

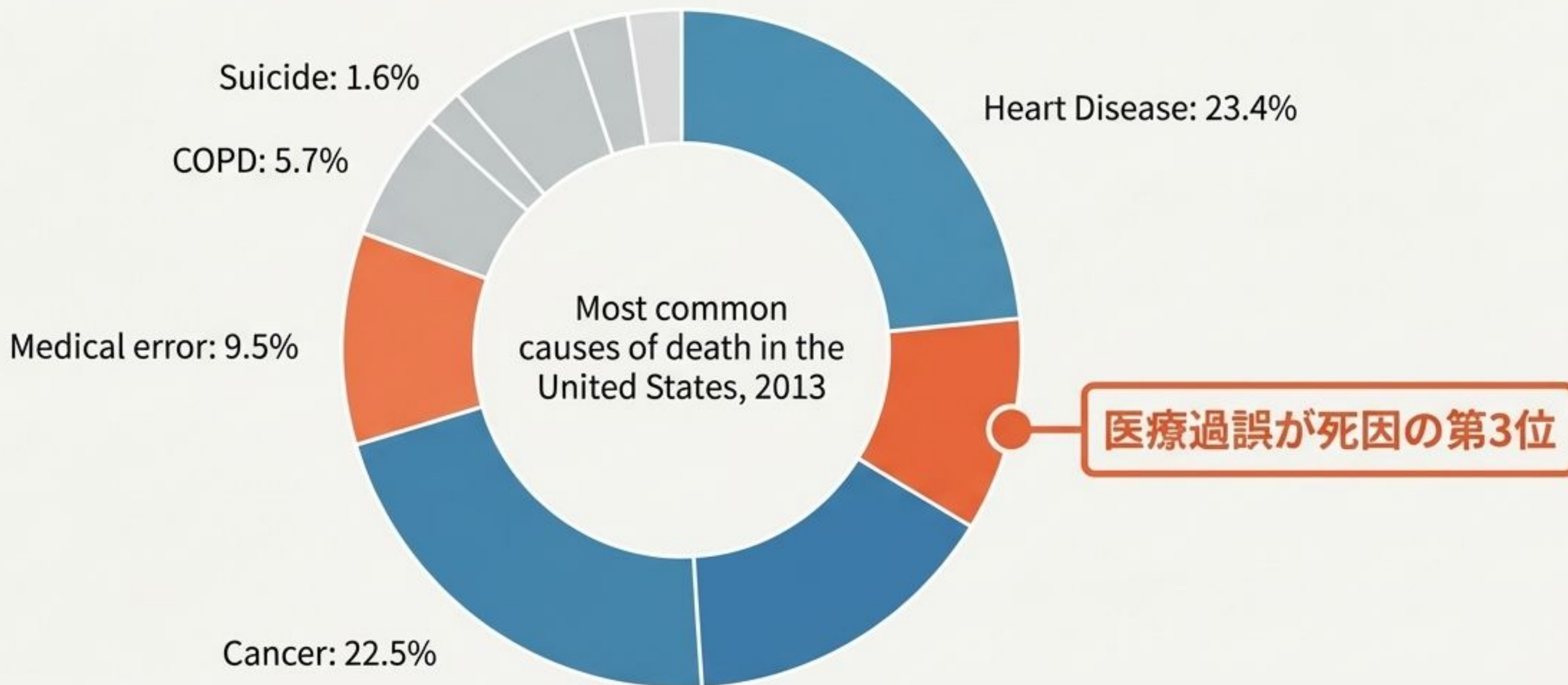
安全文化を育てるインシデントレ ポート：気づきを共有する力

会



医療における安全は、もはや「個人の努力」で達成できる領域を超えている

医療過誤は、世界的に見ても主要な死亡原因の一つです。これは個人の失敗ではなく、システム全体で向き合うべき課題であることを示唆しています。



日本の医療安全は、1999年を境に大きく転換した



1990年代の考え方

医療事故はあってはならないこと



