

第2回日本赤十字看護学会学術集会 テーマセッション Ⅲ

赤十字の看護実践  
—リスクマネジメント—

Nursing Practice of Red Cross  
—Risk Management—

司会	柴田	レイ子	SHIBATA Reiko	(救世軍ブース記念病院)
	稲田	三津子	INADA Mitsuko	(日本赤十字看護大学)
話題提供者	村上	美好	MURAKAMI Miyoshi	(済生会横浜市南部病院)
	増子	ひさ江	MASHIKO Hisae	(前武蔵野赤十字病院)
指定討論者	武田	宜子	TAKEDA Nobuko	(横浜市立大学看護短期大学部)

柴田レイ子、稲田三津子

近年、手術患者の誤認、薬物の取り違い事件など、看護職が関わる重大な医療事故が連続して起こっている。これらの医療事故が従来と異なる点は、大学病院や大規模病院といった高度医療を担う医療施設で起こっていることである。このような背景を受けて、医療におけるリスクマネジメントへの関心が、医療の受け手である国民のあいだで急速に高まってきている。今回のテーマセッションは、赤十字の看護実践、とりわけリスクマネジメントについて、具体的な取り組みや視点の異なる発言などを期待して取り上げた。このセッションを契機に、赤十字の看護のみならず、看護界および医療全体におけるリスクマネジメントの課題との関連から議論が深まっていくことが期待された。

このセッションでは2人に話題を提供していただいた。まず村上氏は、リスクマネジメントの一般論を踏まえて、看護におけるリスクマネジメントについて概説された。さらに原因分析の方法について説明され、事故報告書の分析と活用の一例として、転倒・転落予測チェック表を

作成し、看護実践に活かしていると述べられた。

一方、増子氏は、非日常的に遭遇するリスクとして、大地震を想定して、武蔵野赤十字病院の事例を通して、①危機の予測、②危機への準備、とりわけ大規模救護訓練を実施した時の学びと課題について説明された。

指定討論者の武田氏は、「リスクフリー」は幻想であり、それはどの程度であれば許容範囲なのか、安全性の指標を数字で示す必要があること、事故の原因がヒューマンエラーなのか、システムエラーなのか、きちんと分析することが重要であること、防護機能が働かなかった場合の事故発生率はどの程度なのか、統計が必要であることなど、事故が起きることを前提として考えていくことの必要性を力説された。

参加者からは、インシデント・レポートに対するフィードバックの方法や、第一線で働く看護職の判断力をどのように育成していくのか、事故報告書をどのように活かすのか、などに関する質問があった。また、リスクマネジメントにおいては、特に看護職としての倫理性が重要

であり、とりわけ教育に携わる者の、この点に関する学生への指導がより必要ではないか、との現場の看護職からの指摘、及び教育関係者への要望があった。

本セッションは、現在、看護現場においては最も関心の高いテーマの1つであるリスクマネジメントということもあり、多数の参加者が熱心に議論に加わり、ここでの学びを現場に持ち帰り、看護実践に活かしていきたい、という熱い思いが伝わった2時間30分であった。

今後は、今回のような看護の現場と教育に携わる者双方が参加し、議論を深める事ができるような場が増え、両者の利点を活かして共同研究などを行うことができれば、科学的根拠に基づく、より質の高い看護実践がさらに実現可能となってくるのではないだろうか。

最後に、今回のテーマセッションが、日頃の

看護実践を振り返る機会となればと願っている。そして、他の組織へのモデルとなることについては、自信を持って積極的に発信し、その逆に、反省すべき点は謙虚に見直し、他の組織での取り組みを参考にする等、組織間での「消耗的な競争」としてではなく、「成長的な競争」となる、一つの契機となれば幸いである。



## 平常時の病院経営における看護管理上のリスクマネジメント

村上美好

赤十字の本質的な活動から考えると、リスクマネジメントとしては人的・自然的災害状況にある人々を救護することにある。また救護員を養成するために学校、病院がある。このセッションでは看護実践という領域でもとりわけリスクマネジメントに焦点をあてているために、この点を考慮し、まず「平時における病院」での看護のリスクマネジメントにしぼって考えることにした。したがって、今回の話題提供は、①平常時の病院経営における看護管理上のリスクマネジメント、即ち、まず一般論としての総論と各論では当院の例をあげて村上が担当し、②次に増子が自然的災害発生時を想定して、赤十字の病院が組織全体で救護するという、地域住民との合同訓練の実際から得た学びと課題について担当することとした。

