

病院価値向上のための医療事故防止対策

東京メディカルリスク研究会（座長：マイルストーン経営代表取締役・塩谷 佳紀）

医療事故防止対策グループ

横田 富美子、鈴木 昌行、岩脇 一生、原 陽一

はじめに

日本では欧米の先進諸国と比較して先端的な研究や治療が行われているにもかかわらず国や自治体レベルの患者安全事業、病院のリスクマネジメントは立ち遅れている。まず初めに今回の研究では、病院におけるリスク特性を十分に理解し、医療安全管理体制の進め方に工夫をすれば、事故発生が少ない＝質の高い病院のリスクマネジメントを構築できると考えた。また背景として、病院での事故報告体制と医療安全管理における活動は、平成14年の医療法施行規則の改正と診療報酬制度における入院費の減算が決定してから、ほとんどの病院で取り込まれるようになってきている。しかし、その内容は病院ごとにバラツキが多い。経済的なインセンティブにより、患者の安全管理が拡大したことは残念であったが、病院という専門職種の組織的なマネジメントを、一部の幹部職員から全職員参加型、患者参加型に再構築できる契機となったと考えられる。そこで、今回の研究では病院の医療訴訟リスクの低減だけでなく、どのように医療の質を支えるインフラとしての医療安全管理体制を確立するか、そして最終的に医療安全管理体制が病院をどのように変える可能性があるかを提言する。

しかし、チーム医療の展開が不可欠とされながら、依然として医師には診療における裁量権という不可侵の領域がある。本来、患者安全管理は専門職ごとにあった領界意識を取り払い、病院全体の組織的マネジメントを問われるものである。そして、医療事故が訴訟としてメディアに取り上げられるようになったことを忘れてはならない。従来と比較すれば、患者側ではインターネットの普及により、医療に関する情報が簡単に手に入るようになった。そのため、病院や治療方法に対する患者の意識は変化しつつある。そのような医療を取り巻く環境変化を前提に本研究の要旨を述べる。

研究対象となった病院の概要

当研究会は実例を研究することによって、単なる机上の理論ではなく、病院やコンサルタントの現場で実際に役立つ内容を目指すこととした。この研究の対象となったA病院は大都市近郊のベッドタウンであるB市（人口67万人）の中心部にあり、戦後まもなく設立された歴史のある医療機関である。病床数は70床で急性期に分類され、診療科目は外科、内科、小児科、整形外科、循環器科、リウマチ科、リハビリテーション科と多様な総合病院である。職員数は107名で、内訳は医師（非常勤含む）17名、看護師30名、准看護師11名、補助8名、レントゲン技師6名、臨床検査技師4名、薬剤師4名、理学療法士2名、ク

ラーク3名、事務員18名、その他4名である。診療圏はB市と近隣市で、患者の割合は市内が約70%となっている。A病院は医療事故防止に関して課題を抱えている。しかし、図表①のA病院のインシデント・アクシデントレポートの分類と影響度にもあるように誤薬、患者誤認等で小事故が頻発しており、ハイリッヒの法則に従えば、患者の生命に関わる大事故に繋がる恐れがある為、早急に医療事故防止対策を立てることになった。当研究会は病院から14年度分インシデントレポート42枚を提供してもらい、RCA（Root Cause Analysis）により分析することにした。また、インシデントレポートの記載情報が少なく、事故がマニュアルに沿った診療によって起こったのか、マニュアルに従わずに起こったのか不明であり、病院施設の状況も把握する必要から、2度に渡り現地調査を実施した。病院側の対応者は事務長、次長、看護部長、看護副部長で、病室、ナースステーション、薬剤室、受付等、病院施設を案内して頂き、医療事故防止対策の状況をお聞きした。これらの対応して頂いた職員の方々は皆熱意があり、システムを改善すれば事故は減少するものと確信できた。具体的な方法とは、事故分類を5つに分け、類似した事故が多いことから類型ごとに典型的な一例を抽出して、RCA方式により根本原因を探り、医療事故防止の実効を挙げることになった。