個々の注意で防ぐことができる



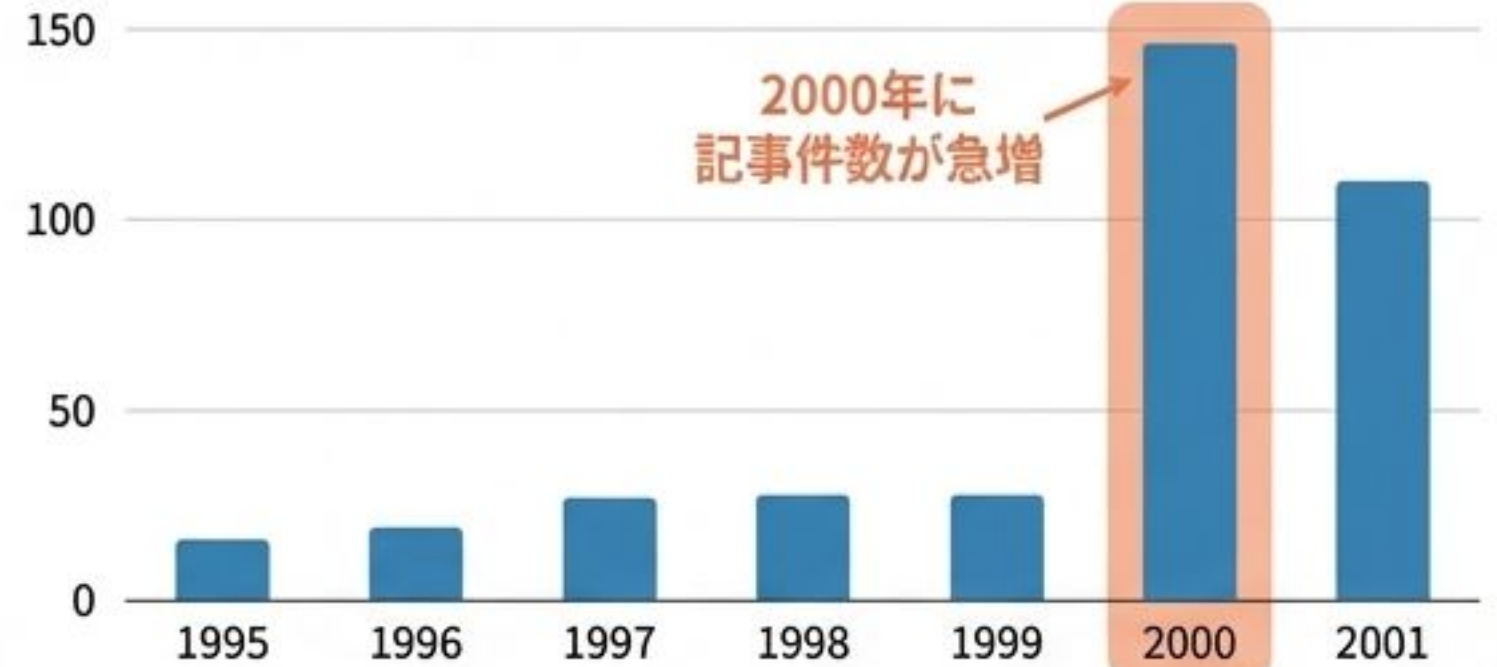
2000年以降の考え方

医療事故は起こりうること



チームや組織全体のあり方を
改善しなければ、防止できない

「医療事故」の登場記事事件数の推移（1995-2001）



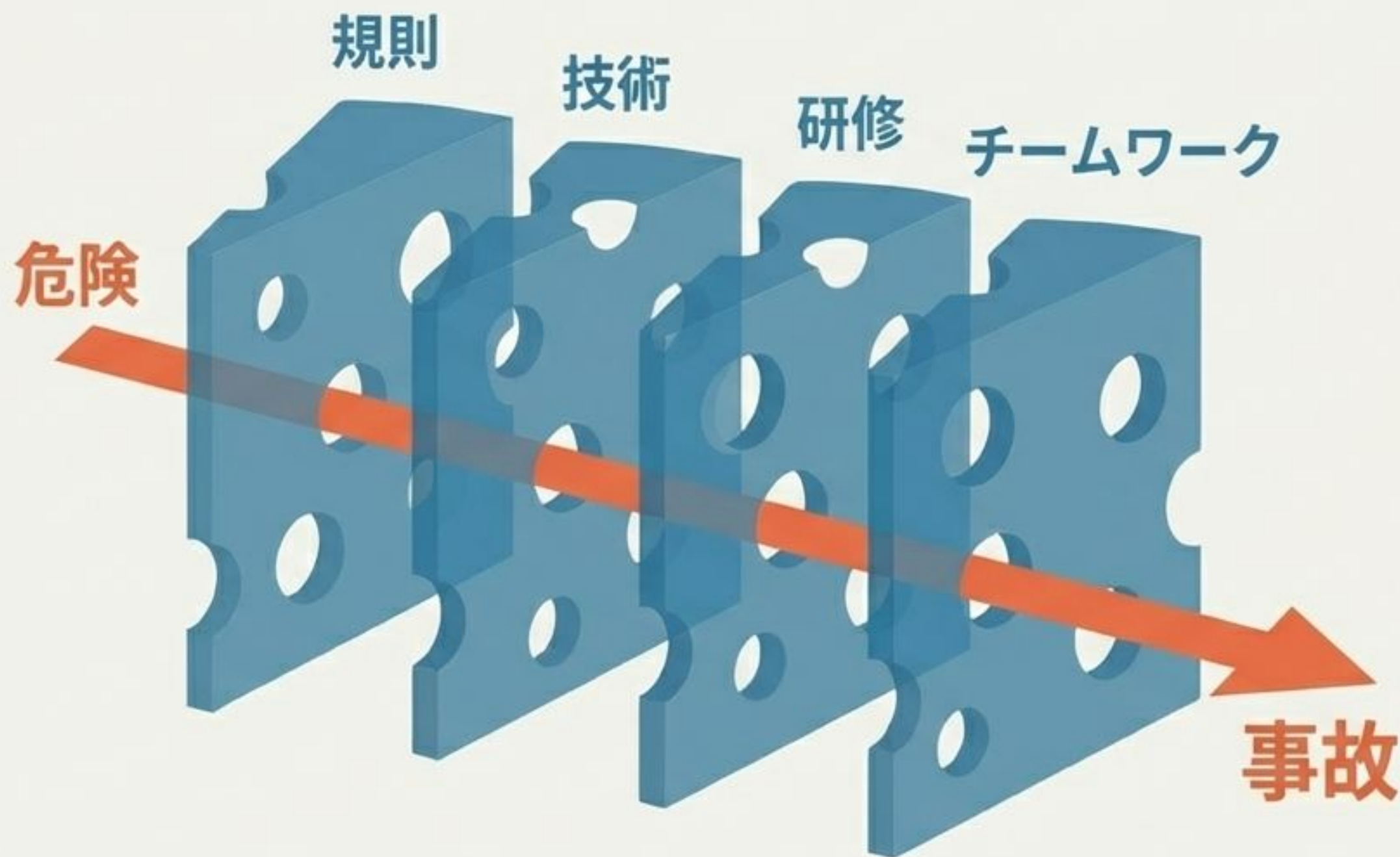
資料来源：「医療事故記事事件数の推移」 Noto Sans JP Regular