まず、平常時の病院経営における看護管理としてのリスクマネジメントについて、一般的な考え方と当院の例を提示しながらはじめよう。まず、リスクマネジメントと危機管理の関係で

ある。リスクマネジメントの定義と本質及び危機管理の概念と定義を紹介しておく。リスクマネジメントの定義は、「組織の使命に沿って、リスクと不確実性のもたらす悪影響を、リスクの確認、測定、リスク処理技術の選択、実施及び統制のプロセスを通じ、極小のコストで極小化するマネジメントにおけるセキュリティ機能である」(武井,2000,p.25-27)とされている。リスクマネジメントの本質については、「会社、非営利法人および官公庁の財務、法務、および社会的責任に関係がある。リスクマネジメントは公共の利益、人命の安全、環境要因、および法にかなうやり方で組織の目的を達成するために組織のさらされる純粋リスクおよび不確実性の危険を管理するための体系的な問題解決方法である。リスクマネジメントの本質は、組織本来の価値を極大化することにある」(武井,2000,p.25-27)とされている。

一方、危機の概念の定義は、「出来事(病気、政治、商業、財政等)の成り行き、または状況

における一つのターニング・ポイント、すなわち屈折点もしくは緊急な行動又は事件が将来を大きく形作る時点である」(武井,2000,p.14-17)とされている。リスクマネジメント概念の中では、「異常損失の原因」となりうる、差し迫った、または発生しつつある危険(ペリル)が危機と解釈できる。次に、危機管理の定義は、「いかなる危機にさらされても組織が生き残り、被害を極小化するために、危機を予測し、対応策をリスクコントロール中心に計画し、指示し、調整し、統制するプロセスである」(武井,2000,p.14-17)とされる。

ところで、経営の目的とリスクマネジメント、危機管理との関係を見ておく。図1をもとに、リスクマネジメントを広義の概念としてとらえ、損失発生直前、発生中、直後を危機管理とうけとめておきたい(図1)。

では、医療および看護におけるリスクマネジメントとはどういうことかを以下に述べていこう。医療におけるリスクマネジメントの目的は、「事故防止活動などを通して、組織の損失を最小に抑え、“医療の質を保証する”こと」とされている(日本看護協会,1999,p.3)。医療における

組織の損失とは、単に経済的損失だけではなく、患者・家族、来院者および職員の障害や、病院の信頼が損なわれるなどの様々な損失が考えられる。

一方、看護におけるリスクマネジメントとは、「関連部門と連携しながら、リスクマネジメントの手法を用いて、患者・家族、来院者および職員の安全と安楽を確保すること、その結果看護の質を保障し、医療の質保証に貢献すること」(日本看護協会,1999,p.4)とされている。

次にあらためて臨床における看護実践者としての役割と業務の特徴をとらえておく。看護婦に期待される3つの役割と看護業務の特徴は、以下のように考えられる。看護婦に期待する3つの役割は、①入院生活に支障がないように日常生活行動の援助をする、②必要な診療が適切に提供できるように患者、医師及び他の医療職種の支援をする、③病気や治療及び入院生活への不安や疑問に対処する、である。次に、看護業務の特徴は、①24時間交代勤務を引き継ぎによって行う、②夜間勤務が余儀なくされる、③業務の多くが他者から指示される要求を読みとることから始まる、である。

さて、日頃より私達はいろんなことを失敗しながら社会人、職業人として育ててきているが、多くの医療事故報道では、医療者側を責めるものが注目される。しかし、ようやくこの頃では、ヒューマンエラーは誰でも起こすものという認識のもとに医療者側は事故防止に努め、そのようにも報道されつつある。

もともと私は、何事かをするということは「失敗はつきもの」であるとうけとめている。自分のこれまで育ててもらったことをふりかえてみると、「一定の範囲での失敗は教育」であるという「失敗を認める寛容さの中」で働いてきた。しかし、様々な報道から反省するように医療者側の「生命に重大な影響を与えるような失敗は認めるものではない」といった意識がやや薄れ、その上、内部の自浄作用の弱体化におよんで、一般の人々の追求姿勢によっておもてにできたのが今日なのであると考える。