研究調査の進め方

平成14年4月1日～平成15年3月31日の1年間に発生したヒヤリハット件数（42事例）を5段階に分類した。分類方法は、患者ダメージ度を基準とし、1. 事故を事前に回避した 2. 看護師の判断による処置を必要とする。3. 医師の指示および軽度の処置を必要とする 4. 数日間の処置が必要、または中等度の障害が残った 5. 死亡または高度な障害の5段階に分類した。その中から、最も件数の多かった患者誤認（11件）の中から警鐘的事例として一事例を抽出した。（図表①参照）

分類1：患者誤認

分類2：転倒転落

分類3：与薬エラー

分類4：処置ミス

分類5：その他

多くの病院の事故防止対策では、まず報告書の提出を重視し、量的分析（事故が何回起っているから注意して下さいといった警鐘）を行っている。しかし、実際は質的分析（事故を系統的に分析して事故の防止対策をフィードバックする）をより具体的に行う必要がある。しばらくは量的分析を行い項目ごとによいような事故が多いか、数多い報告項目について対応することが現場での理解を得やすい。しかし最終的には、質的分析が必

要である。研究では質的分析をRCA (Root Cause Analysis) を使って行うものとした。報告書は、アクシデント (=事故) とインシデント (=ヒヤリハット) の両者に対応させたもの、若しくはそれぞれに対応させたものが必要である。研究会では、A病院の事故報告書を調査し、ヒヤリハット報告書の収集が効果的に行われていないと確認できた。そこで、病院内での現地調査を実施して、事故やヒヤリハットの発生する環境や条件、報告書の不明な点など情報収集と現場での分析を行い明らかにした。その結果として、A病院の医療安全管理委員会が十分機能しておらず、病院の横断的な組織として最も重要な事故やヒヤリハットの再発防止対策を分析・検討して情報発信・情報共有する役割を果たしていなかった。

現地調査について

すでにA病院では、理念や部門の目標として安全な病院づくりを掲げていた。しかし、スタッフの一人ひとりが理念達成のためにどのように行動するか目標設定ができていなかった。一人ひとりの目標は、何を、いつまでに、どのように達成するかを出来るだけ具体的に記入することが重要であり、医療安全管理に関する目標であることが望ましい。医療安全管理活動は、多職種が関わる病院横断的な組織活動である。そのため、全病院職員の意識改革に結びつけることが出来れば、効果が組織全体に波及する契機になり得る。本来、チーム医療の展開は臨床場面での他職種によるケアを指すと思われる。患者安全管理活動は、そのような効果的なケアや高度な医療サービスを提供するためのインフラ整備と捉えることができる。

事故・ヒヤリハットの分析方法

ヒヤリハット報告は、母集団が多いほどデータの信頼性は増し、その結果を実行することは事故防止に効果が高いことは既に述べた。では、委員会はどのように報告書を分析し、報告者や現場の医療従事者にフィードバックしたらよいのだろうか。例えば「事故やヒヤリハットの報告がありました。カンファレンスで情報共有して下さい。」などといった情報伝達だけでは、委員会の役割は不十分である。そこで、A病院でチェックシートを使って事故の内容を分析し、類似の事例をまとめてSHELL分析することを提案した。しかし、分析に時間がかかることや、A病院の業務手順書 (マニュアル) に不備が多いことから業務フローを作成し、検討・改善していくRCAを行うこととした。

発生頻度にかかわらず、重大性や再発性の高い報告に対して、個別に検討する際に用いるのがRCA (Root Cause Analysis : 根本原因分析) である。RCAは米国のVA (退役軍人病院) で利用され、医療機関のシステムや診療のプロセスに焦点を当てた分析であり、改善対策に繋がるような事故の根本原因を徹底的に究明するために用いることができる。JCAHO (米国医療機関評価認証合同委員会) が推奨し、最も多くの改善策が挙げられるという評価がある手法である。

