に関する項目は必ず設定する：医療安全マニュアルの確認、インシデント・アクシデント報告に関することなど - 気になる箇所は、必ず写真を撮る。 - 必ず1つはGood Pointを見つけるようにする。		
フィードバックの方法	個別的なフィードバック	- 現場の状況を把握、改善へとつなげることができる。 - 写真などを活用し、目に見える形でフィードバックする。	- 指摘事項は必ず後日、改善できているかを確認する必要がある。 - 委員会などで報告する必要がある。
	データを集計してフィードバック	- 院内全体の状況を把握、改善へとつなげることができる。 - グラフや表などを用いて、比較・検討できるような形でフィードバックする。	

えばよいかという点については、統一された方法や、「正しい方法」が示されているわけではない。

しばしば他施設の医療安全管理者から、「院内ラウンドをいつ、どのようなメンバーで、どんな項目をチェックしているのか」と聞かれることがある。「チェックリストを用いて行っているか」「チェックリストの項目は何を参考としているのか」などを質問されることも少なくない。しかし現状としては、当院も含めて施設ごとに、自分たちで検討して行っているのが実情だろう。

「ラウンドが効果的であったか」という点を評価する指標も示されていないが、少なくとも結果として何らかの改善がみられるようであれば、ただ「院内ラウンドを行った」ということで終わってしまい、院内ラウンド自体が一種の「慣れ」に陥ることになる。現場への結果のフィードバック、およびラウンドにおける指摘が改善につながるよう、ラウンド後のフォローについても考えておく必要がある。

表2に、医療安全管理者としてラウンドを行っている経験を踏まえて、院内ラウンドについて、いつ、誰が、どのように行うのか、また評価の方法などの点に関して、まとめてみた。あくまでもラウンドは、各施設の状況に応じたものにすべきであると考えているが、参考にいただければ幸いである。

3. いかにして「評価」するか

院内ラウンドにおいて、「どのように評価を行うか」は重要な課題である。

チェックされる側は、多少なりともラウンド結果を気にするものであり、自部署がどのように評価されたかによっては、その後の医療安全活動に影響を与える可能性がある。厳しい指摘ばかりが多ければ、スタッフからは「こんなに頑張っているのにきちんと評価されていない」「現場の状況をわかってもらえない」といったマイナス方向の感情が出てしまうこともある。

評価者によって評価が異なるという状況は、決してあってはならない。したがって、評価基準は前もって定めておくべきである。5段階評価であれば、「5はどのような状態であるか」「1と評価する場合は何ができていないのか」などを、明確に指摘する必要がある。できるだけラウンドメンバーによって評価にズレが出ないよう、評価のポイントは共有しておくことが大切である。

また結果のフィードバックに関しては、書面による評価だけでは伝わりにくいので、写真などを添えて伝える。

評価方法のズレをできるだけ少なくするために、評価方法を「○か×か」「できているか、できていないか」の2段階にしている施設もある。どのような方法で評価し、フィードバックするかについては、それぞれの施設の考えの下で、決めていただきたい。

4. 他のラウンドとの連携

院内では、医療安全ラウンド以外にもさまざまなラウンドが実施されている。ちょっと頭に浮かぶものを挙げてみても、ICTラウンド、NSTラウンド、RSTラウンド、褥瘡ラウンドなどがある。

これらのラウンドも当然重要である。ただ、短期間のうちにいくつものラウンドが入ると、現場が負担に感じてしまう場合もある。できるだけ他のラウンドと調整を図りながら、ラウンドの計画を立てることも必要である。それぞれのラウンドで、チェックする項目が重複する場合もある。時には連携を図り、合同でラウンドすることも考えてみてよいのではないだろうか。

5. 医療安全ラウンドの実際

最後に、菊名記念病院の医療安全ラウンドの実際を少しお示しする。

当院では年度初めに、1年間の医療安全ラウンドのスケジュールを立てている。日程は第3火曜日14時と決めており、ひと月に2部署ラウンドすることになっている。

ラウンド部署は、医療安全推進委員会の年間医療安全活動計画のなかで、事前に報告している(図1)。2年前までは、ラウンド日は流動的で、全部署訪問という方法をとっていた。しかし、ラウンドメンバーの調整やラウンド時間の確保が難しいうえ、限られた時間で多くの部署を訪問しなければならないことから、十分に現場を見ることができず、結果的に形式的なラウンドになってしまっていた。そこで日程と部署を決め、チェックリスト(表3)を用いてしっかりとラウンドを行うようにした。

事前に部署と日程を決めてラウンドを行う方法では、「ラウンドする部署が事前に準備してしまい、通常の状態を見ることができないのではないか」という懸念もないわけではないが、各部署がラウンドを意識してチェック項目の整備に向けて準備することは、見方を変えれば、環境整備の点では1つのきっかけになっているとも考えられるため、もう少しこの方法で進めていこうと考えている。