思うに、かつて私達が「失敗の寛容さの中で」働いていたということは、婦長をはじめとする、

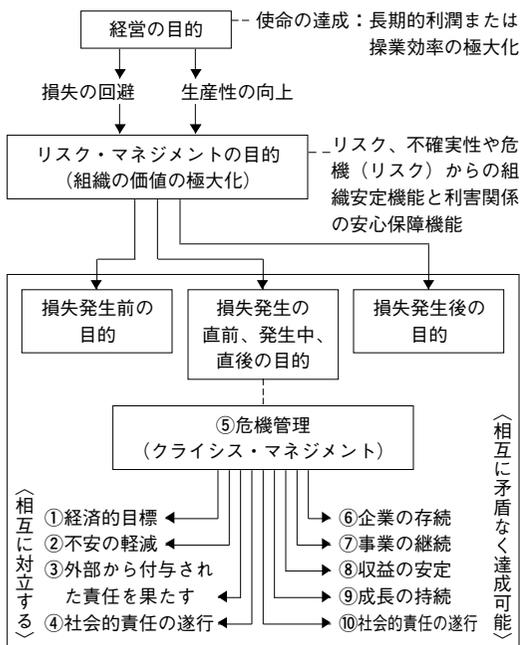


図1. 経営の目的と危機管理 (武井, 2000, 26)

先輩・ベテランの方々による、いくつもの防御機構が働いていたからではないだろうか。それが、平均在院日数の短縮化・ベッド利用率を高めるといった経営上の課題や患者の高齢化に伴う業務の繁雑・複雑化、医療技術の高度化、看護婦の基礎教育の多様化等によって新人もベテ

ランも一様に多忙となり、繁雑化して防御壁がなくなってしまう、ヒヤリハットとする失敗や事故が多発しているのではないかと実感している。

したがって、今の時代は、これまでの業務遂行の仕方ではムリが生じていることは確かで、ヒヤリ・ハットや事故について全網羅的に洗い出し、業務の見直しをする必要な時を迎えているのではないだろうか。そうした背景も含めて、今私なりの理解をして、全網羅的にインシデント・アクシデントレポートを提出させている。

表1は、2000年4月から12月の当院の中間の報告書の分類結果である(表1)。これまでも単純集計し、テーマを設定して事故防止マニュアル作成や手順の見直しをしてきたが、比較する他のデータがないために独断的にならざるをえなかった。川村(2000)の11,000件という、基礎データとしてはある意味では信頼性があるものと解釈し、それに従って分類し直した。ちなみに、こうした集計はあくまでも事故予防のための協力が得られたということと、その整理・分類であって、分析ではないことをおことわりしておきたい。

次に、リスクマネジメントプロセスと原因分析の方法に触れる。リスクマネジメントのプロセスと3つの段階については図2と図3に示した通りである(図2、図3)。図示された内容がプロセスについての理解のポイントと言える。

表1. 看護のアクシデント・インシデント事例(2000年4月～12月, 領域別収集事例数)

療養上の世話	249
転倒・転落	230
誤嚥・誤飲	1
食事に関すること(誤嚥・誤飲を除く)・経管栄養	10
熱傷・凍傷	2
抑制に関すること	0
入浴に関すること	0
排便に関すること	0
自殺・自傷	0
無断外泊・外出に関すること	1
院内での暴力・盗難	1
その他	4
医師の指示に基づく業務	267
与薬(経口薬)	65
注射・点滴・IVHなど	102
輸血	3
麻薬に関すること	11
機器類操作・モニターに関すること	8
チューブ類のはずれ・閉塞に関すること	18
検査に関すること	21
検査の患者誤認	22
手術に関すること	15
分娩に関すること 医療ガスに関すること その他	1
観察情報	4
患者観察、病態の評価に関すること	2
情報の記録、医師への連絡に関すること	1
患者・家族への説明、接遇に関すること	1
その他	5
設備、備品、環境に関すること	0
院内感染に関すること	0
その他	5
合計	525

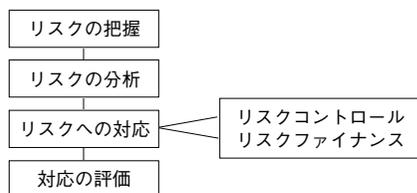


図2. リスクマネジメントのプロセス

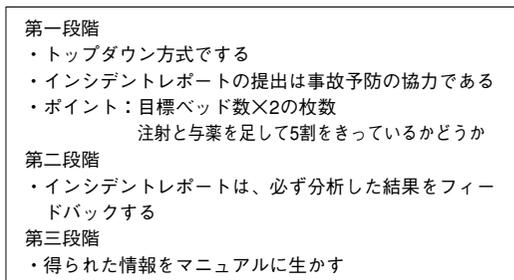


図3. リスクマネジメントの3つの段階

次に、原因分析方法であるが、いくつか代表されるものとしては、①大脳生理学を基本知見とする情報処理モデルと4M・4E方式、SHLLモデル、②認知心理学に基づく分析、③行動モニターモデルが上げられる。いずれの方法であっても、事故、ヒヤリハットについてまず時系列に記述すること、そして分析は必ず原因分析指向 (root cause analysis) であることが重要である。柳田邦男氏による2つの思考方法として、図4がよく用いられている (図4)。