図②の通り、初めにひとつの事故についてひとつの業務フローを作成する。業務フローは最後に発生事故を記入する。そしてフローに記入された過程ごとに分析を進めていく。次に発生フローの項目ごとになぜその行動や行為をしてしまったのか、

なぜを繰り返して根本原因を探っていく。(WHYWHY分析) それを、「なぜ」が探り出せなくなるまで繰り返す。次に図③の通り、特性要因図を作成する。特性要因図は発生要因を系統別に分けて作成している。要因図に書き込まれているのは、原則的に業務フローにある事故の要因である。要因図から根本原因を決定し、図④の通り、対策案を立て、誰がいつまでに対策を実施するかなどを委員会で決める。RCAによる原因究明が、更に目的に添った形になるには「なぜ起きたのか」に加えて「なぜ防げなかったのか」の分析も十分に行う事が再発防止には必要である。病院の業務マニュアルは、いつも平常時のために作成されることが多くなる。しかし、本当に必要なのは非常時・異常時の対応をマニュアルに取り込むことである。事故やヒヤリハットから学ぶ姿勢がRCAを活用するためには重要となる。

当事例の分析結果

今回、看護業務におけるエラー発生要因は、大きく分けて以下の内容になった。

1. 看護体制に関連したエラー発生

業務量とあせる気持ちのバランスがないチームにおける連携と責任体制が明確になっていない分業を前提とした情報の伝達と確認の不備があった。

2. 看護業務の実施状況におけるエラーの発生

一連の行為を途中で他者に引き渡すという業務中断があった。

患者の状況により変化する指示の対応が求められる常時予定変更があった。

3. 看護基礎教育におけるエラー発生

准看護師の知識・技術の不足があった。

4. コミュニケーションのエラー発生

看護師同士、患者と看護師のコミュニケーション不足があった。

5. ヒューマンエラー発生

実施行動段階における確認不足と思われるヒューマンエラーがあった。分析の結果から、事故原因は以下の通りとなり、これらを具体的な改善活動に結びつける方法を提案する。

根本原因1 : 抗生剤点滴マニュアルが不十分

根本原因2 : 病院全体としての教育・研修体制がない

根本原因3 : 医療安全管理委員会の機能が明確でない

根本原因4 : 医療安全管理に関する研修会が機能していない

根本原因5 : 新人の教育体制がない

事故防止対策と改善の提案

まず、医療安全管理委員会が行う医療法施行規則第11条の全ての病院に求められる安全管理活動4項目を達成する。A病院では、事故防止委員会があるがこれを多職種で構成する医療安全管理委員会に改組し、任命式を行うなど病院全体に周知することも必要である。経営判断を行える委員が任命されることも必要である。理事長、院長、看護部長、事務長は欠かせない。

リスクマネージャー (=医療安全管理者・医療安全管理者) の任命も同時に行う。必ずしも中小病院では専任マネージャー

を配置することを必要としない。兼任であるためマネージャー会議は合議制となり、事故の分析における多彩な視点が役立つことも多い。職種も限定しない方が良い。

報告書の意義を伝えていくことは委員会の重要な使命である。他産業と違って労働力の流動性が高く、それぞれの病院で患者安全管理への取り組みは異なっている。また、報告することが、スタッフにとって不利なことがないように予め保障する。入職時オリエンテーションや年度始めの研修会で説明するなど定期的な取り組みが報告件数の増加や報告内容の向上に必要となる。

最終的に目指すのは、病院内の安全文化の確立である。そのためには、事故の予防体制の確立は必要である。報告書の内容を、全員で共有することを目的とする。利用するための報告書であり医療の質を向上できる報告書としたい。それには実践的な教育・研修が欠かせない。

組織的な問題の1要因として、マニュアル作成の不備があった。本来、マニュアルは安全な医療を提供するため、組織運営や業務を行う上で、職員がその要件を守ることが必要である。そして、手本となり実行できる手順書でなければならない。

