

寄稿

リスクマネージャーと共に取り組む医療安全推進活動

小瀬裕美子¹

要旨

医療事故防止活動に組織的に取り組んでいくには、医療安全の管理体制の強化と現場のリーダー的役割である医療安全推進担当者（リスクマネージャー：以下 RM）の活動が必須である。当院では 1989 年より RM 養成ワークショップ研修（以下 RM 養成 WS）を定期的に開催し、現在 243 名の RM と共に医療安全推進活動をおこなっている。2010 年からは安全文化の醸成をめざし、RM が積極的にその役割を果たすことができるための様々な取り組みを行ってきた。その内容は①報告システムの強化、②各所属 RM からの「インシデント分析報告」の可視化、③多職種参加の検証会、④ワーキンググループ活動、⑤全 RM による医療安全ラウンド、⑥ KYT 活動、⑦医療安全講座の開催などである。RM がリーダーシップをとって各所属部署で活動を継続することはリスク感性を高める職員教育につながり、医療安全活動を浸透させるうえで大きな意義がある。主体的に医療安全活動に取り組む体制づくりと円滑なコミュニケーションが病院組織全体の医療安全文化の醸成につながる鍵と考えられる。

キーワード リスクマネージャー チーム医療 事故防止活動 主体性 コミュニケーション

I. 緒言

1999 年に横浜市立大学医学部附属病院で発生した患者誤認手術の医療事故をきっかけに厚生労働省は医療法施行規則や医療法を改訂した。これを受けて医療界での医療安全に関する取り組みは年々拡大している。院内の医療安全管理機能をより充実させていくためには、自部署の安全対策を推進する RM の役割が重要である。当院の RM とは、各所属の安全管理を担う管理職（診療科部長・副部長・看護師長・看護係長・課長等）であり、院内 RM 養成 WS 研修（1 泊 2 日の院外研修）を受講し、修了した者を示している。研修は 1998 年より年に 1 回開催してきたが、2005 年からは隔年とし「RM レベルアップ研修」と交互に開催している。しかし各所属の RM の活動は職種や部門、部署間で温度差があり、RM としての役割が十分果たされているとは言えない状況であった。そこで、2010 年より各所属 RM がその安全管理能力を発

揮できるように医療安全推進室が働きかけ、医療安全管理委員会（ペイシェントセーフティー委員会、以下 PS 委員会）と共に、様々な取り組みを計画し、組織的な事故防止活動をおこなってきた。本稿では筆者が 2010 年 4 月より専従の医療安全管理者に着任後、各 RM と共に組織横断的に携わってきた活動を紹介する。

II. 急性期病院での医療安全管理

1. 医療安全管理体制

当院は 25 科・812 床の救命救急センターを主軸とした地域医療支援病院である。2014 年度の救急車搬送患者が 9,845 人、救急入院患者数 11,667 人で総入院患者の約 50 % が救急入院患者である。手術件数は 8,868 件であり、急性期治療の多くは、侵襲をとまなう治療（手術・検査・化学療法等）である。急性期治療、高度医療が進めば進むほど、医療機器操作や、薬剤種類も煩雑化し、それに比例してリスクも伴うものである。リスクの高い環境下で医療従事者は日々の事

¹ 名古屋第二赤十字病院

故防止に努めているが、レベル 3b 以上の有害事象は少なくない。患者と共に職員を医療事故から守るためには、組織全体で取り組んでいく体制が必要である。そこで 2010 年度より医療安全管理体制を強化し（図 1）医療安全推進室の専従職員を 4 名とした。専従の医療安全管理者である看護師長と専任の看護係長、医療安全推進課の事務職員 2 名（課長・係長）を配置している。副院長が室長となり兼任の医療安全担当医師を 5 名室員とした。医療安全推進室と PS 委員会が中心となって各部署の RM と共に医療安全推進活動をおこなっている。