ここで当院の事例から学んだことを以下に紹介しておく。当院は報告書の集計をみてもわかるように、転倒・転落が圧倒的に多い傾向にある。この結果から、看護部事故防止対策委員会が中心となって転倒・転落防止対策に取り組んできた。2年間かけて転倒・転落予測チェック表を作成し、これを用いてあらかじめ家族に説明し、標準計画に個別的対処法を書き込む様式表を作っている。手術室における温罨法による熱傷をおこした事例では、ホットパックの温度の上がり方を実験し、体温との関係を文献によって原因追求した。看護の科学性が、臨床に使えるものになっているかどうかあらためて看護技術の根拠性を問われた事故例としてうけとめている。

看護のリスクマネジメントの目的は“患者の安全・安楽”を保証することにある。日常の業務手順、処置あるいは検査手順というのは、「安全に安楽」をもって確実にすることを前提に考案され、使われているものであるはずである。従って、その手順を忠実に正確に遵守していな

おエラーをおこしたのであれば、レポートを分析し、その結果をもって、手順・マニュアルを修正・改善してゆくことが重要である。手順・マニュアルが活きたものであるということはそういうことだと考えている。そして、「注意」には限界があるので、“集中”できる、つまり意識レベルⅡからⅢのフェーズへ切りかえる要件を職場全体の中で、あるいは病院全体で考え、職務への取り組みができるようにすることが大切である。加えて、心理学を応用した輸液剤の表示のデザインなど安全な器材、機器の開発と適正な使用にむける努力が必要である。最後に、これからはリスクマネジメントとして全てをレポートする現状から、第三者機関によってでも良いが、必要とする要件を定めてレポートする方針が認められるような自浄作用力をつくことを目指してゆくことであろうと考えている。このことは恐らく、看護師1人1人の判断力を高めることであり、看護の根拠性・論理性をもつことと等しく、専門職者として、倫理性が適切であったかどうか常に自己に照らし合わせ問いつづけることを忘れてはならないことだと強調して終わりとした。

文献

川村治子 (2000). 医療のリスクマネジメントシステム構築に関する研究—平成11年度厚生科学研究費補助金—医療技術評価総合研究事業  
 日本看護協会 (1999). 組織でとりくむ医療事故防止—看護管理者のためのリスクマネジメントガイドライン—. 日本看護協会出版会.  
 武井勲 (1998). リスクマネジメントと危機管理, 中央経済社.

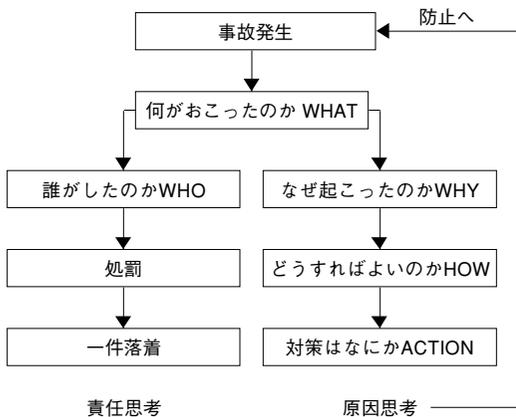


図4. 柳田による2つの思考方法



## 赤十字医療施設における危機管理

増子ひさ江

私は、赤十字の看護実践の、とりわけ赤十字医療施設における危機管理を考えていく。危機とは「異常損失の原因となりうる差し迫った、または発生しつつある危険（ペリル）」であり、危機管理とは「いかなる危機にさらされても組織が生き残り、被害を極小化するために危機を予測し、対応策をリスク・コントロール中心に計画し、組織し、指導し、調整し、統制するプロセス」(武井,2000,p.14)という。非日常的なリスクを対象とし、目的は発生した状況や被害・損害への対応である。