今回の事例から、マニュアルの作成・見直し、活用方法や周知のさせ方、業務関連図、認識レベルの統一・確認、事例検証などの早急な準備が必要と思われる。そのためには、マニュアルの作成・改定・見直し時期を明確にし、年表に加えるなどの対策を考えていかなければならない。また、関連部署での運用を確認する手段としてマニュアルは各関連部署へ配布し、携帯することも考えていくことが望まれる。今後は、治療や検査に対しての患者への説明方法や用紙の作成、業務を確実に行うための業務フローシートなども作成していく必要がある。

マニュアルは、起こらないようにするための防止策だけではなく、起こりえる事態の対応も組み入れることが望まれる。マニュアルの活用は、どの場面においても使用されるものであり、システム的な感覚で当たり前だと判断することは安全な医療の提供にはならない。これらの対策を行っても、残る問題はある。その、残留リスクを確認しておく必要がある。

病院全体の教育・研修体制の構築

病院組織の特徴としてしばしば指摘されるのが「専門職の自立性」に関わる問題である。医療は様々な有資格者の連携による統合されたサービスの提供であるが、従来それは医師を頂点とした階層性の問題として組織運営上、「部門間の連携」の不足が指摘されてきた。一方専門性については各職種がそれぞれの専門分野の自立性を持つことから、集団としての統合された効果を発揮しにくいとの指摘もなされている。医療行為の目的は「患者満足」の充足というサービス行為であるので、これが経営理念に明確に示され、職員によって共有されることと、目的を達成するための人的資質（各職種）の向上が不可欠になる。

このような観点から教育研修体制は、経営戦略の問題として全体の体系が構築され、重点分野が設定されなければならない。医療の質を方向付ける診断・治療を担当する医師や、病院組織運営をサポートする事務部も看護部、薬剤部、診療技術部と並んで教育研修の対象にならなければならない。

安全管理に関する研修会

診療報酬上、下記の医療安全管理体制が未整備であると、有床診療所以上の病床施設の入院基本料が減算される。

- ①安全管理のための指針の整備
- ②医療事故等の院内報告制度の整備
- ③安全管理委員会の開催
- ④安全管理体制確保のための職員研修の開催

従って、安全管理に関する全職員の研修会は必須であり、医師会等の例示では、年2回程度とされている。A病院でも研修計画として年2回の研修が計画されているが、テーマや実施方法・様式を検討すべきである。医療安全管理委員会への改称と再編成で述べたように全職種参加の安全研修大会のようなものが考えられる。

医療安全管理者の選任と役割

医療安全管理体制の推進には、安全管理に関する知識と技能を身につけた人材（医療安全管理者＝セーフティマネージャー＝リスクマネージャー）の育成が必要である。医療安全管理者は医療安全管理委員会のメンバーとして各職種から選任され、医療安全推進の中核として以下のような役割を担う。

- ①各職場における医療安全管理、ならびに医療体制の改善についての検討及び提言
- ②医療安全管理委員会において決定した安全対策を所属職員に周知徹底することと委員会との連絡調整
- ③職員に対する「ヒヤリハット」報告の積極的な提出の励行
- ④「事故報告」、「ヒヤリハット」報告の分析と改善点の周知

医療安全管理者の養成

上記の任務を遂行する医療安全管理者（＝管理者）は、業務の円滑な遂行のためにリスクマネジメントの基礎的理解や法規等の知識以外に、下記のような資質の養成が望まれる。

- ①職種内及び職種間における円滑なコミュニケーション能力
- ②コーディネート機能
- ③アドバイザー機能
- ④コンサルティング機能
- ⑤医療安全管理ツールの活用（SHEL、RCA、4M4E等）
- ⑥情報管理能力

知識は学習すること、技能は訓練し身につけること、さらに医療安全を推進しようとする「意欲」が求められる。

リスクマネージャー養成研修

医療安全管理者養成の外部機関としては、日本医師会の「日本医師会医療安全推進者養成講座」〔年間〕、日本看護協会の「医療安全管理者（リスクマネージャー）養成研修Ⅰ・Ⅱ」、4病院協会の「医療安全管理者養成講座」等を活用することができる。

