

特集

## 看護師のためのチーム医療およびリスク管理

野島 三千代

福岡大学病院 医療安全管理部 医療安全管理者

Team approach in medical care for Nurse and risk management

Michiyo NOJIMA

Safety administrator Fukuoka University

### 【要旨】

医療の場は多くの専門職の集まりである。安全で質の高い医療の提供には、チーム医療が重要なことは言うまでも無いが、チーム医療とは分業という解釈ではなく、多職種連携、部門内と部門間の情報の伝達や共有が基本と考える。病院では安全管理体制が整えられ、セーフティマネジメントを推進するために、医療安全管理部がある。今回は医療安全管理者としての施設内での役割や課題と、安全なチーム医療の展開のために何が必要か、主にヒューマンエラー対策としてのノンテクニカルスキルについて述べる。

キーワード： チーム医療、医療安全管理者、ヒューマンエラー対策、ノンテクニカルスキル



野島 三千代

### はじめに

医療機関の特性に応じた医療安全管理体制が義務付けられて10年が経過した。発端となったのは1999年の複数病院における医療事故報道であった<sup>1)</sup>。それは、高度な医療を提供し地域からも信頼や評判の高い施設で起こった医療事故であったため衝撃も大きかった事例である。同年に米国医学研究所が公表した「To Err is Human: Building a Safer Health System」(医療上のエラーに関する報告書)が発表された。この年から、我が国の医療安全対策が大きく動き、現在では、全ての医療機関で医療安全体制は整えられている。当院においても医療安全管理の組織化や事例分析、職員教育などの面で10年の取り組みの成果を実感している。このような時期に筆者は平成25年4月から医療安全管理者を任命された。当院で実施している医療安全管理活動に関する現状と、チームとして医療の質を高めていくための今後の課題について述べる。

### 1. 医療安全管理者の課題

我が国の医療安全施策は「To Err is Human」以降変わったと言える<sup>2)</sup>。それまでは医療事故は個人の問題である、個人の注意で防ぐことができるという、個人の責任追及の考えが主流であった。現在は、医療事故は起こりうることであり、事故防止には組織全体のあり方やシステムの改善こそが重要であるという考え方である。同時に安全管理の目標は、「紛争を防ぎ組織の損失を減少させる」ことから、「エラーを防ぎ事故を防止すること」へ変化し、「医療の質管理」を重要視するようになってきた。2001年は医療安全推進年とされ、その後、第5次医療法改正までの数年間で、全ての医療機関に医療安全管理体制が義務づけられた。医療の安全確保が、医療機関の主体的な取り組みから、国家政策として取り上げられたと言える。医療安全政策の具体的な内容は、①安全管理のための指針の策定、②安全管理のための委員会の設置、③安全管理のための職員研修の実施、④事故報告等の医療に係る安全の確保を目的とした改善のための方策、の4項目が定められたことである。また当院のような特定機能病院では①専

任の医療安全管理者の配置，②安全管理を行う部門の設置，③患者からの安全管理に係る相談に適切に応じる体制の確保が課せられた。

当院の安全管理部構成員は，副病院長である医療安全管理部長1名，看護職の医療安全管理者専従1名，専任1名，事務職員4名である。医療安全管理者の業務は，①医療安全管理体制の構築。安全管理委員会や安全管理部の運営と安全管理に関する組織活動の評価と調整を行う。②医療安全に関する職員の教育・研修の実施。職種横断的

な医療安全活動の推進や部門を超えた連携を行い，職員教育，研修の企画，実施，評価と改善を行う。③医療事故を防止するための情報収集，分析，対策立案。医療事故やインシデント情報，患者家族からの相談苦情，院内巡視情報収集，各種委員会議事録作成を行う。また事例の事実確認と医療事故の発生予防，再発防止に向けた分析を行う。④安全の確保に関する施策の立案。収集した情報や事例の分析に基づき，医療安全に関する情報，知識を活用し安全確保のための対策の立案と周知，評価を行う。⑤医療事故への対応。医療事故に対する事前対応の職員教育，発生時の初動対応，事実の確認や担当者の支援を行う。事故調査委員会の運営や報告書の作成と再発防止対策の周知，評価を行う。⑥安全管理文化の醸成。等がある。