2. 速やかな有害事象報告の強化と初期対応

有害事象が起きた場合は、速やかな初期対応が重要である。たとえば手術を受けた患者が翌日急変して状態が悪化した場合、それが過失を伴う有害事象ではない場合であっても、患者の家族にとっては、結果として悪くなった事実に対して「何が起きたのか」と疑問に思うものである。さらに医療者側から納得いく説明がないと医療不信に陥る場合もありうる。そのような事態を回避するためには、現場からの速やかな報告が重要である。そこで 2010 年に有害事象の報告システムを強化した（資料 1）。

患者の身体的影響度が高いレベル 3b 以上の有害事象は、医療安全推進室へ速やかに「第 1 報」を電話で報告するシステムとした。医療安全推進室のスタッフが 24 時間体制で電話当番となり「困った事例はいつでも相談してください」と職員に呼びかけてきた。「第 1 報」の電話報告の後、「第 2 報」は医療安全推進室メールで事象概要を報告、「第 3 報」を最終提出

書類とする段階的な報告システムに変更した。また 2015 年にはレベル 3b 以上の合併症も報告しやすいように、簡略化した「合併症報告」様式を追加した。

報告システムを確立することで、必要に応じて速やかに患者・家族へ事実を分かりやすく説明する場を設定でき、所属 RM や関係部署と共に分析と検証を行ないその結果をさらに説明するという初期対応が迅速に行えるようになった。過去に患者側から病院に対して不信を訴えられた事例があり、それは有害事象後かなり経過してから報告がなされたため、事実が不明確となり、対応に非常に苦慮をした。報告が遅く、対応が遅れた事例では解決が大変難しかったが、報告システムの強化により速やかな初期対応ができるようになり、事実関係の把握が正確になされるようになっている。

医療者のリスク感性は人により違い、リスク感性が低いと「問題ないだろう」と軽くとらえ、医療安全推進室に報告がない場合がある。そのような場合は医療者側と患者側の認識の違いや齟齬が生じやすく、結果として医療紛争になる事例も少なくない。有害事象報告の多くは医師が関与している事象であるが、その背景に看護師をはじめとして複数の職種が関わっていることもあり、「第 2 報」は同じ有害事象であっても職種、部署別に複数部署から記載をお願いしている。たとえば、予期しない急変事例の場合は、看護師が関与した観察内容、アセスメント、患者対応についての振り返りを行っている。

「第 2 報」の経過報告を受けた時点で、医療安全推進室では朝のミーティングでカルテレビューをして事実関係を確認している。「第 3 報」は所属 RM、所属部長の見解を記載してもらい、検証会の資料として活用している。

大切なことは当事者を責めない姿勢や風土である。報告書は懺悔や反省文ではなく、医療チームや組織としての安全対策を早く講じるための重要な資料であり、その目的を現場の職員に伝えていくことが重要である。

3. 迅速に対応できるインシデント報告システム

インシデント報告は、所属 RM と医療安全推進室へ速やかに電子媒体で報告される。インシデント報告は当事者が報告するとは限らない、「ヒヤリ」とした

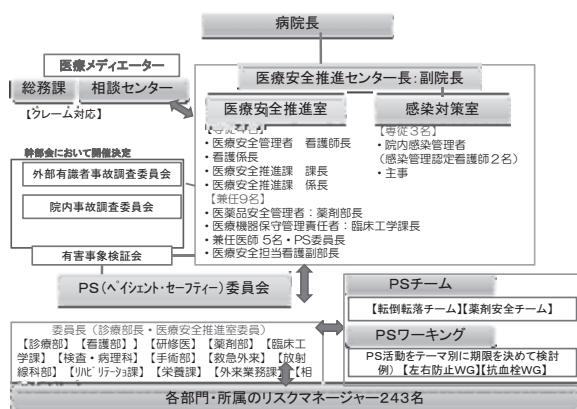


図 1. 医療安全管理体制図

場面に気づき早く報告した人は「リスク感性が高い人」であると全職員に説明し、「未然に気づけた防止できたインシデント」を多く報告していただくようにアナウンスしている。

