

インシデント事例から学ぶ

——よりうまく学ぶための 医療安全管理者・部門の役割

鮎澤 純子

九州大学大学院医学研究院 医療経営・管理学講座 准教授／九州大学病院 病院長補佐

Summary

組織も、組織を構成する一人一人も、インシデント事例から学んでいかなければならないが、これはそう簡単なことではない。だからこそ、そのための医療安全管理者・部門の役割は大きく、重要である。「学びどころ」をどうするかに加えて、「当事者が今後うまく学べるようにしていくという視点」「上級管理職にうまく学んでおいていただくという視点」も重要であろう。本稿では、よりうまく学ぶための取り組みとして、「モニタリング結果というデータ活用の視点に関する取り組み事例」と「ケースストーリーという“物語”の使い方に関する活用事例」も紹介する。職員を巻き込んでいくためには、組織で学んでいることをフィードバックしてわかるように示すこと、さらに日常の業務のなかで日々示していくことを意識することも重要である。

安全を維持し、向上するための努力を続けなければならない組織において、組織も、また組織を構成する一人一人も、インシデント事例から学んでいかなければならないことはいうまでもない。しかしこれは、そう簡単なことではない。本特集が組まれるということからわかるように、今なお「インシデント事例から学ぶ」ことは、現場の課題であり続けている。経験から学ぶということの、そもそもの難しさもある。しかし見方を変えれば、まだその学び方には、いろいろな可能性がある、ということでもある。

本稿では、せっかく把握できた貴重なインシデント事例から、組織が、また個人が、時に合理的に、時に効率よく、そして時にわが身に照らしながらじっくりと、よりうまく学ぶことができるようになるための視点や仕掛けについて、特に医療安全管理者・部門の役割という観点から述べてみたい。

医療安全管理者・部門の役割

◆「語録」から

よりうまく学ぶための医療安全管理者・部門の役割は大きく、重要である。そこでその役割に関して、筆者が医療安全の仕事にかかわるなかで、先輩方から聞かせていただいた「語録」を紹介することから、本稿を始めたい。

語録 1

「件数を重ねるだけではだめです。そこから何を学ぶべきか、どこに問題があったのか、次からどうすればよいかを、適切に指導できる指導者がいることが大事です」

これは、当院の初代・安全管理担当副病院長による言葉である。外科系教授であった担当副病院長は、研修医のオリエンテーションで、「何か起きたらとにかく

く騒ぎなさい。ここには君たちよりうまく対応できる先生方が大勢います」とおっしゃったり、他院で研修医によるインスリン過量投与があった時には直ちに、「指導・監督をせずにこのようなことをさせるのは、むざむざ研修医を事故の当事者にするようなものです」というメールを、当院全職員向けに発信してくださるような方であった。

この語録は、手術の件数と成績との関係について会話をしていたときのものである。「件数」を「インシデント事例」に置き換えて、改めて読んでみていただきたい。いかがだろうか。「適切に指導できる指導者」というのは少々おこがましく気も引けるが、うまく学ぶためには、医療安全についてより多くの経験と知識を習得している者がともに考え、そこから今何を学ぶべきかを示していくことが重要であることに、異議はないのではないだろうか。

語録2

「データはどんどん出しましょう。出して視えるようにしましょう。比較できるようにしましょう。視えて、比較できるようにすれば、気づけるようになります。どうして違うのか、どこに問題があるのか、自分で考えられるようになります。そうしたことに気づくことができるような見せ方、考えられるようになる見せ方が大事です」

これは、当院の医療安全管理部の初代・工学部委員による語録である。工学部の教授でもあったこの方は、トヨタ自動車で長い間、「品質管理の神様」と呼ばれるような仕事をされていて、私たちはこの方から、安全管理や質管理に関して、さまざまな視点や取り組み方を学ぶことができた。

この語録は、当院の医療安全に関するデータを、一緒に見ていただくようになった頃のものである。これをきっかけに、当院のデータの出し方は、基本的に自分たちで気づいて考えることができるように、「どんどん出す、視えるように出す、具体的に出す」ことを心がけるようになっていく。

示されたことを共有し、学ぶとともに、「自分で気づけるようになる」「自分で考えられるようになる」ことが重要であること、そして、仕掛け次第で学べるかどうかが大きく変わってくることに、異議はないと思われる。

著者紹介

鮎澤 純子(あゆざわ・じゅんこ)
九州大学大学院医学研究院 医療経営・
管理学講座 准教授/九州大学病院 病
院長補佐
1983年東京理科大学薬学部薬学科卒
業。順天堂大学医学部附属順天堂浦安病
院、東京海上メディカルサービス株式会
社[1992～1995年 Beth Israel Medical
Center(NY) 出向]を経て、2001年より現職。2006年より病院長
補佐。