平成26年度医療安全年間計画												
	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	27/1月	2月	3月
医療安全推進委員会	・新入職員 対象医療 安全研修	・中途入職 対象医療 安全研修		・医療安全 講習会① (全職員)		・中途入職 対象医療 安全研修				・中途入職 対象医療 安全研修	・医療安全 講習会② (全職員)	
医療安全管理室	・マニュアルの見直し、整備				・医療安全強化月間への取り組み (全部署)							
医療機器			・医療機器 安全管理 委員会			・医療機器 安全管理 委員会			・医療機器 安全管理 委員会			・医療機器 安全管理 委員会
医薬品											・医療安全 医薬品安全 講習会② (全職員)	
安全ラウンド	・Aチーム E6	・Bチーム E5	・臨床検査科 W3A	・W5	・リハビリテーション科 外 来	・用度課	・手術室・中材室	・画像診断部	・病棟看護センター	・総務		
	・Bチーム 薬剤部		・W3B	・栄養科	・ERT 2.3	・総務・医事課	・ICU	・血液浄化センター	・内視鏡室	・SAL 2 室・分析室		

図1 医療安全年間計画

安全ラウンドを行う部署については、医療安全推進委員会の年間医療安全活動計画のなかで、事前に報告している。

表3 医療安全院内ラウンドチェック表の項目

評価は○(できている)、×(できていない)の2段階で評価する。

I. 環境の整備

<ナースステーション>

1. 清潔に使用されているか(床・壁・机の上・水周り)。
2. 整理・整頓されているか。
3. 破損箇所はないか。
4. コードが整理されているか。

<デイルーム>

1. 清潔に使用されているか(床・壁・机の上・椅子・水周り)。
2. 整理・整頓されているか。
3. 防災設備の前に机や椅子が置かれていないか。

<廊下>

1. 手すりに歩行の障害になるものが置かれていないか。
2. 非常灯・消火器の前に物が置かれていないか。
3. 濡れていないか。
4. 汚染はないか。
5. ワゴン等が出しっぱなしになっていないか。

<病室>

1. ベッドの高さは適当か。
2. ストッパーの確認
3. 床頭台・オーバーテーブルは整理・整頓されているか。
4. ナースコールの位置は適切か。

<処置室・汚物室>

1. 汚染がなく、清潔に使用されているか(床・壁・水周り)。
2. 過剰在庫がなく、整理・整頓されているか。
3. 汚物槽は流れているか。

II. 薬品管理

1. 麻薬は適正に管理されているか。
2. 向精神薬は適正に管理されているか。
3. 金庫の鍵は常に責任者が携行しているか。

4. 薬品用冷蔵庫は整理されているか。

5. 期限切れの薬剤はないか。

6. 開封済み・使用途中のバイアルが適正に管理されているか。

7. 過剰なストック薬がないか。

III. 物品管理

1. 過剰在庫がなく、在庫管理が適正にされているか。
2. 破損したもの、不具合のあるものを使っていないか。
3. 期限切れの物品(消耗品・滅菌物)はないか。

IV. ゴミ処理

1. 分別は正しく行われているか。

V. 安全管理

1. ネームバンドの装着は徹底されているか。
2. 患者確認がフルネームで確実にされているか。
3. 電子カルテの管理が適正に行われているか。
4. ワークシートなどの書類管理が正しく行われているか。
5. 同意書が適切に運用され、保管されているか。
6. 身体抑制がマニュアルに沿って実施されているか。
7. 救急カートが定期的に点検され、整備できているか。
8. 緊急時のコードブルー体制がスタッフ全員に周知されているか。
9. インシデント・アクシデント発生時の報告ルートが周知されているか。
10. インシデント・アクシデントレポートの記載・提出方法が周知されているか。
11. 各種マニュアルがわかりやすい場所に保管され、必要時活用されているか。

VI. その他

一方で、インシデント・アクシデントに関連し、現場で通常行われている手順がどのようになっているかなどを確認する場合は、やはり抜き打ちでチェックを行う必要も出てくる。その場合は、医療安全管理者がラウンドし確認するようにしている。

ラウンドを行う際に特に配慮している点は、以下のとおりである。

- ・気になる箇所は、必ず写真を撮る。
- ・必ず1つは“Good Point”を見つけるようにする。
- ・フィードバックでは必ず写真を掲載し、コメントをつける(図2)。
- ・結果は委員会で報告し、改善方法などを話し合う。
- ・指摘事項が改善できているかを、翌月の部署をラウンドする前に、もう一

①検査科 (抜粋)