- 1999年 ● 横浜市立大学附属病院 患者取り違い事故
- 2000年 ● 都立広尾病院 消毒液誤点滴
- 2000年 ● 京大病院 人工呼吸器の加湿器へのエタノール誤注入

安全の定義：「安全」とは危険がない状態ではなく、「危険が許容可能な水準以下に管理されている状態を維持する」ことである。

エラーは「誰か一人のせい」で起こるのではない

優れた医療従事者でもエラーを起こす可能性があります。事故は、個人の失敗だけでなく、システムに内在する複数の「防御の穴」が偶然重なったときに発生します。



- 個々の防御層は不完全（穴がある）。
- しかし、複数の層を重ねることで、ほとんどの危険は防がれる（冗長化）。
- 事故は、これらの穴が一直線に並んだ稀な瞬間に発生する。
- 我々の目的は、個々の穴を塞ぎ、穴が並ぶ確率を減らすことである。

なぜ、インシデントレポートは「書かれない」のか？

報告制度の存在だけでは不十分です。報告をためらわせる心理的な障壁が、学習の機会を奪っています。



① 時間がない
レポートを作成する
時間がない。



② 心理的につらい
報告することで自分が
責められると感じる。



③ 判断がつかない
レポートすべき事例か
どうか、わからない。



④ 目的・効果が不明
レポートの目的や効果
がよくわからない。

「免責されるなら報告する」

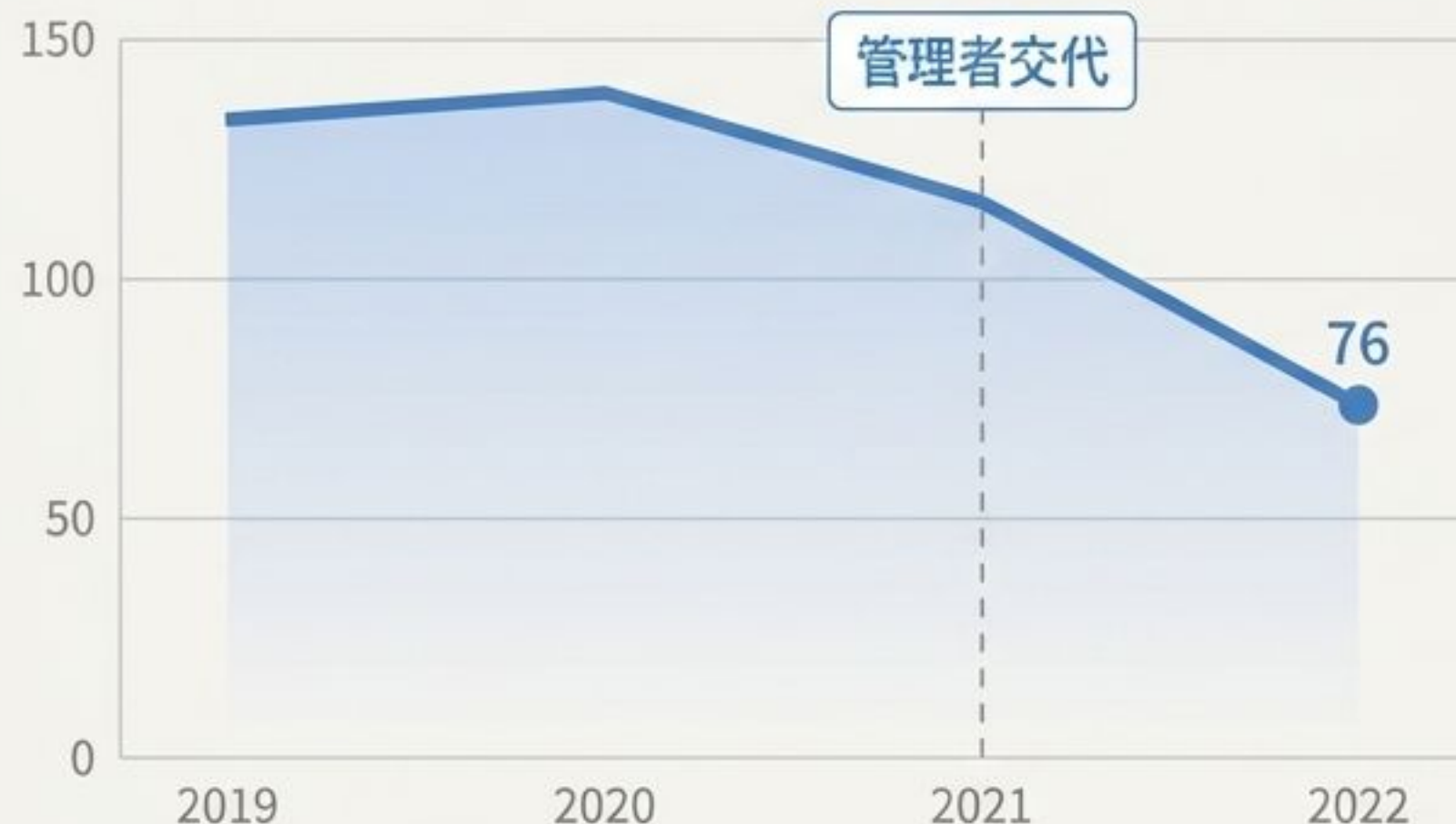
「守ってくれないなら隠す」

現場に極めて計算高い文化も存在し、医療人としての倫理観を著しく損なう可能性がある。

ある病院でレポートが半減。 現場が口にしたのは「お仕置きレポート」という言葉だった。

武蔵野徳洲会病院の事例は、報告数の減少がシステムの欠陥ではなく、職員の「罰せられることへの恐怖」に根差していたことを示しています。

インシデントレポート年間報告件数の推移



状況

新しい医療安全管理者が着任後、月100件以上あったインシデントレポートが76件に半減。

ヒアリングで判明した現場の声

- 1. やった自分が責められるのではないかと思います報告したくない。
- 2. 国語のテストみたいに指摘され差し戻されるので気持ちが萎える。
- 3. レポートを提出しても活用されている様子が見えない。

**発見：職員の間でインシデントレポートが
「お仕置きレポート」と呼ばれていた。**

真の解決策は、より良いプロセスではなく、より良い文化にある

罰や拒絶を恐れることなく、誰もが懸念や意見を表明できる環境、すなわち「心理的安全性」こそが、報告文化を育む土台となります。



無能だと思われる
不安



ネガティブだと思
われる不安

心理的安全性とは

自身の意見や懸念を、罰や拒絶の恐れなく表現できる状態のこと。チームの中で対人関係のリスクをとっても安全だと感じられる、共有された信念。



邪魔をしていると
思われる不安



無知だと思われる不安

補足: 心理的安全性は、職員を甘やかす「ぬるま湯組織」とは異なります。それは、健全な意見対立や問題指摘を歓迎し、組織を成長させるための基盤です。

安全文化は、4つの要素から成り立つ

ジェームズ・リーズンは、持続可能な安全文化を構築するために不可欠な4つのサブカルチャーを提唱しています。



報告する文化 (Reporting Culture)

職員がエラーやヒヤリハットを自発的に報告する雰囲気。安全文化の土台。



正義の文化 (Just Culture)

許容されるべき人的エラーと、許容できない無謀な行動とを明確に区別し、非難的でない対応を行う。



柔軟な文化 (Flexible Culture)