J・Reasonは安全な文化を情報に立脚した文化と呼び，その要素として，①報告する文化，②公正な文化，③柔軟な文化，④学習する文化の4つを上げている<sup>2)</sup>。図1は当院の年次別のインシデント報告件数である。グラフのように年ごとに報告件数が増加しており，報告する文化は定着してきた。また報告を上げる職種も，看護職以外の医師やメディカルスタッフからの報告が増えている。これは組織の中で安全に関する価値が共有され，報告した人が罰せられることなく適切に取り扱われているという文化が定着してきていることの証であると実感する。今後も患者安全が最も優先されるという価値観と安全管理の目標を，職員全員が共有し，部門や部署の管理者と共に安全文化の醸成を推進していく必要があると考えている。

医療・看護は，サービスの基本的特性である無形性，生産と消費の同時性，結果と過程の等価的重要性，顧客との共同生産と言った特徴を持つ<sup>3)</sup>。医療は産業としては第3次産業の中のサービス業に分類されている。しかし提供者と受け手の間の情報の非対称性や状況の予測が困難というなかで，医療を提供する人と利用者の認識は決して一致しているとは言えない。その結果が，外来待ち時間やインフォームドコンセント，職員の対応に対するクレームと言った形で，問題提起される。図2にクレーム件数（直接来室と電話）を示す。患者さんと医療者が会える場面を「真実の瞬間」と呼ぶが，医療安全の視点でも真実の瞬間の質を高める活動が今後の大きな課題の1つである。

我が国が他に類を見ない高齢化社会となったことは周知の事実であるが，病院内においても前例のない高齢化社会である。急性期病院は高齢者収容施設としての機能を整える必要がある。図3に当院の過去4年間の，在院患者延べ数あたりの転

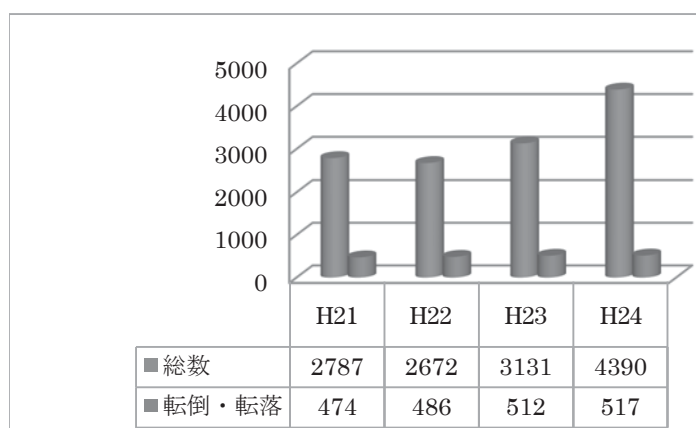


図1. インシデント報告件数

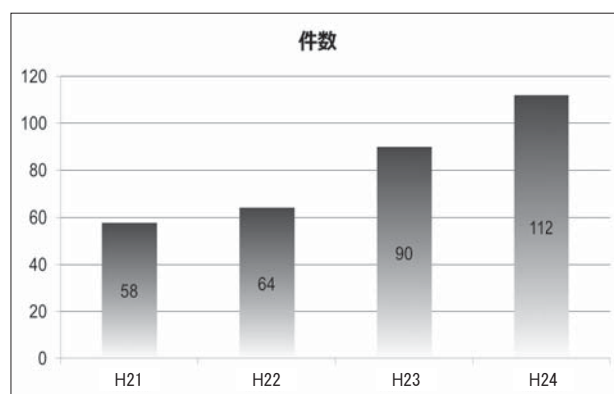


図2. クレーム・ご意見件数（電話・来室）

倒転落発生率と入院患者延べ数に占める70歳以上の患者の割合を示す。平成25年度は上半期のデータであるが、年を追うごとに70歳以上の占める割合が増えていることが分かる。平成25年10月は単月ではあるが入院患者の半数が75歳以上という病棟もあった。このことはリスク管理をする上で最も注意すべき課題の1つである。高齢者の特徴は、加齢による変化である身体機能の低下、抵抗力免疫力の低下、栄養状態の低下、認知機能の低下などがありそれらは即 ADL（Activities of Daily Living: 日常基本動作）、QOL（Quality of Life: 生活の質）に影響する。また多重疾患を抱え、転倒、骨折、褥瘡等も増加してく