日本赤十字社は国の「災害救助法」等で、災害時の救助への協力義務が規定されている(日本赤十字社例規類集,1999,p.1678)。武蔵野赤十字病院では、差し迫った危険として「自然災害・地震」を想定し、1990、1995、1999年に、業務を中止して、地域や関係諸団体を巻き込んだ大規模訓練を実施した。過去最大規模となった1999年の訓練を例に、赤十字医療施設における危機管理を考える。災害における危機管理の基本理念は「生命の安全」である。

1995年1月、阪神淡路大震災が発生し、その年の7月に国土庁が防災対策の見直しを指示して以来、東京都や武蔵野市はいうまでもなく、全国的に再検討に入り、地震災害を中心に地域防災計画を発表している。災害拠点病院の指定や、消防緊急援助隊の編成、国立東京災害医療センターの設置と研修制度などは、地域防災計画の一貫である。

武蔵野赤十字病院は防災マニュアルの作り替

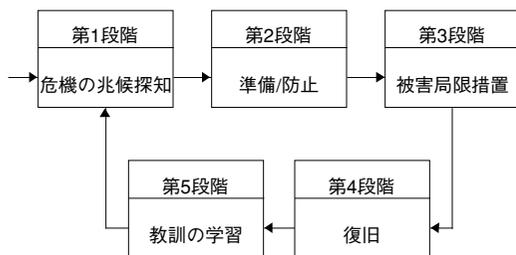


図5. 危機管理の5段階(武井,1998,19)

え作業が最終段階にきているが、この基本には、日本赤十字社からの防災業務計画、東京都支部の救護業務基本計画がある。

危機管理の段階例は図5に示す通りであるが(図5)、ここでは1段階危機の予測と2段階危機への準備、および3段階被害極限措置を、武蔵野赤十字病院の危機発生時の緊急対応訓練で考える。

東京に影響を及ぼすと考えられる地震は、相模トラフ、駿河トラフを震源とする海溝型巨大地震、東京の直下を震源とする地震などがある。東京都は東京23区・多摩地域それぞれに直下型大地震(M7.2、震度は6程度)が生じた場合の人的被害予想を立て、多摩地域では約2万人、東京都全体で15万人以上の負傷者が生じ、そのうち重傷者は1万7千人を超えると推計している。武蔵野赤十字病院の場合、震度5を超えると、1981年設立の部分に被害が予想される。危機への準備としては表2に示した項目を実施している(表2)。

次に、地域団体との共同の危機発生時緊急対応訓練を紹介する。1999年11月、日本赤十字社東京都支部(以下都支部)と合同で、18施設団体の協力を得て、約1,100名が参加した大規模救護訓練を実施した。訓練内容は、①災害対策本部設置運営および情報伝達、②院内被害状況調査・報告、③病棟等対応、④負傷者受入れ、

表2. 危機への準備(武蔵野赤十字病院の場合)

1. 危機管理体制(組織)は日常と発生時対応体制を設定している
2. 危機管理マニュアル整備
3. 危機管理対策整備点検  
(建物環境、設備、備蓄、医療材料等)
4. 常備救護班13個班の編成
5. 災害時支援ネットワーク形成  
①赤十字組織におけるネットワーク形成と支援訓練  
②地域諸団体とのネットワーク形成と支援訓練
6. 教育訓練  
①赤十字救護看護婦候補生の教育  
②救護班教育(待機、救護班派遣要請に応じ機会教育)  
③防災訓練(講演)  
④災害発生を想定した大小の対応訓練

処置、入院、後方搬送等である。参加協力機関は表4の通りであった。訓練全体に看護部門が関わり、訓練企画、災害対策本部設置運営、負傷者受入れトリアージ、治療処置エリアにおける学びと課題を整理した。代表的なものを表3に示した(表3)。

赤十字医療施設には災害時に救助の協力義務がある。災害時に緊急医療救護活動がスムーズ

**表3. 地域団体との共同の危機発生時緊急対応訓練からの学びと課題**

1. 企画および実施に当たっては、人的・物的資源の計画と予算化が必要である。
2. 本部設置運営における迅速な意思決定と情報発信の鍵は権限の委譲と明確化である。
3. 負傷者受入れで、医師のトリアージが円滑に運ぶためには、婦長の現場把握能力と指導力・調整力が有効である。
4. 治療エリアにおいては二次的トリアージ機能が発生する。資源の有効活用や経時的変化によるシステムの変更に、婦長の指導力と、日頃の柔軟なチーム行動力が効果的に発揮される。