変化する状況に組織が適時適切に対応できるしなやかさ。権威勾配を超えて意見が言える風通しの良さ。



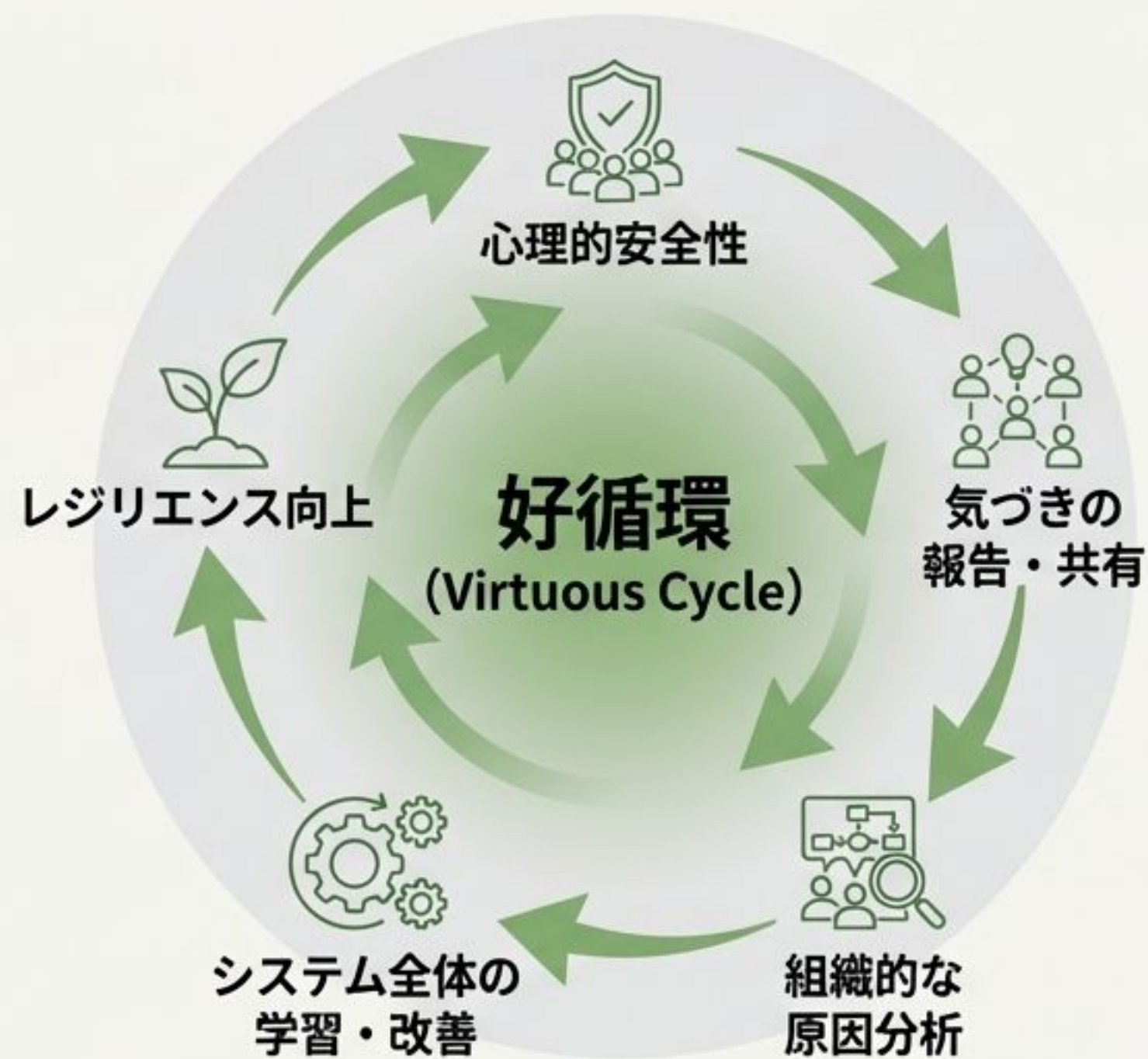