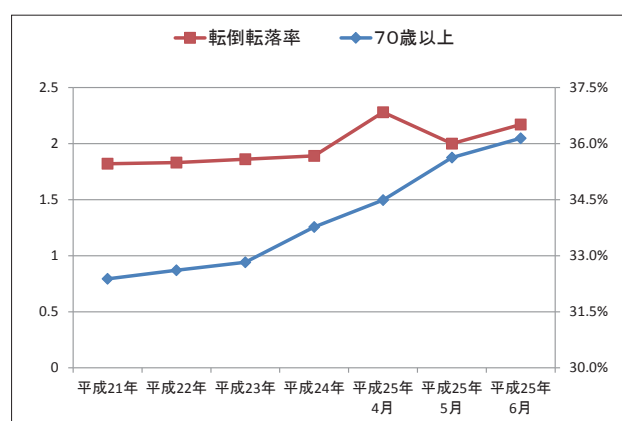


図3. 当院における転倒転落発生率と70歳以上の入院患者率

る。リスク管理の視点でも患者参加型の医療を実践する上でも、患者さんの協力は欠かすことのできないものである。薬剤の確認、検査間違いの防止、患者誤認防止、転倒転落防止、誤嚥窒息防止、説明と同意を得るための方法など多岐にわたる安全管理対策を、更にきめ細やかに実施していくことが求められている。入院期間が短縮され密度の濃い医療が日々展開されている中で、対象に応じた方法でどのように患者安全を優先する医療を行うかが大きな課題である。

## 2. 人間の特性とヒューマンエラー対策

ヒューマンエラーとは「意図しない結果を生じる人間の行為」と定義されている<sup>4)</sup>。医療現場は全て人が行う行為であり、リスクのみが存在する場所と言われ、ヒューマンエラーを起こす人間の特性を理解したうえでリスクを下げるための対策が求められる。河野龍太郎氏は、人間の特性については、①思い込み、②不注意、③忘却、④ルールの違反、⑤チームによるエラー等をあげている<sup>4)</sup>。人間の特性を知った上での戦略的エラー対策の考え方は、①やめる（なくす）、②できないようにする、③わかりやすくする、④やりやすくする、⑤知覚させる、⑥予測をさせる、⑦安全優先の判断をさせる、⑧能力を持たせる、⑨自分でエラーを発見させる、⑩エラーを検出する、⑪エラーに備える、以上がある。当院でも使用する材料の選定や、KYT（危険予知トレーニング）、指差し声出し確認、ダブルチェック、チェックリストの使用、5S活動（整理、整頓、清掃、清潔、躰（習慣））の推進などを積極的に行い、実践と教育の両面から医療安全対策に取り組んでいる。たとえば注射器は、静脈内に使用する注射器と栄養チューブ類に使用する注射器の色と接続部のサイズを区別し、誤って栄養剤を血管内に注射しようとしても接続できないタイプにしている。患者誤認防止のためには、患者参画を前提に患者さんにフルネームで名前を名乗ってもらう。注射を行う場合も、使用する薬剤に表示したラベルを患者さんと一緒に声に出して確認する。安全管理やリスク感性を高めるための職員教育は、毎月1回全職員対象の全体教育と少人数でスキルアップを図るためのセミナーを企画実施している。しかし、それだけでは事故防止ができないことも事実である。インシデントの大半はヒューマンエラーと言われており、今後もリスクを減らしていくための方策が重要であると考えている。

## 3. 医療安全に必要なノンテクニカルスキル

医療安全は個人の問題ではなく組織の問題として解決策に取り組む必要がある。安全文化の醸成は、組織が安全に対する価値を共有し目標達成に向かう地道で最も重要な活動の一つであり、組織としての課題でもある。

インシデントや医療事故発生要因としてはシステムエラー対策のみならず職種間のコミュニケーションやチーム力などヒューマンエラー対策が重要であるといわれる。医療は多くの専門職が患者さんと協



働することで、1人1人に最も適切な医療が提供され、安全で質の高い、患者さんにとっても満足のいく結果が得られる。専門職のテクニカルスキルを補い安全で効率的な仕事を行うための認知能力、社会能力、人的資源をうまく活用できる技術として、ノンテクニカルスキルの重要性がある。ノンテクニカルスキルには、コミュニケーション、チームワーク、リーダーシップ、状況認識、意思決定などが含まれ、チーム医療を行う上での不可欠なスキルである<sup>5)</sup>。大きな組織になればなるほど、職種間の細やかな連携をどのように取っていくかが課題である。簡単