医療安全推進室ではインシデントをトリアージし、全 RM へ伝えたい警鐘インシデントをメールで配信している。警鐘インシデントには「全 RM に報告」「多くの RM に報告」とタイトルが表示され一斉に RM へ報告されている（図 2）。このシステムは医療情報管理センターの協力で 2002 年から行っており、以前は各部門・部署の代表 RM（各部門・部署を統括する RM）が自部署のインシデントを確認・訂正登録し、その後全 RM に配信するしくみであった。しかし代表 RM の確認登録が遅れるとメール配信も自動的に遅れるため、2012 年度より、インシデント報告が医療安全推進室にダイレクトに報告されるシステムに改善した。

RM には自部署のインシデントを把握し、分析する

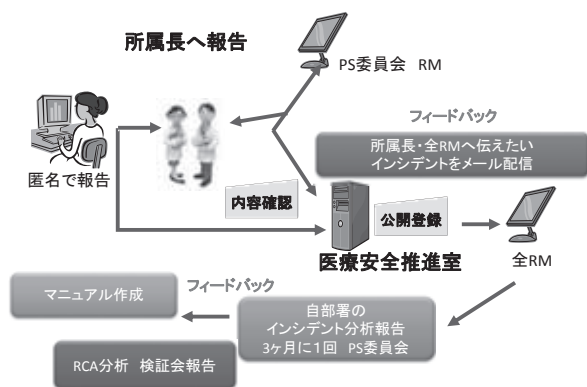


図 2. インシデントレポートシステム

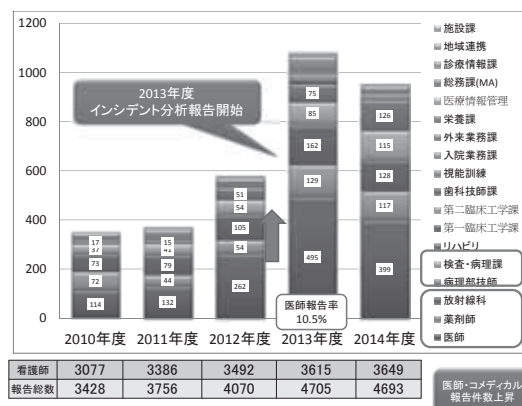


図 3. 医師・コメディカル（看護師以外）のインシデント報告件数

役割がある。従来は各代表 RM が部下からインシデント報告を受けた場合、1つ1つのインシデントに対しコメントして、「確認登録」をして自部署のインシデントを把握していたが、その手順を省略し、代表 RM が「インシデント分析報告」で2-3ヶ月毎に自部署のインシデント全体を把握、分析し、報告する仕組みに切り替えた（後述）。

最近では手術室、心臓カテーテル室、内視鏡室などからは、レベル 3b 未満のインシデントレベルでも「ヒヤリ」としたインシデントがあった場合、電話報告されるようになってきた。看護部では夜間、病棟等でレベル 2 以上のインシデントが発生した場合は管理師長（看護部長の命を受け、夜勤及び休日における看護業務を統括するとともに看護部長の職務を代行するもの：以下管理師長）報告されており、管理師長は現場へ出向きインシデントの内容を確認して患者対応や看護記録の指導を行なっている。また、医療安全管理者は朝、救急外来の管理師長より夜間の報告を確認して情報をキャッチしている。

速やかな報告を全職員にお願いすることでインシデント報告件数も年々増加している。看護師のインシデント報告は職員数も多いことから一番件数が多い。しかし医師の報告や他のメディカルスタッフの報告件数も増加している（図 3）。

また少数ではあるが、2013 年にはレベルゼロ、レベル 1 のインシデント報告が増加しており（図 4）、「報告文化」が根づいてきた良い傾向と考える。「すぐに報告する」が習慣化し、RM と共にインシデントや有害事象に早期より積極的に向き合う姿勢が出来てきたと考えている。