新人看護師の研修

医療職のなかでも看護師は極めて流動性の高い職種といえる。従って、新入看護師研修は教育研修体系の中に明確に位置づけて必ず経験ある看護師の指導のもと行なわれなければならない。例えば、新人オリエンテーションの励行、プリセプターシップ等の実施がある。*注：「プリセプター」＝「実地指導者」

医療安全対策の意義と今後の課題

医療安全対策の成果は医療事故の減少であるが、単に事故が起きなかったから達成されているというものでもない。事故を起こす潜在的要因は常に存在し続けているからである。また、ひとたび重大な医療事故が発生すると、病院は存続の危機を迎える。医療は患者と医療者との信頼関係の上に成立し、医療安全は信頼関係の基盤である。さらに今後医療機関はますます自院の機能を明確にし、地域の医療ニーズに応えると共に、患者に選ばれる存在になることが求められる。従って医療安全対策は医療経営の中核的問題との位置づけと認識が必要である。

このたびのRCA分析によっても、対策案はマニュアルの整備、教育研修体制、事故防止委員会の機能、等々システムやマニュアル、組織機能等、マネジメント全体に関わる問題に及んだ。従って改善提案を確実に実行するには、経営トップの医療安全に対する明確な意思表明と全面的なサポートが必要である。

そのためには、トップマネジメントのリーダーシップとそれを全職員が共有する安全文化の醸成が求められる。そして安全文化の醸成とは、達成する目標というよりは、組織をあげて取り組み継続して行く日々の過程そのものである。それは医療の質および医療経営の質向上をめざすTQMであり、それら現場知を活かす学習する組織への絶えざる邁進により、地域医療を担う信頼される医療機関としての存続発展が約束されるであろう。

【参考文献】

- ・(社)中小企業診断協会 中小病院の診断・支援マニュアル 同友館 2004
- ・Ruth Chambers・Gill Warkley 共訳：吉永成恭・小林暁峯 クリニカルガバナンス 日本医療企画 2004
- ・飯田修平 医療における総合的質経営 日科技連
- ・上原鳴夫・黒田幸清他 医療の質マネジメントシステム 日本規格協会
- ・高柳和江 よく分かる患者安全管理 日総研 2002
- ・米国医療の質評価委員会/医学研究所 医療の質 (Crossing The Quality Chasm) 日本評論社
- ・米国医療の質評価委員会/医学研究所著 人は誰でも間違える (To Err Is Human) 日本評論社
- ・村上陽一郎 安全学 青土社