九州大学病院(福岡県福岡市東区): 1275床(精神93床)

語録3

「患者安全は、教育活動そのものです」

最後は、かつて筆者が勤務していた米国ニューヨークの Beth Israel Medical Center(現・Mount Sinai Beth Israel)の Quality Management 部・部長の語録である。語録というにはシンプルすぎるかもしれないが、本特集にはふさわしい言葉ではないかと思う。

◆「学びどころ」を選ぶ、という役割

インシデント事例から何を学ぶかに正解があるわけではない。特にインシデントレポートから得られたインシデント事例の場合、「報告者の視点」というバイアスがかかっていることも多く、レポートから読み解くなり、ヒアリングを重ねるなりして、そのインシデント事例に迫ることが必要になる。

あえていえば、どんなインシデント事例にも「学びどころ」がある。加えて、多くの、そしてさまざまな「学びどころ」がある。そして、組織の状況によって、その時点での「学びどころ」の優先順位も変わってくる。だからこそ、「学びどころ」をどう選ぶか、先に述べた「そこから今何を学ぶべきか」を示していくことも、医療安全管理者・部門の大事な役割になる。

繰り返しになるが、よりうまく学ぶうえでの医療安全管理者・部門の役割は、大きく、重要である。医療安全管理体制における医療安全管理者・部門の腕の見せどころ、とさえいえるのではないだろうか。

心に留めておきたいこと

教育活動全般において、「誰を対象にするか」ということを明確にしておくことは重要である。インシデ

ント事例から学ぶことを考えるにあたって、当事者、当該職種、当該部署から組織全体といった「水平の」階層、さらには、新人、中堅、ベテラン、管理職、上級管理職など、経験や職位といった「垂直の」階層など、対象に応じてその視点や仕掛けを検討する必要がある。

本項では、医療安全の領域における古典の1つともいえるジェームズ・リーズン著『組織事故』（日科技連出版社、1999年）を引用しつつ、特に2点、心に留めておきたいことをあげておく。

◆当事者が今後うまく学べるようにしていく、という視点

報告システムによるインシデント事例の把握は、強制的なものであれ自発的なものであれ、多くの場合、「報告者による報告」から始まる。当事者が報告する場合、自らの反省で終わってしまうことは少なくない。それが報告者にとっての「忸怩たる思い」の深い反省によるものか、（とりあえず反省しておくというよう）な報告の負担回避によるものか、さらにはインシデントに対する理解力不足・認識力不足によるものなのか、を判断し対応するのは、医療安全管理者・部門の大事な役割である。特に、インシデントに対する理解力不足・認識力不足によるものへの対応が重要であることはいうまでもない¹⁾。

反省であれ分析であれ、さらには再発防止の検討であれ、他職種、他部署、そして病院全体を見ることができていなければ、結局自らがもっている視野のなかでの分析・検討で終わってしまう。「そうではない見方、考え方をしていくことができるし、すべきである」ことを、報告を受けた者が直接、また研修の機会などをおして、示していく必要がある。

「情報提供者は起こった出来事を自発的に報告するであろうが、関連した寄与要因のすべてを十分に把握しているとは限らない。報告する人はしばしば上流側の前兆に気づかないことが多い。その他、彼らは局所的な作業現場要因の重要性を正当に評価しないかもしれない。もし彼らがこれまで平均以下の装置で働くことに慣らされていたならば、これを寄与要因として報告しないかもしれない。もし、彼らが本来監督されるべきであるが、実際には監督されていなかった仕事に習慣的に従事していたとしたら、監督されていないことを問題視しないであろう²⁾」

「組織としての再発防止策」を策定・周知するだけ

でなく、当事者が今後、「上流側の前兆」に気づけるような、あるいは「平均以下の装置で働いていたこと」に気づけるような、あるいは「本来監督されるべきであったこと」に気づけるような、確実なフィードバックが必要である。

◆上級管理職にうまく学んでいただく、という視点

インシデント事例から学ぶという、つい現場の職員に学んでもらうことを考えがちであるが、組織の上級管理職、具体的には病院長をはじめとする執行部のメンバーに学んでいただくということも、同じように重要である。

上級管理職は、医療の現場で起きるエラーや事故の可能性についてはよく知っているだろう。しかし、本当に今、現場でどのようなインシデントが起きているのかを、その量と質の双方について日頃から知っておいていただくこと、あるいは学んでおいていただくことも必要であり、組織としてさまざまな対応を行っていく医療安全管理者・部門にとっては、日頃からの準備として、きわめて重要なアプローチである。