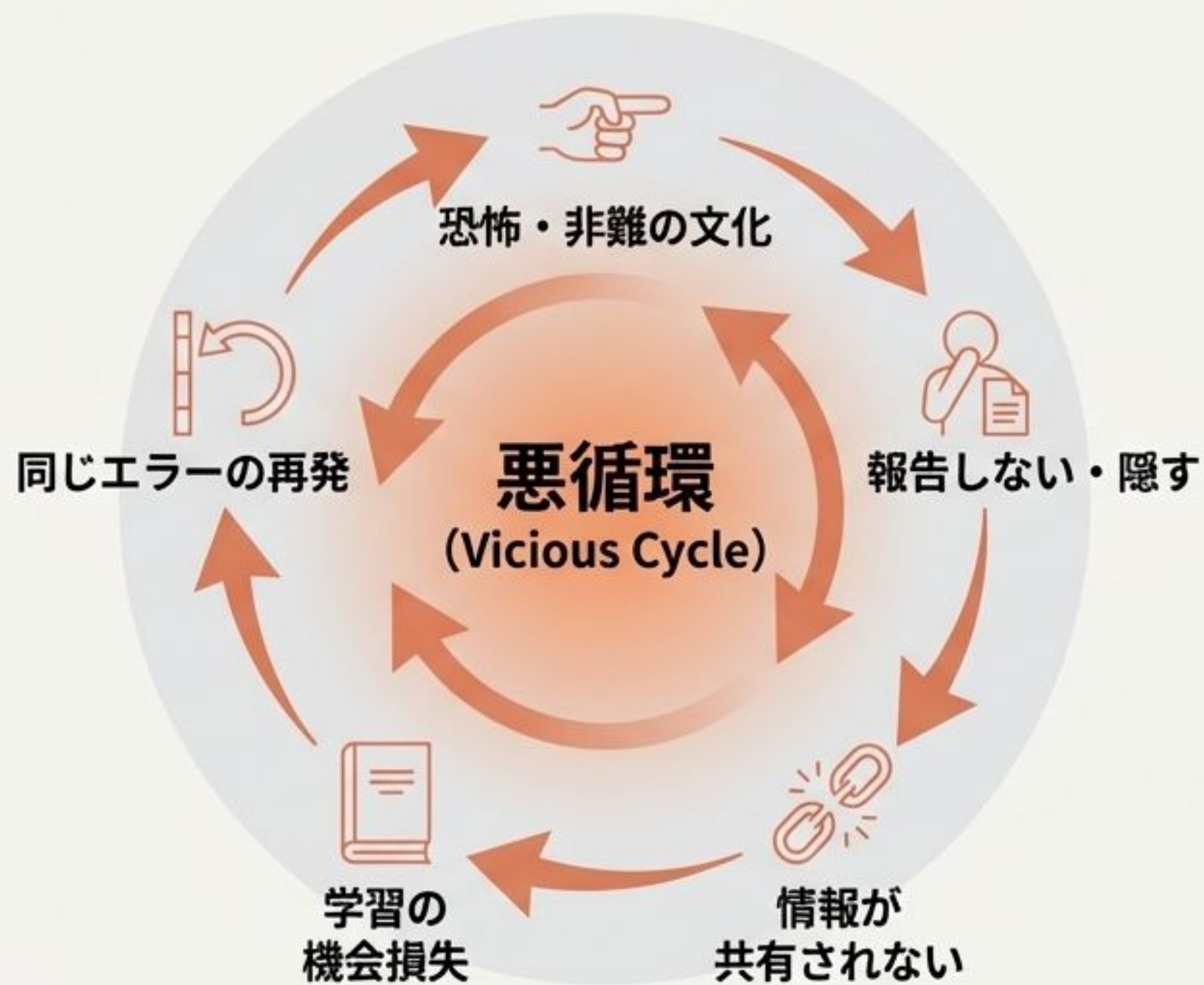
学習する文化 (Learning Culture)