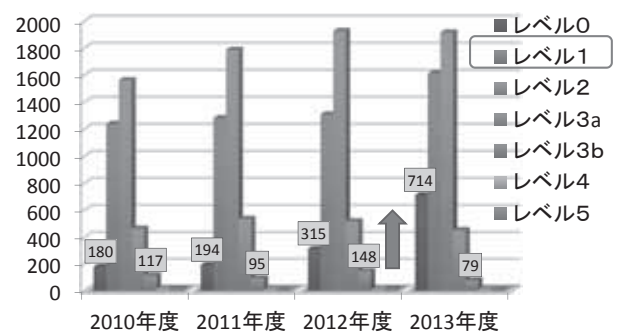


図 4. インシデント報告件数 患者の影響度別

Ⅲ. チームで行うインシデント分析：対策にむけての検証と可視化

1. 「インシデント分析報告」の取り組み

RM の役割には「各所属の医療現場でインシデントを振り返り分析する。」(表 1) とある。しかし、RM が自部署のインシデントを分析しているかは、不明確な部分が多く、医療安全に関する活動には温度差があった。そこで 2013 年より各所属の RM がその役割を発揮できる仕組みを具体的に示し可視化することにした。その取り組みが「インシデント分析報告」である。

またインシデント報告は現場にフィードバックすることに意義がある。報告されたインシデントを分析し、対策を講じ、院内マニュアルに記載し、システム対策につながる仕組みを全職員に分かりやすく示していくことが大切である(図 5)。

「インシデント分析報告」の目的は次の通りである。

表 1. リスクマネージャーの役割 医療安全管理指針

各部門の医療安全の責任者であり、各部門の医療安全推進活動を担当する。 【選任】 診療科は部長・副部長、看護部は看護部長・看護係長、その他の部門は課長級以上でリスクマネージャー養成ワークショップを受講し、修了した者すべて。 【役割】
1. 各所属の医療現場での安全管理意識の向上をはかる。
2. 各職場でインシデントレポート、有害事象報告書などの積極的な提出を励行する。
3. すべてのインシデントレポートを検索・閲覧する。
4. 各所属の医療現場でインシデントを振り返り、分析する。
5. 各所属の医療現場において、医療行為がマニュアルに準じて適切に実施されているか確認・指導する。
6. 患者安全活動に関するPS委員会の決定事項を関係者に周知する。
7. PS委員会の決定事項が確実に実行されるように現場の調整をおこなう。
8. PS委員会の決定事項が実行されているか確認する。
9. 各所属部署でスタッフに対して事故防止のための教育計画を立案、実施する。
10. 医療事故発生時には適切な緊急措置をとれるよう、マニュアルを熟知する。
11. 患者安全に関する現場の問題や検討された対策案をPS委員会に報告する。
12. 部門別マニュアルを作成する。
13. その他医療事故防止に必要な業務をおこなう。



図 5. インシデント分析報告の運用

- ①各所属の RM が所属の医療現場において、事故防止活動に積極的に参画する。
- ②自部署・診療科で分析・考案したインシデント対策を事故防止マニュアル改訂につなげ、継続的な医療安全活動を行う。
- ③医療安全に関する報告を積極的に進めていくことで、インシデントを報告しやすい風土をつくる。
- ④院内全体でインシデント報告の対策・評価を可視化することで安全文化の醸成につなげる。

報告内容は形式にとらわれず自由な記載とした。インシデントのデータ分析から自部署の傾向をとらえて行った KYT 活動、5S 活動、業務改善や事故防止活動の報告、1 つのインシデント事例を深く分析して導き出した根本原因とその対策の報告、対策導入後の有効性の評価などである。「インシデント分析報告」は 3 ヶ月毎に各 RM からメールで医療安全推進室へ報告され、院内のイントラネットに掲載し、各 RM の活動の成果を可視化した。また医療安全推進室から全 RM へメールで「インシデント分析報告」の良い取り組み例を紹介した。

主体的に取り組んでいる RM の事故防止の取り組みは他の手本となり、またそれが可視化されることでモチベーションも高まる結果となった。また分析したインシデントを文章にまとめることは、現場のスタッフにとっては振り返りになり、医療安全に関する教育の場としても位置づけられた。寄せられた「インシデント分析報告」は全て PS 委員会で確認し、具体的な問題や対策について検討している。内容によっては、システム改善や環境改善、労働改善など、組織全体で取り組む事項もある。PS 委員会では医療事故防止活動を積極的におこなっている部署を 12 月の院内表彰の対象として推薦している。