「そして、（ニアミスを収集し分析することについて）恐らく最も重要なのは、システムに起こりうる潜在的な危険性を思い出させる絶好の機会となり、“恐れ”を忘れにくくすることであろう。けれども、これが起こった時点で、そのデータは広く普及される必要があり、特に組織の上級管理職の一人一人に行き渡るまで広める必要がある。上級管理職へのアプローチでは、それぞれの出来事が組織に対してどの程度の潜在的な損失を与える可能性があったか、といった現実的な評価などの付加情報があれば、その覚醒効果が高いことが知られている³⁾（*文中のカッコ内は筆者が補足）」

「付加情報」としてどのような情報を提供するか、ここもまた、医療安全管理者・部門の腕の見せどころである。なお、医療安全の取り組みへの資源投入に関する意思決定を視野に入れば、なおさら日頃から、付加情報を準備することは重要である。米国では、「トップにどのような情報を、どのように提供すると効果的か」といった研修さえ企画されている。起きてからではなく、起きる前に必要な資源を投入できるかどうかは、米国の現場において切実な課題だからである。

よりうまく学ぶための実践例

本特集では、現場からの貴重な「実践報告」が紹介されていて、それらの取り組みも大いに参考にさせていただきたいが、本項でもいくつか紹介したい。

◆ モニタリング結果のデータ活用の視点に関する取り組み

まず、当院の取り組みの1つを紹介したい。当院は、2016年に「特定機能病院の承認要件の見直し」が実施されたこと、さらに「医療法施行規則」において「医療安全管理委員会において定める医療安全に資する診療内容についてのモニタリングを平時から行う」ことが定められたことを機に⁴⁾、医療安全管理部が、処方、与薬、輸血、手術など、約25項目のモニタリングを実施している。それらのモニタリング結果を取り扱う際の基本は、先に述べたように、「どんどん出す、視えるように出す、具体的に出す」である。

モニタリング項目の1つに、「再活性化B型肝炎の予防」がある。当院では「再活性化B型肝炎発生予防検討ワーキンググループ(WG)」を立ち上げ、「1. リスク薬剤投与の全患者における適正検査状況」「2. リスク薬剤新規投与患者における適正検査状況」をモニタリングしている。適正検査状況の割合についてはWGが、病院全体および診療科別一覧の資料を作成・報告しているが、ご紹介したいのは、「その結果をどのように考えるか」というデータ活用の視点を、会議や研修の機会をとおして共有していることである(図1)。

具体的には、「検査率を測定して眺めているだけ、会議資料を提出しているだけではダメ」であることを強調したうえで、数値の意味、今後具体的に何をすべきかを率直に議論すること、そして、改善すべきターゲットを見出すこと(例：○○科、○○医師、○○グ

ループ、具体的な患者のイメージ)、の重要性を伝えている。これは、「データをどのように活用していくべきか」という「管理のお作法」のナビゲーションであり、当該データに限らず、さまざまなデータから学ぶことのナビゲーションでもある。

◆ ケースストーリー：「物語」の活用に関する取り組み

次に、データを活用してエビデンスのある実践を進めるため、「物語」の力を生かそうという米国における取り組みを紹介する。

筆者は、米国のAmerican Society for Health Care Risk Management(ASHRM)⁵⁾の会員である。ASHRMは、1980年に設立された医療や医療機関に関連するリスクマネジメントや患者安全などの領域にかかわる会員約6000人の団体であり、「安全で信頼されるヘルスケア(Safe and Trusted Health Care)」の実現に向けて「安全で効果的な患者ケアの実践、財務的リソースの維持、安全な職業環境の整備を開発・実行すること(developing and implementing safe and effective patient care practices, the preservation of financial resources and the maintenance of safe working environments)」をその使命としている。

筆者はASHRMの2017年のAnnual Conferenceで、「物語の力：コミュニケーションの失敗を理解するためのケーススタディの利用(The Power of Storytelling :Using Case studies to Understand Communication Failure)」という発表を聞く機会を得た(図2)。この発表は、「データや統計資料は参加者の5%しか記憶していないのに対し、物語だと63%が記憶していた」というエビデンスに基づき、「物語」を研修に活用しようという内容であった。