図表1 A病院のインシデント・アクシデントレポートの分類と影響度

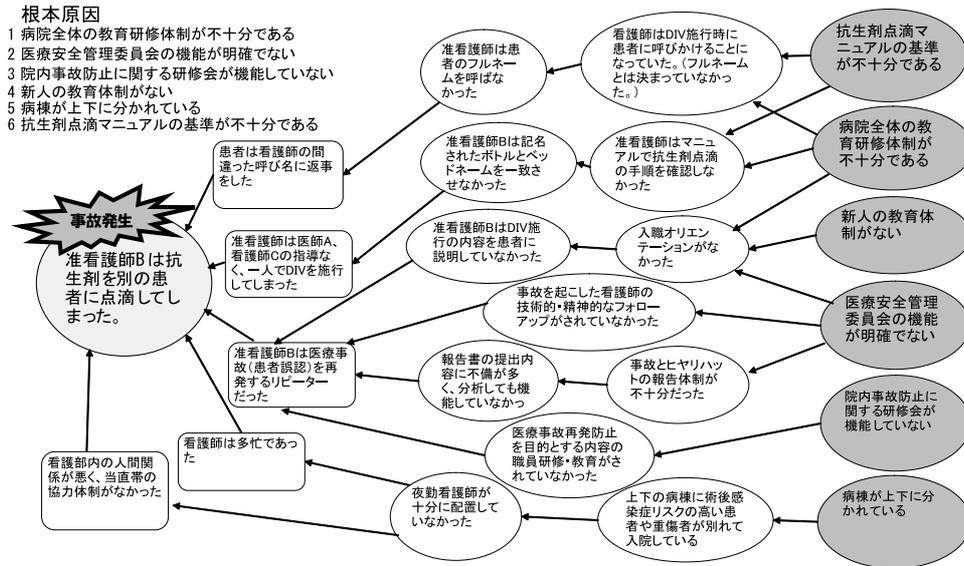
データ期間:平成14年4月～平成15年3月		報告件数	42件																																																																																																																																																																	
死亡又は高度な障害	数日間の処置が必要か、中等度の障害が残った	Dr.の指示及び軽度の処置を必要とする	看護師の判断による処置を必要とする																																																																																																																																																																	
5	4	3	2																																																																																																																																																																	
<table border="1"> <thead> <tr> <th>報告内容</th> <th>年</th> <th>月</th> <th>件数</th> <th>レポート番号</th> <th>影響度</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="10">転倒転落</td> <td rowspan="10">H14</td> <td rowspan="4">4月</td> <td rowspan="4">4</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>7</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>5月</td> <td>1</td> <td>8</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>6月</td> <td>1</td> <td>13</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>8月</td> <td>1</td> <td>18</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>9月</td> <td>1</td> <td>20</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>10月</td> <td>1</td> <td>27</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>11月</td> <td>1</td> <td>29</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>12月</td> <td>1</td> <td>35</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td rowspan="7">与薬</td> <td rowspan="7">H14</td> <td rowspan="2">4月</td> <td rowspan="2">2</td> <td>3</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>6月</td> <td>1</td> <td>15</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>8月</td> <td>1</td> <td>16</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>9月</td> <td>1</td> <td>23</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">10月</td> <td rowspan="2">2</td> <td>24</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>25</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">H15</td> <td rowspan="2"></td> <td>1月</td> <td>1</td> <td>40</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>3月</td> <td>1</td> <td>42</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td rowspan="10">患者誤認</td> <td rowspan="10">H14</td> <td rowspan="2">4月</td> <td rowspan="2"></td> <td>12</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>14</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">8月</td> <td rowspan="2">1</td> <td>17</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>22</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">9月</td> <td rowspan="2">3</td> <td>19</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>21</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>10月</td> <td>1</td> <td>26</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">11月</td> <td rowspan="2">2</td> <td>31</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>32</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>12月</td> <td>1</td> <td>34</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>H15</td> <td></td> <td>2月</td> <td>1</td> <td>41</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">針刺し</td> <td rowspan="3">H14</td> <td rowspan="2">11月</td> <td rowspan="2">2</td> <td>28</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>30</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>12月</td> <td>1</td> <td>33</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td rowspan="7">その他</td> <td rowspan="4">H14</td> <td rowspan="2">4月</td> <td rowspan="2">1</td> <td>6</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>9</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">5月</td> <td rowspan="2">3</td> <td>10</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>11</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>12月</td> <td>1</td> <td>36</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">H15</td> <td rowspan="3">1月</td> <td rowspan="3">3</td> <td>37</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>38</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>39</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>				報告内容	年	月	件数	レポート番号	影響度	転倒転落	H14	4月	4	1	2	2	2	4	2	7	2	5月	1	8	3	6月	1	13	2	8月	1	18	3	9月	1	20	2	10月	1	27	2	11月	1	29	2	12月	1	35	2	与薬	H14	4月	2	3	3	5	3	6月	1	15	3	8月	1	16	3	9月	1	23	3	10月	2	24	2	25	2	H15		1月	1	40	3	3月	1	42	3	患者誤認	H14	4月		12	3	14	3	8月	1	17	3	22	3	9月	3	19	3	21	3	10月	1	26	3	11月	2	31	2	32	2	12月	1	34	2	H15		2月	1	41	3	針刺し	H14	11月	2	28	3	30	3	12月	1	33	3	その他	H14	4月	1	6	2	9	3	5月	3	10	2	11	2	12月	1	36	2	H15	1月	3	37	3	38	2	39	2
報告内容	年	月	件数	レポート番号	影響度																																																																																																																																																															
転倒転落	H14	4月	4	1	2																																																																																																																																																															
				2	2																																																																																																																																																															
				4	2																																																																																																																																																															
				7	2																																																																																																																																																															
		5月	1	8	3																																																																																																																																																															
		6月	1	13	2																																																																																																																																																															
		8月	1	18	3																																																																																																																																																															