2. 多職種が参加する検証会

筆者(医療安全管理者)はインシデントをトリアーgerとして問題となるインシデントに対して速やかに現場の RM へ事実確認をしてきた。そしてそのような警鐘インシデントについては検証会の場を設定し、現場の RM と関与した医師や薬剤部、放射線科、検査科など多職種のスタッフが一緒に検証会をおこなっている。インシデントの検証会は各所属の RM が主体的に開催できるように支援している。同じインシデント

が繰り返された場合や、大きな医療事故につながったインシデントは、RCA 解析 (Root Cause Analysis) を推奨している。RCA とは、発生した事象を時系列に並べる「出来事流れ図」を作成し、「なぜ」と疑問に思うこととそれに回答することを繰り返しながらその背後に潜むシステムの問題及びヒューマンファクターを探る分析手法である。多職種のメンバーが意見を出し合い、根本原因の抽出やその改善策を考案している。RCA を行う時は、医療安全推進室のメンバーがファシリテーターとして一緒に参加して対策を導き出している。また検証会で導き出された対策を講じた事例については、年に 2 回開催されている院内「事故防止活動報告会」で紹介している。

レベル 3b 以上の有害事象の検証会は、開催時間を 1 時間と決め、診療科内だけでとか、病棟看護師だけで行うのではなく、医療安全推進室が調整して関連科や関連部門のスタッフが参加している。レベル 3b 以上の検証会を行う時は当事者の精神的負担とならないように配慮が必要である。開催前に参加者全員に対して、責任追及の会ではなく客観的な事実を把握して有害事象に至った要因を分析し、対策を講じる会であることを伝えている。検証会は患者側からクレームがあつてから行うのではなく、自律的に開催している。検証会は不明確な部分を明確にするために事実関係を確認し、客観的視点で背後要因を分析してそれまでのチーム医療の問題点を明確にし、組織全体で患者の安全を守るにはどうしたらよいか考え、対策を講じる場である。検証会には必要に応じて医療メディエーターも参加し、今後の患者・家族への対応についても検討している。

チーム医療の観点からも、検証会から得られるものは大きい。職種間でお互いの専門性の知識を共有し、事実を再確認しアセスメントすることで医療チームとしての患者の安全管理を考える場となり、コミュニケーションの促進から医療の質の向上につながっていくと考える。

3. PS 委員会下部組織のワーキンググループ・対策チームの活動

検証会で講じた対策をもとに院内マニュアルの新規作成や改訂をおこなっている。具体的対策はその内容によっては PS 委員会の下部組織として対策チームや



図 6. 院内検証会開催と対策にむけて

ワーキンググループを立ち上げて検討することもある(図6)。転倒転落対策チームや薬剤安全対策チームは、インシデント報告が多い問題の解決の場として年間をとって定期的に開催している。ワーキンググループ(以下 WG)は「インシデント分析報告」で提議された問題について関係する部署の RM と共に選ばれた多職種のメンバーが集まり、具体的な院内対策を立案する場としている。2012 年度から 2015 年度にかけて活動した WG は、①左右間違い防止 WG、②抗血栓薬 WG、③ DVT 防止 WG、④身体抑制 WG、⑤画像診断未読確認防止 WG、⑥病理診断未読確認防止 WG、⑦安静度板 WG などである。

各 RM が主体的に関わることができるように PS 委員会から参加を呼びかけて多職種で活動している。活動の成果は院内事故防止活動報告会や医療安全講座などで報告し、職員へ周知している。

Ⅲ. 医療安全は教育が要である

1. 全 RM による医療安全ラウンド

全 RM が医療安全の活動に積極的に参加することを目的に 2010 年より「全 RM による医療安全ラウンド」を開始した。従来は PS 委員のメンバーが監査者となるラウンドであったが、RM 全員が監査者になることで、その役割を自覚して事故防止マニュアルをはじめとする医療安全の知識を再確認できる機会にしたと考えた上での取り組みであった。