発表において一例として示されたスタッフ間のコ

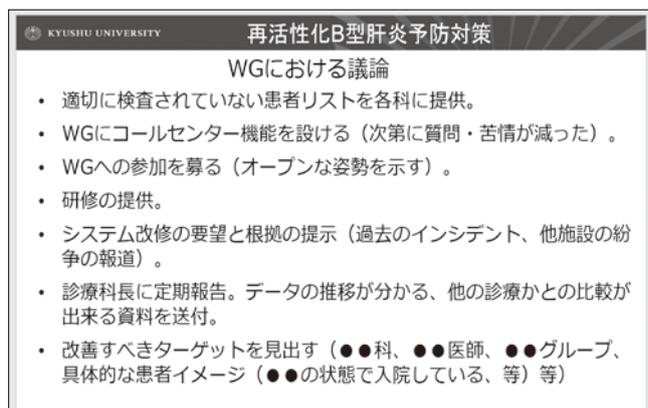
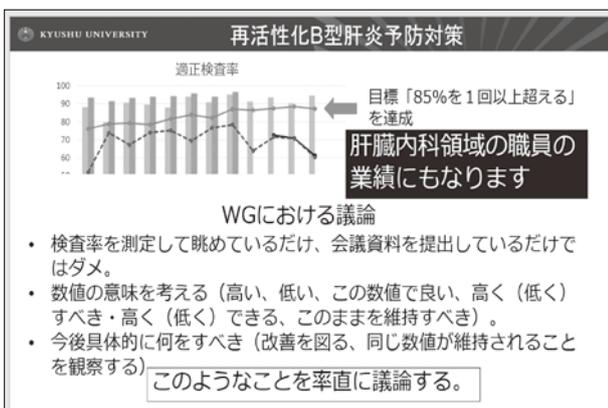
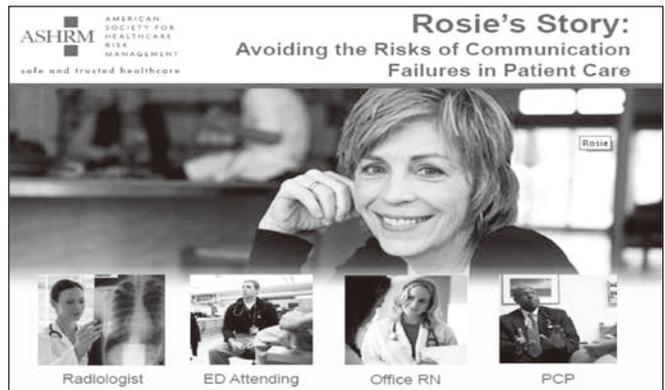
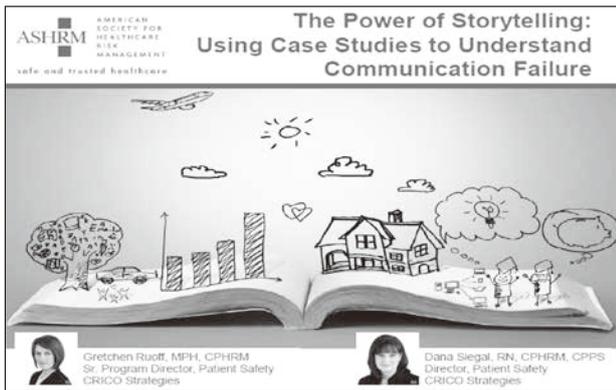


図1 再活性化B型肝炎予防対策：医療安全管理部作成資料(実物)



Case Study vs. Case "Story"	
<p>Case Study</p> <ul style="list-style-type: none"> • Told in segmented "bulleted" format, based on timeline • Tone is "narrative" • Highlights timeline and fine clinical detail • Appeals to specific clinical audience (jargon, acronyms) • Succinct delivery (bullets, abbreviations) 	<p>Case "Story"</p> <ul style="list-style-type: none"> • Delivered in "smoother" storytelling format • Tone is "personal" • Highlights experience and emotion • Broad appeal (clinical and non-clinical) • Succinct teaching points for recall can be summarized after the story

図2 ASHRM2017配布資料(発表者の許可を得て掲載)

コミュニケーションエラーは、手ごわい課題の1つである。実際、わが国でも、画像診断において放射線科医、医師、看護師などの連携のなかで起きているコミュニケーションエラーは、スイスチーズモデルそのものであり、これにより診断の遅れや誤りが生じていることは、大きな課題となっている。

もちろん私たちは、そうしたエラーについて、専門職の知識不足というより、認知エラー、コミュニケーションエラー、そしてシステムエラーといった背景要因によるところが大きいことを知識として知っているが、このような事例に当事者それぞれの主観や感情を持ち込み、それぞれの立場の「物語」として共有することによって、聞き手はそれぞれ何かしら深く心に刻むことができるというのである。