報告された情報から学び、組織全体で改善策を共有し、実践する。

これらの文化は相互に関連しており、一つとして欠かすことはできません。特に「報告する文化」と「正義の文化」は密接に関係しています。

「恐怖の悪循環」から「学習の好循環」へ

組織の文化を変えることで、エラーを隠蔽する悪循環を断ち切り、安全性を高める好循環を生み出すことができます。



行動変容への道①：報告を「失敗の記録」から「賞賛されるべき行動」へ

エラーを未然に防いだ「**ファインプレー**」や、安全向上に貢献した「**グッドジョブ**」を表彰することで、報告は罰せられる行為ではなく、**proactive** な貢献であるという認識を醸成します。

武蔵野徳洲会病院

インシデントレポートレベル0の中から、エラーを未然に防止できた事例を毎月表彰。

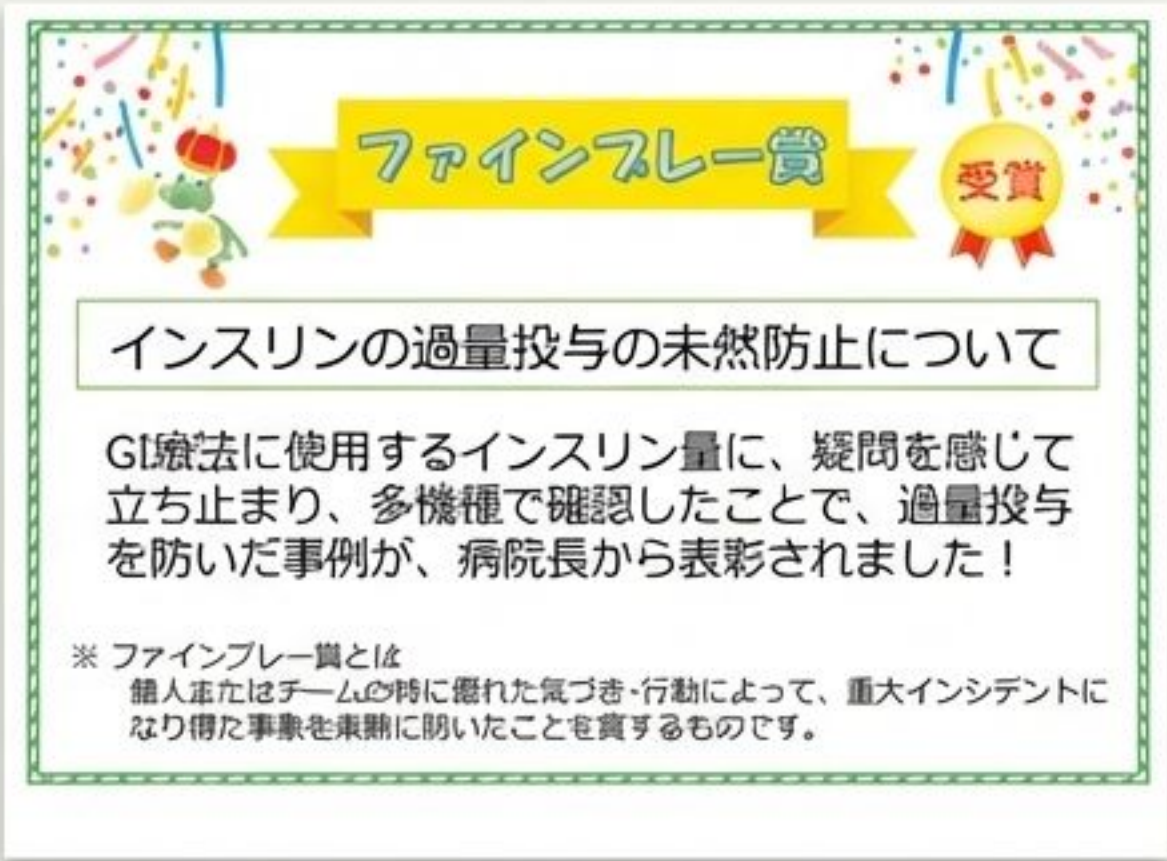


効果：「褒められるレポートもある」という意識改革に繋が
り、「お仕置きレポート」とい
う言葉がなくなった。



滋賀医科大学医学部附属病院

個人の機転やチームの愛ある行動によって、重大インシデントになり得た事象を防いだものを表彰。



行動変容への道②：フィードバックの「頻度」と「種類」を増やす

報告は一方通行では意味がありません。常磐病院の事例は、フィードバックの量と質を高めることが、報告文化の醸成に絶大な効果をもたらすことを証明しています。

公益財団法人ときわ会 常磐病院 インシデントレポート提出数の推移



取り組み

常磐病院の事例には、各種安全組織の組織に合わせて様々なフィードバック機制を実施して、フィードバックの種類を質と実施されるねど、報告文化醸成したフィードバックを実施証明しています。