		9月	1	20	2																																																																																																																																																															
		10月	1	27	2																																																																																																																																																															
		11月	1	29	2																																																																																																																																																															
12月	1	35	2																																																																																																																																																																	
与薬	H14	4月	2	3	3																																																																																																																																																															
				5	3																																																																																																																																																															
		6月	1	15	3																																																																																																																																																															
		8月	1	16	3																																																																																																																																																															
		9月	1	23	3																																																																																																																																																															
		10月	2	24	2																																																																																																																																																															
				25	2																																																																																																																																																															
H15		1月	1	40	3																																																																																																																																																															
		3月	1	42	3																																																																																																																																																															
患者誤認	H14	4月		12	3																																																																																																																																																															
				14	3																																																																																																																																																															
		8月	1	17	3																																																																																																																																																															
				22	3																																																																																																																																																															
		9月	3	19	3																																																																																																																																																															
				21	3																																																																																																																																																															
		10月	1	26	3																																																																																																																																																															
		11月	2	31	2																																																																																																																																																															
				32	2																																																																																																																																																															
		12月	1	34	2																																																																																																																																																															
H15		2月	1	41	3																																																																																																																																																															
針刺し	H14	11月	2	28	3																																																																																																																																																															
				30	3																																																																																																																																																															
		12月	1	33	3																																																																																																																																																															
その他	H14	4月	1	6	2																																																																																																																																																															
				9	3																																																																																																																																																															
		5月	3	10	2																																																																																																																																																															
				11	2																																																																																																																																																															
	12月	1	36	2																																																																																																																																																																
	H15	1月	3	37	3																																																																																																																																																															
				38	2																																																																																																																																																															
39				2																																																																																																																																																																