発表に使われた資料では、あえて「ストーリー」という言葉が使われ、ケーススタディではなく「ケースストーリー」として、「物語」を活用するという特徴を際立たせていた。もしその「物語」が、最後に気づくことができたニアミス事例であれば、そこに「気づくことができた物語」が追加されることになる。結果として大きな事故につながったインシデント事例を、そのままノンフィクションにすることはできないが、「学ぶことができるフィクション」にすることは可能である。最後に気づくことができたニアミス事例であれば、「気づくことができたノンフィクション」も可能であ

ろう。さらには、スイスチーズモデルの重要な場面だけを切り出して「学ぶことができる物語」にすることも可能である。

データの活用とともに、学び方の1つのかたちであるといえるだろう。

職員を巻き込んでいくために： 学んでいることを示す、 日常の業務のなかで日々示す

次に、医療安全管理者・部門が「職員を巻き込む」ことの視点や方法について、述べておきたい。

◆インシデント事例から いかに学んでいるかを示す

実は、先ほど紹介した当院の「再活性化B型肝炎の予防」に関する一連の取り組みは、ある医師から医療安全管理部に、「予防のためのプロトコルが院内で知られていないのではないだろうか」と相談があったことから始まった。インシデントレポートでは把握できない事例でもあり、その相談がきっかけとなって、プロトコルに関する理解と必要な予防策実施の把握、院内研修、WGの発足、再活性化B型肝炎発生予防システムの構築、電子カルテとの連携などが進むこととなった。

相談していただいたことに対して、私たちは応えなければならぬ。報告システムにおいても、報告者への迅速で、役立つ、わかりやすいフィードバックは重要であるとされている⁶⁾。どのような報告がどのように役立つのか、どのような報告からどのように学ぶことができるのかを、実際に現場を変えていくことをとおして示すことが、職員を巻き込んでいくことにつながっていく。

◆日常の日々の業務のなかで示す

学んでいることを示す機会は、研修会やプロジェクトといった機会だけでなく、日々の業務のなかにあることも確認しておきたい。インシデント事例はさまざままで、そこから学ぶべきことや学び方もさまざまである。インシデント事例の報告者と医療安全管理者・部門とのやりとりにも、そして医療安全管理者・部門からの一言一言にも、職員は耳を澄ましている。

インシデント事例に学ぶことに、誠実に、真摯に、地道に取り組むことを重ねていくことそのものもまた、日々の業務のなかで職員を巻き込んでいく機会になることを意識しておきたい。

そして、「信頼感」

改めて、本稿において「インシデント事例」は、インシデントレポートで把握されたインシデント事例だけを対象にしているわけではないことを確認しておきたい。インシデントレポートは報告システムの1つであり、報告システムはインシデント事例を把握する方法の1つである。

インシデント事例を把握するには、さまざまな方法がある。具体的には、「受け身で待つ方法」としての報告システムのほかにも、「より積極的に見つける方法」として、医療安全管理者・部門をはじめとする担当者による評価や監査、さらにはデータで「日常的に検知する」モニタリングなどがある。そして、受け身で待つ方法であれ、より積極的に見つける方法であれ、インシデント事例を把握することができるかどうかは、

その量においても質においても、「信頼感」にかかっている。

報告システムについては、すでに他の産業界で長く活用されていることから、すでにその課題や一般的な解決方法は、概ね検討し尽くされている感がある。しかし、「事象に寄与した故障をすべからず明らかにするどんな事象報告プログラムも、報告者の信頼を得ることを最優先にしている」⁷⁾とされているように、共通して強調されているのは、信頼感である。

「懲戒処分に対する現実的に可能な限りの保護」「極秘性あるいは匿名化」といったことに配慮されるシステムであるかどうかについて論じられることも多いが、先に述べたように「迅速で、役立つ、わかりやすいフィードバックができるかどうか」は、信頼感にかかわる重要な要素であるとされていることを、改めて意識しておきたい。

インシデント事例を生かすことに取り組み続けること、そしてその姿勢を示し続けることが、インシデント事例を把握することができるかどうかにつながり、事例から学ぶということへの信頼感、医療安全管理者・部門に対する信頼感、さらには医療安全という取り組みそのものに対する信頼感にもつながっていくのではないだろうか。

文献

- 1) 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：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，p122.
- 2) ジェームズ・リーズン著，塩見弘監訳：組織事故；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，p169.
- 3) 同上，p168.
- 4) 医療法施行規則の一部を改正する省令の施行について：医政発0610第18号．平成28年6月10日．
- 5) ASHRM:About the American Society for Health Care Risk Management.
<https://www.ashrm.org>. (2021/8/17閲覧)
- 6) 前掲2，p280.
- 7) 前掲2，p281.