ラウンド方法は 2 名～3 名の RM が 1 つの組になり、チェックシートに沿って 2 部署をラウンドし、現場の職員に質問をして事故防止マニュアルの知識の

確認や、5 S の視点で現場の医療安全の取り組みを確認した。アンケートを行ないラウンドの取り組みを毎年評価してラウンド方法を改善した（表2）。

アンケートの結果から監査者、被監査者ともに、「医療安全のマニュアルの周知や教育の場となる」「職場の安全意識の向上になる」と回答した人が多くあった。また、RM が「監査前に医療安全マニュアルをじっくり読んだ」との回答が全体の 55% であった。「人に教える」ことは自分も学習するため学習効果が高いとされている。RM が事前にマニュアルを再確認し、監査者として現場の職員に自ら指導できたことは効果的であったと考える。ラウンド監査をとおして多職種のスタッフとコミュニケーションをとる良い機会となり、お互いの職場環境や業務のリスクを改めて知る場となった（図7）。医療安全に関する知識の習得や教育は必須の課題である。医療安全教育は講演会や研修、e ラーニング等さまざまな手法があるが、医療安全ラウンドにおける監査も教育の一環となったと考える。

表2. 全 RM によるラウンド・方法と推移

	2010年度 延421名を監査	2011年度 延474名を監査	2012年度 2013年度 延961名を監査
目的	RMとしての自らの役割を再認識 他部署をラウンドして監査を行うことで、自部署の危機管理を高めることができる。		全職員が危機管理意識を高め、マニュアルや業務手順・ルールを周知する。
監査日	被監査部署へ通知	抜きうち監査	抜きうち監査
監査者	3名1組グループで日時を調整	3名1組グループで日時を調整	2名1組グループ日時を調整
監査設定期間	1か月間(2月)	前期(9月～11月) 後期(12月～2月) 6ヶ月間	1期(6月～9月) 2期(9月～11月) 3期(12月～2月) 9か月間
監査組	56組 183名のRM	66組 198名のRM	98組 206名のRM
監査内容	患者誤認、薬剤誤認、手術タイムアウトなど、各マニュアル内容の質問と5S 41種類監査表	患者誤認、薬剤誤認、手術タイムアウトなど、各マニュアル内容の質問と5S 52種類監査表	第Ⅰ期・Ⅱ期・Ⅲ期別にテーマを決めた質問項目を一律に行なう。 マニュアルの確認指導と5S
監査時間平均	2部署監査 平均 約1時間	2部署監査 平均 約1時間	2部署監査 40分 2013年度、監査者をRM以外の職員

2. 主体的に取り組む KYT

KYTとは「危険予知トレーニング」の頭文字をとった略称で、中央労働災害防止協会で推奨されている「気づき」のトレーニングである。看護師の集合教育でKYTを行っていたが、各部署の臨床現場でKYTを行ない危機の予知能力を高める現場教育が必要であると考え2012年より「主体的に取り組むKYT」を推奨してきた（写真1）。事故防止マニュアルにKYTの進め方を紹介し、医療安全推進室やPS委員が現場へ出向き、6～8人の小グループで、短時間でできる気づきのトレーニングとして働きかけ、現場でKYTのファシリテーターを育成した。KYT活動を積極的に行なっている部署はRMが集まる各会議で報告し、手本となる部署のKYT活動を紹介した。

「気づき」からリスク感性が磨かれるトレーニングは、リスク感性が弱い自分に気づくことが出き、危険を予知して行動する意義を学ぶ機会として貴重な教育場面となった。KYT活動は毎週、毎月、繰り返し各