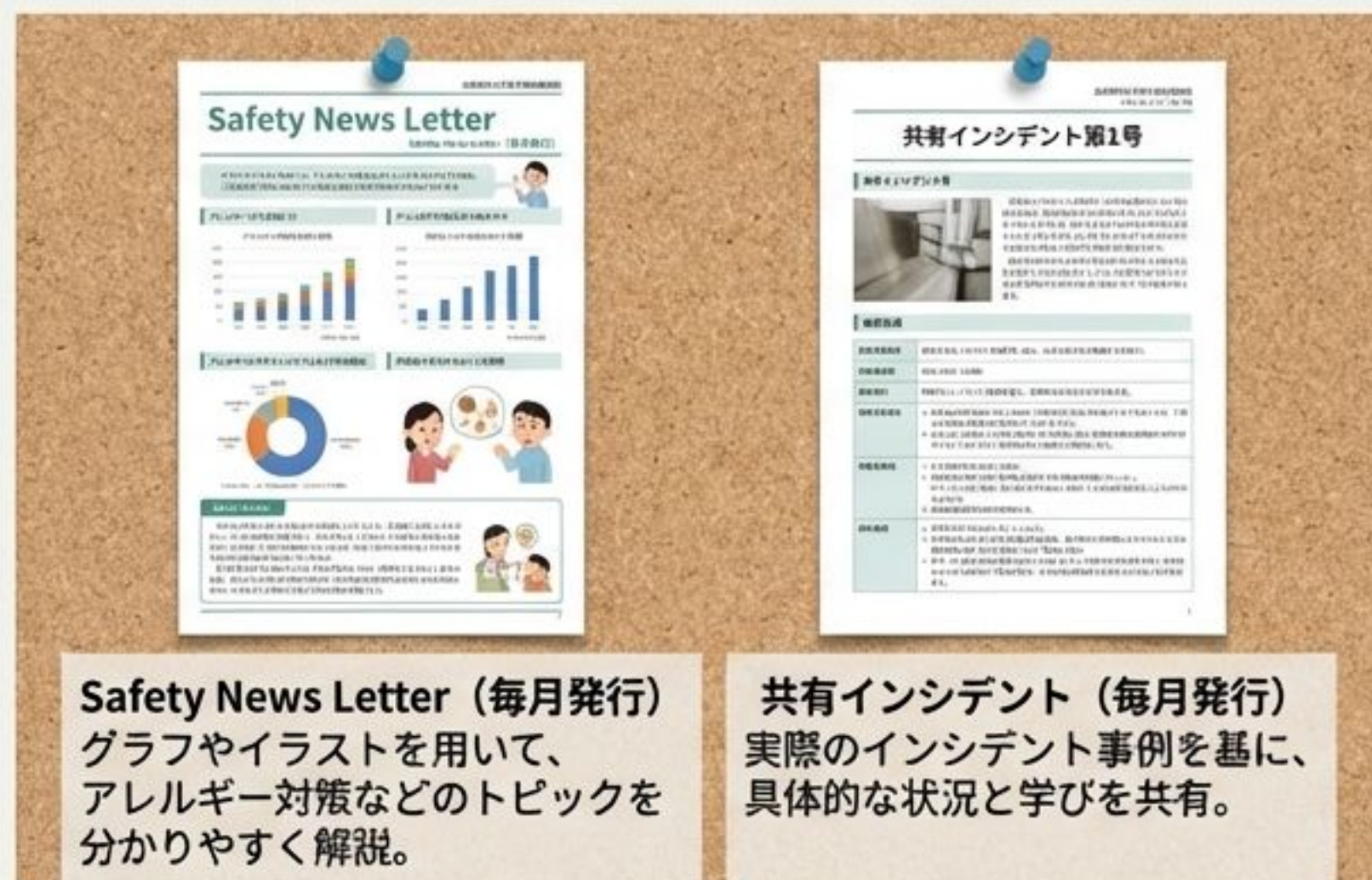
フィードバックの種類

-  医療安全報告（院内事例の紹介）
-  ナイスGood Job通信（他職員の良い取り組みを紹介）
-  医療事故訴訟ニュース（他施設の報道事例）
-  マニュアルの細道（院内ルールの再周知）