※ 塗りつぶした中が本研究でRCAに使った事例

図表②～抗生剤点滴を別の患者に行った患者誤認事故のRCA業務フローとWHYWHY分析

業務フロー 出来事流れ図	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
Why何故 Answer答え			なぜ病棟で看護師が DIVを準備したのか？	なぜ看護師Bはフル ネームでの確認 をしなかったのか？	なぜ患者は間違っ た呼び名に返事を したのか？	なぜ看護師Bは点 滴ボトルとベッド の患者名を確認し なかったのか？	なぜ看護師の知識 が十分でなかった のか？	なぜ別の看護師が 滴下の確認をしな かったのか？	なぜ看護師Bは以 前にも同様の事 故を起こしてい ることが分った のか？
Why何故 Answer答え			A. 病棟に製剤室が ある。	A. マニュアルには フルネームの確認 を定めていなかった。	A. 患者は自分が 呼ばれたものと勘 違いした。	A. フルネーム(漢字 表記)だが、同姓同 名患者の対応はマ ニュアルになっ た。	A. 看護師の入職時 オリエンテーション がなかった。A. 病院 では十分な教育シ ステムがなかった。	A. 病棟はチーム ナーシングで間違 いを発見し難くな っていた。	A. 医療事故防止委 員会の活動があい まいで、事故の重 大性への認識がな かった。
Why何故 Answer答え			なぜ病棟にナース ステーションに製剤 室があるのか？	なぜ看護師は患者 にフルネームで名 前を言わせなかつ たのか？		なぜ同姓同名の患 者の対応について マニュアルがな かったのか？	なぜ実施の際に患 者への説明がな かったのか？	なぜチームナーシ ングでは間違いを 発見し難いのか？	なぜ病院は事故再 発防止のために技 術的・精神的なフ ォローができてな かったのか？
Why何故 Answer答え			A. 夜間の製剤が 必要なら看護師が 病棟を離れず できる。	A. マニュアルでは 患者にフルネーム を言わせること になっていなかった。		A. 看護師は暗黙の 了解で対応を知っ ており、マニュアル にする必要を感じ ていなかった。	A. 患者への説明 内容を看護師が説 明するためのマ ニュアルはなかつ た。	A. 病院の人間関 係に問題がある。	A. 病院には事故を 起こした看護師の フォローアップ体制 がなかった。
Why何故 Answer答え			なぜ看護師は病棟 を離れることができ ないのか？	なぜ患者を確認す る手段がなかった のか？		なぜマニュアルを 必要とせず、暗黙 の了解で済ませ てしまっ たのか？	なぜ看護師は一人 で確認をすること ができたのか？	なぜ病棟の人間関 係に問題がある のか？	なぜ医療事故防止 委員会はフォロー アップ体制を作っ ていないのか？
Why何故 Answer答え			A. 看護の当直体 制が少ない。	A. 1. 看護師がベ ッド ネームの確認を 怠っていた。A2. ネーム以外の検 討をしたが採用さ れなかった。		A. 院内連絡会議で 情報共有がされて おらず、部門ごと に見直ししな う。	A. 業務的に問題な いとする環境にな っている	A. 職員の入れ替 りが多く、A. 新旧 の職員間が特に仲 が良く合う雰囲気 がない。	A. 医療事故防止 委員会の活動が明 確に規定されてい ない。
Why何故 Answer答え			なぜ看護の当直人 数が少ないのか？			なぜ部門ごとに 見直しをしま うのか？			なぜ医療事故防止 委員会の活動が明 確に規定されてい ないのか？
Why何故 Answer答え			A. 病棟が上下に 分かれており、重傷 者もいるため多忙 である。			A. 病院では教育委 員会・研修委員会 などが無い。			A. 報告体制が不 十分で報告書の提 出・内容に不備が 多く機能してい ない

図表 3～抗生剤点滴を別の患者に行った患者誤認事故の特性要因図



図表④～RCA分析の結果得られた事故の対策

根本原因	対策案	いつまでに	誰が実施	追跡法
1 抗生剤点滴マニュアル(注射点滴基準・看護基準・看護手順)が不十分	口頭での指示・指示受けを禁止する。(コントロール)	即検討する	診療部と看護師	医療安全管理委員会
2 抗生剤点滴マニュアル(注射点滴基準・看護基準・看護手順)が不十分	注射点滴基準・看護基準・看護手順の作成・見直し	即検討する	診療部と看護師	医療安全管理委員会
3 病院全体としての教育・研修体制がない	現在の研修検討委員会の業務・役割を見直し、職員の教育及び人材育成の機能を付加して教育研修委員会とする。	即検討する	管理運営会議(最高意思決定機関)	院内連絡会議に定期報告
4 院内事故防止委員会の機能が明確でない	報告体制もアクシデント報告だけでなく、インシデント報告の分析と活用ができるようにして、患者安全管理活動を具体的に進行。	即検討する	医療安全管理委員会	院内連絡会議に定期報告
5 院内事故防止に関する研修会が機能していない	全職員対象の安全管理研修会を行う。院外への学会参加・年間スケジュールの作成・入職時オリエンテーションも併せて行う。	即検討する	医療安全管理委員会と教育研修委員会	年1回スケジュールを院内連絡会議に報告
6 新人の教育体制がない	入職時オリエンテーションの実施。医療安全管理委員会も必ず医療安全管理体制について説明を行う。	平成17年3月	教育研修委員会	院内連絡会議に報告
7 院内事故防止委員会(=医療安全管理委員会)の機能が明確でない	医療安全管理委員会に名称変更し、委員を辞令式にて任命し全員に周知する。委員の患者安全管理に関する業務を明確にする。	1ヶ月以内	医療安全管理委員会	院内連絡会議に報告
8 病棟が上下に分かれており看護の当直人数が十分でない	ナースステーションのある3階病棟を優先活用する。	即検討する	医療安全管理委員会	管理運営会議(最高意思決定機関)