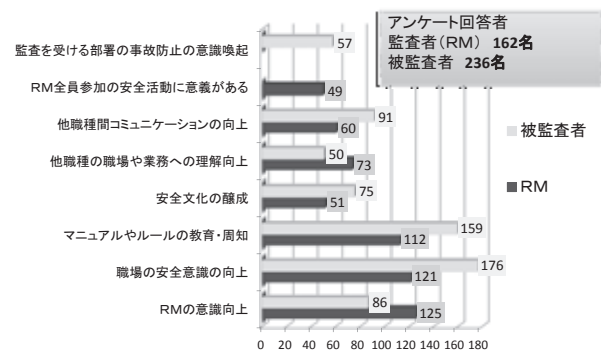


図7. 全 RM ラウンドアンケート結果

病棟



リハビリ



写真1. KYT の場面

部署で行われるようになり、看護師だけでなく、放射線技師、リハビリ、検査技師など多くの職員も主体的に KYT 活動を自部署で積極的に行うようになった。

3. 医療安全講座

2014 年度より「医療安全講座」と称した全職員対象の医療安全研修を計画し実施した。「医療安全講座」は毎月テーマを決めて年 10 か月間、1 つのテーマについて月に 6 回開催している。テーマは事故防止マニュアルの重要ポイントや多職種が興味を持って聴講しやすい内容とした。勤務終了後の 17 時 15 分を開始時間とし、全職員が主体的に参加できるように呼びかけた。講師は各部署からの中堅リーダーが担っている。「医療安全講座」は多職種の職員が講師となる短時間研修であり（1 回の研修時間は 20 分・質疑応答 10 分）テーマ毎に複数回開催することで、研修参加率を上げることができた。年間で 1 回でも医療安全講座に参加した職員は全職員の約 70% であった（2014 年度）。職種別参加率では 80% 以上が看護師（85.6%）、薬剤師（92.6%）、臨床検査技師（92.1%）、栄養課（100%）、臨床工学技師（96.6%）であり、医師の参加率は 41.2% であった。また、講師のアンケートからは「講師として講義することで、医療安全マニュアルを理解できた」と答えた人が 96% であった。「学習のピラミッド」（山本，2011，66-67）によると一番学習効果が高いのは「他人に教える」方法であると言われており、「医療安全講座」は効果的な安全教育として位置づけられた。2015 年度は医師の講師担当者を増員している。

IV. 危機管理意識の高い RM が継続して取り組む医療安全推進活動の意義

「人はエラーをする」というヒューマンエラーを前提で取り組むのが組織の医療安全推進活動である。しかし、どんなにいろいろな取り組みをしても、個人がバラバラでは組織としての医療安全は守れない。「一寸先は闇」でありいつ大きな医療事故が起きるかわからない。

「医療安全の監査の時だけルールを守ればいだろう」「医療安全研修に最初だけ出席して抜ける」という社会的手抜きや、形式的、形骸的、上辺だけの行動は組織人として、また医療人としてあってはいけな

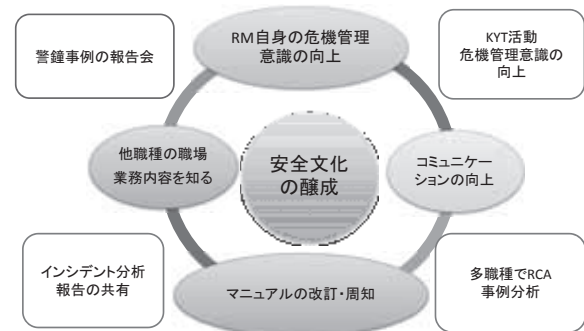


図8. 医療安全活動によるチーム医療の推進

行動である。患者の安全のために、また自分を守るために医療人として「医療安全」に対してリスク感性を高めようという気持ちがないと組織の安全文化は守れない。また自らが医療事故を意識して一貫した行動を継続しなければ安全文化は崩れてしまう。

危機意識の高い RM が主体的にリーダーシップをとって事故防止活動に取り組むことでリスク感性の高い人が育ち他の手本となり、その影響力が水面に生じた波紋のように大きな輪になって組織全体に伝わり、医療安全に関する知識や技術、判断力、そしてチームコミュニケーション力の高い人材が自然と増えていくことが望まれる。活動を継続していくにはチーム全体で1つ1つのインシデントを振り返り問題解決に向けて取り組む姿勢と RM の地道な働きかけが大切である。医療安全の活動は継続することに意義がある（図8）。