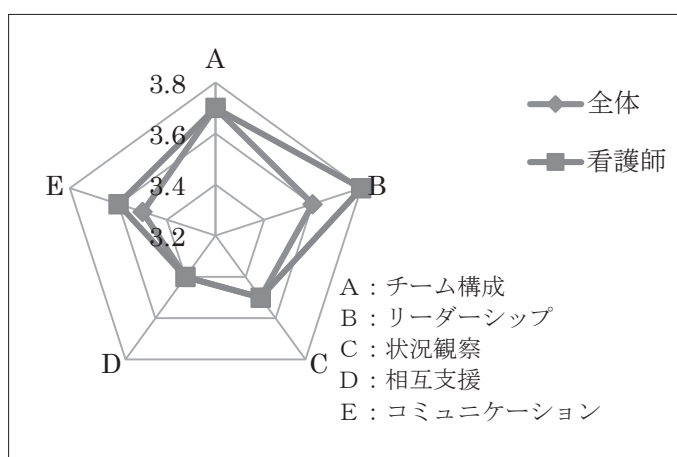


図4. チームワーク自己評価結果

に越えられない組織の壁や、意見を自由に言い合えないような組織風土があることも事実である。そのような時に Team STEPPS の存在を知った。これは、「医療の成果と患者の安全を高めるためにチームで取り組む戦略と方法」と訳され、米国防省や航空業界などの事故対策エビデンスをもとにアメリカで開発されたツールである<sup>6)</sup>。この Team STEPPS の概念の重要なキーワードである「チーム医療」「チームワーク」「患者安全」を同一線上で捉えた医療安全推進活動の実践が必要だと考えた。Team STEPPS が作成した、科学的根拠に基づく医療安全文化やチームワーク状況評価するためのアンケートがある。これには、部署内のチームワークを測定する質問紙 (T-TPQ) と、個人のチームワークに対する考え方を測定する質問紙 (T-TAQ) の2通りがあり、質問紙は①チーム構成②リーダーシップ③状況観察④相互支援⑤コミュニケーションの5つのカテゴリで構成されている。平成25年8月に院内のセーフティマネージャ会で調査を行った。セーフティマネージャ会の構成員は各診療科の医師、薬剤師、栄養士、検査技師、放射線技師、理学療法士など診療部の現場責任者、事務職の現場責任者と看護師長で総勢100名程度である。図4に、その結果の一部として、全体平均と看護師長の平均を示す。チーム構成・リーダーシップに比べコミュニケーション・相互支援に関する評価が低いことが分かる。この結果にもとづき、セーフティマネージャ会では、多職種による小グループを編成し、グループワークの時間を設けた。テーマはインシデント事例や問題の起こった場面を提示し、参加メンバーが自分の意見を自由に言い合う場とした。何か答えを出すというより同じテーマ（問題）について、立場や職種の違う者同士が共に考え相手の言葉に耳を傾け、よりよい解決策を話し合う場になれば良いと考えた。グループワークは15分程度であるが、全員が大きな声でワイワイと話し合う活気ある時間となっている。今後、他職種間の円滑なコミュニケーションが発展し、組織横断的活動が取れる組織風土となることで安全管理が更に推進されることが考えられる。

## おわりに

筆者が医療安全管理者として活動する中での現状と課題を述べた。病院のような専門職集団による組織では、外部顧客満足（患者満足度）と同時に内部顧客満足（職員満足度）は重要である。各人がリーダーシップを発揮し、それぞれの職種が自律し、職種を超えた連携や協力関係が取れているような組織となることをめざして日々の活動を続けていきたい。

## 参考文献

- 1) 坂本すが他：5 日間で学ぶ医療安全超入門，学研，2013.
- 2) 井部俊子・中西睦他：看護マネジメント論，日本看護協会出版会，2011
- 3) 井部俊子・中西睦子他：看護経営・経済論，日本看護協会出版会，2011
- 4) 河野龍太郎：医療におけるヒューマンエラー なぜ間違えるどう防ぐ，医学書院，2011
- 5) 中島和江他：医療チームの安全を支えるノンテクニカルスキル，大阪大学医学部附属病院 中央クオリティマネジメント部，2013.
- 6) 落合和徳他：チームステップス医療安全日本版，東京慈恵会医科大学附属病院 医療安全管理部，2012