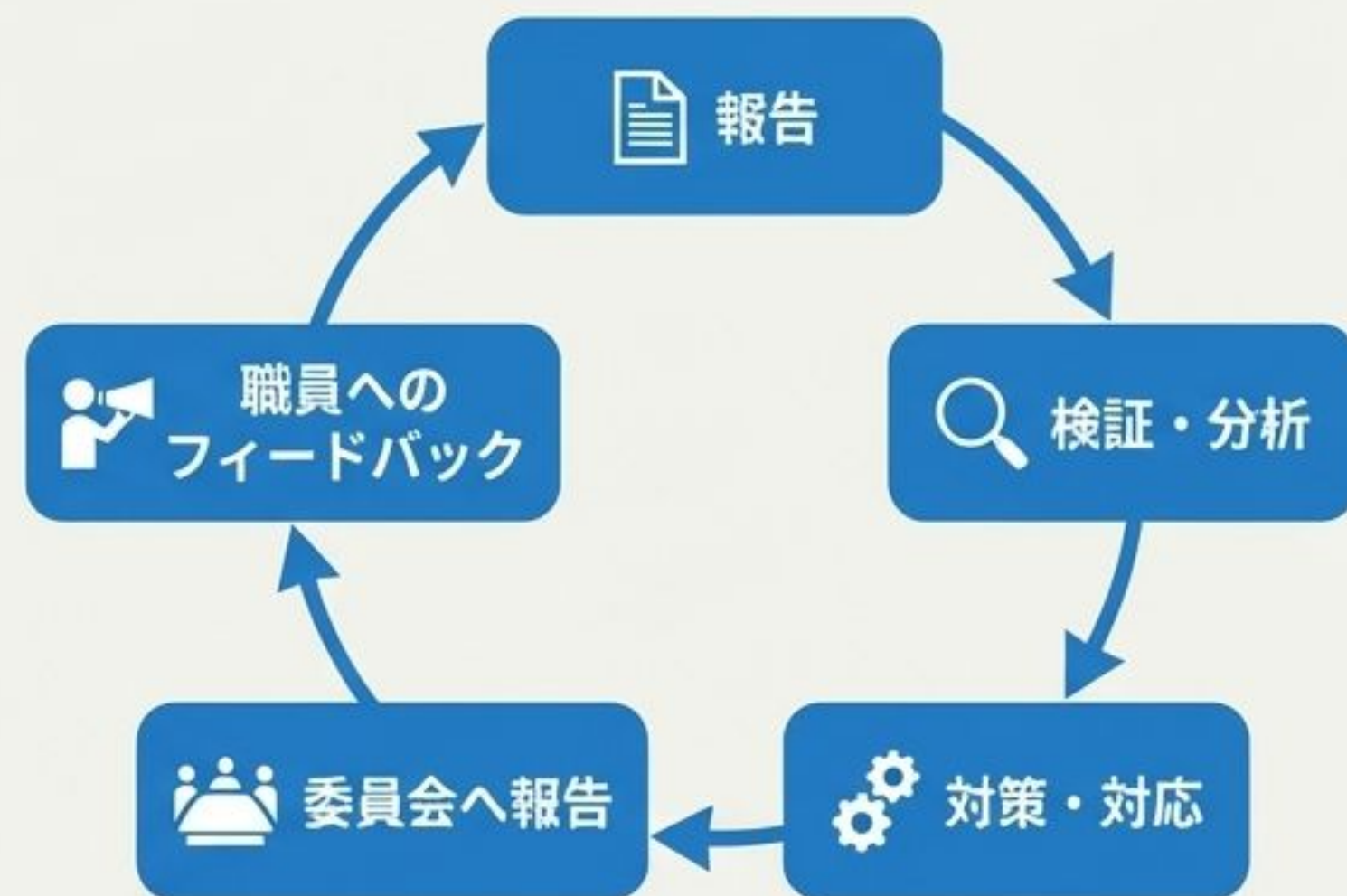
情報を「見える化」し、学びを組織の隅々まで届ける

ニュースレターや共有インシデント報告書といった具体的なツールは、個々の気づきを組織全体の知識へと変える強力な手段です。

滋賀医科大学医学部附属病院の事例



フィードバックの仕組み



フィードバックループを確立し、継続的に回すことが文化醸成の鍵となる。

事故調査から、「日常の成功」の探求へ

これまでの安全管理（Safety-I）は「何が失敗したか」を問うものでした。
これからの安全管理（Safety-II）は「なぜ普段はうまくいっているのか」を問い、
組織のレジリエンス（しなやかな強さ）を高めます。



Safety-I (昔からの安全マネジメント)

問い	なぜ失敗したのか？
焦点	有害事象、エラー、原因究明、再発防止
アプローチ	分析アプローチ（過去を振り返り原因を特定）



Safety-II (新しい安全マネジメント)

問い	どのようにうまく仕事をしているのか？
焦点	日常業務、成功、バリエーション、レジリエンス
アプローチ	探求アプローチ（未来に向かって状況をたどり、なぜうまくいったかを問う）

私たちが目指すのは、罰する組織ではなく、共に学ぶ組織

真の医療安全とは、単にインシデント報告の数を増やすことではありません。
全職員が医療安全を「自分ごと」として捉え、積極的に関与し、変化に柔軟に対応できる
「レジリエントな組織」を創り上げることです。

目指す文化の要点（厚生労働省「医療安全管理者の業務指針」より）

1. 職員がヒヤリ・ハット事例や医療事故情報を遅滞なく報告し、現場に活かすよう働きかける。
2. 個人の責任を追求するのではなく、情報の活用を促すよう配慮する。
3. 全職員が医療安全について自らのこととして考え、積極的に取り組むよう、職場の医療安全意識を高める。

安全文化の根幹は、一人ひとりの 「気づきを共有する力」にある

- 一つ一つの小さな「気づき」は、共有されることで組織全体のレジリエンスを高める力に変わります。
- インシデントレポートは、その力を育むための最も重要なコミュニケーションツールです。
- 明日から、あなたの「気づき」をチームの力に変えていきましょう。