**表4. 参加協力機関**

- 後援：東京都・武蔵野市
- 協力：東京消防庁武蔵野消防署、東京消防庁航空隊多摩航空センター、警視庁、警視庁武蔵野警察署、武蔵野市医師会、救急ヘリ病院ネットワーク、東海大学病院、武蔵野市消防団、聖徳学園高等学校 他
- 参加：日本赤十字武蔵野短期大学、赤十字ボランティア、都内赤十字施設、他 約1,200名

に行われるためには、危機への準備が十分であることと、日頃から災害を想定した実践的な救護訓練を積み重ねることが重要であることを再認識した。また看護職員は日々の仕事の中で組織的行動力が培われ有効に機能することもわかった。特に婦長は緊急時に救護活動の中心的役割を積極的に受け持ち行動していくことが期待できる。日々婦長としての役割を大切に実践していくことが、緊急時よりよく行動できる力を蓄えることになる。

**文献**

日本赤十字社例規類集(1999). 災害救助に関する厚生省と日本赤十字社との協定.  
 武井勲(1998). リスクマネジメントと危機管理, 中央経済社.



**看護のリスク管理評価における指標**

武田宜子

指定討論者として、看護のリスク管理評価における指標 (Indicators of Assessment of Risk Management in Nursing) という視点で発言する。

リスク管理に関し、村上氏は管理のプロセス、増子氏からは地域災害に対する組織的準備が話題提供されたので、病院とりわけ看護のリスク管理評価における指標について触れる。リスク管理ではリスクフリーは幻想でありいかにリス

ク要因と付き合うかということが前提で、したがってどれくらいの事故発生なら安全とみなされるか、個人制御を越えるリスクとみなされるか、目標値については社会的合意が必要となる。

リスクは、事象の生起確率と危害の重篤度を指す。生起確率に関してみると先進国の自動車事故は1~2人/年/1万人、天災は100万人に1人といわれるが、医療事故の生起確率はどの程度といわれているのであろうか。最近、医療に

おけるリスク管理が強調され始めて以来、雑誌などでその数値を見かけることはあったが、過去、日本の医療現場の事故集計は看護師によっておこなわれてきた経緯があり、医師による報告はどこまで実態に近づいているのか疑心暗鬼な気持ちもあって見過ごしてきた。私はリスク管理の専門ではないので、読みかじりの発言ではあるが、数年前に日米における看護事故調査報告をレビューしたときは、例えば、転倒の発生率では日本の看護婦による集計は全く不統一で、年間ベッド当たりの件数といった単位が確立していなかった。一方一部の米国報告では集計がこの単位で行われ、ナーシングホームでは0.3～3.6件と報告されていた。

ところで、リスク評価による看護の質評価に触れておく。まず事故発生率は、米国ナーシングホームにおける転倒発生率は施設により10倍の格差もある実状で、米国でも転倒予防のプロトコルが成熟していない実状を知ると同時に、発生率は確実にその組織のリスク管理の指標になると実感した。1つは、確率論的リスク評価である。例えばY病院における患者取り違い事件は、病棟と手術室の看護師による患者受け渡し時の取り違いに始まり、様々な確認行為をくぐり抜け、とり違えたまま手術執行に至ったものである。ある事故が次の事故に連鎖する過程とその確率という算定から見たらどうなるのであろうか。滅多に起こらない事故ではあるが、誤薬ミスと同様の土壌にあり、個々のイベントツリーの確率は結構大きいのかも知れない。米国企業ではインシデントノートを蓄積することに

よってデータベースを作っているらしいが、日本でも看護師はハットノート（インシデントデータ）と、事故報告書（アクシデントデータ）を蓄積している。にも関わらず、過去、事故報告書はもっぱら過ちを叱責・自己批判する材料にはなっても、看護事故の確率論の探求にはつながらなかった。この確率は他の事故と相対評価をうみ、看護のリスク管理評価の指標になると思われる。次に、危害の重篤度である。リスクには事故によってもたらされる危害の重篤度も含まれる。被害が及ぶ範囲と死傷者数の予測が行われると、努力の結果、被害を小さくできる。最後に、第三者評価である。日本でも病院が第三者機関にリスク評価を求めるようになり、日本医療機能評価機構に認定された病院は2001年4月現在、469施設。システムエラーが評価対象となっている。

最後に情報公開の時代、将来的には病院は事故発生率や第三者リスク評価を公開するよう要求され、患者がそれを指標に病院を選ぶことができる時代がくるであろう。