「知識や技術は個人の努力により向上がはかれるが、患者の安全は個人の努力では限界がある。組織全体のガバナンスが構築されない限り保てない」と徳永（2007）は述べている。ガバナンスとは、共有された目標に向けて、さまざまなメンバーが取り組む状態である。組織で取り組む医療安全は、243 名の全 RM と職種や部門を超えて協働できるガバナンスの確立が鍵である。医療安全推進室と PS 委員会が医療安全管理の司令塔になり、全 RM がリーダーシップをとっていけるように働きかけ、お互いにコミュニケーションをうまくとりながら、支え合い、協力し合い、助け合う風土を築いていけるとよい。医療安全の安全文化を醸成していくためには、医療安全管理部門と RM の活動の歯車をしっかり噛み合わせて同じ目標に向かってチーム力を高めていくことが重要である。

文献

- エドガー・デール Edgar Dale 有光成徳訳 (1946).
Audio-Visual method in teaching 学習指導における聴視覚的方法, (1950), 政経タイムズ社出版部
- ジェームズ・リーズン. (2011). 組織事故とレジリエンス日科枝連
- ジョン・P・コッター. (1999). リーダーシップ論いま何をすべきか (ダイヤモンド・ハーバード・ビジネス経営論集). ダイヤモンド社
- ジョン・P・コッター / ホルガー・ラスゲバー. (2007). かもめになったペンギン. ダイヤモンド社
- ジョセフ・L パダラッコ. (2008). 静かなリーダーシップ翔泳社
- 徳永秀吉 (2007). 医療安全管理者の専門性と業務の実際 医療安全 No13, 日本医療マネジメント学会 Gakken, 15-16
- 山本富美子 (2011). 明快で論理的な談話に見られる具体化・抽象化操作—Edgar DALE の「経験の円錐」の論理的認知プロセスをめぐって. アカデミック・ジャパニーズ・ジャーナル 3, 66-67

資料 1. 有害事象の報告書の提出

【有害事象報告書の提出について】

1. 第一報 有害事象発生後に医療安全推進室に電話報告
2. 第二報 有害事象報告書のメール提出（メール報告：48 時間以内）
報告者は、有害事象報告書の第二報の「現場での事後処理」までを記載し、メール添付（anzen@nagoya2.jrc.or.jp）にて医療安全推進室へ提出する。（医療安全推進室での速やかな事実確認が必要なため）
3. 第三報 有害事象報告書の書類提出（正式書類の提出：1 週間以内）
有害事象報告書の第三報「診療科/部署の見解」欄の記載と代表 RM と所属長の押印を得た後、医療安全推進室へ正式書類として提出する。

【有害事象報告の意義】

患者に有害事象が起きた場合、その行為が医療過誤で有るか無いかに関わらず、医療行為によって患者に被害が発生した事例（原則、レベル 3b 以上）を報告していただいています。

1. 速やかな電話での一報

医療者が過誤でないと認識していても、患者・家族側からするとそうではない場合があります。その場合、医療安全推進室では、早期に問題の情報を収集し、関係者と共同で対応をしています。**報告が必要と判断した場合は、まず医療安全推進室へ電話で一報をお願いいたします。**また関係者はメール、文書での報告を速やかにお願いいたします。早期に対策を講じ、病院全体、チーム全体で医療コンフリクトを防止していくことで、医療スタッフを守っていくことにつながります。

2. 警鐘事例として報告

患者への有害事象は、当事者個々の責任を追及するものではなく、**事故の本質を見極めることが重要となります。**有害事象発生の背景に潜む問題は何か、その背景にはどのような要因があったかを探求して改善する必要があります。警鐘事例は対策を立て共有することが重要です。インシデントの報告から患者への影響度が「レベル 3a」で報告された場合でも警鐘的事例と判断した場合は「有害事象報告書」として報告していただく場合があります。

3. 有害事象検討会

従来、報告内容の中には、事故の要因や改善策が単に注意喚起にとどまっているものがあります。また、事故に至った経緯が明確に記載されていない場合や、不足している場合があります。医療安全推進室では、報告された「有害事象報告書」の概要、要因、改善策を基に分析を行なっています。

各所属の RM と所属長は、報告書内容を確認する時に、関与者と一緒に要因と背景の事実確認を行い、対策に向けて取り組んでいただきますようお願い致します。また、**事例内容によっては、関係者と医療安全推進室と共同で「有害事象検討会」を開催しています。**

名古屋第二赤十字病院