

患者安全と院内研修を支援

病院安全教育

Bimonthly magazine "Patient Safety Education"

Web教材+実務解決誌

【特典】年ごめ購読会員は研修受講料割引

2026 10・11月号

Webコンテンツ

院内eラーニングで活用できる!

医療安全 研修動画

常設展示室

- ① さやのGRM物語
—おひとりさま
医療安全管理者成長記
- ② ショート動画で学ぶ
ノンテク実践術
- ③ ちよつと気になる
医療訴訟
- ④ 研修会を
アトラクティブに
するヒント
- ⑤ 人間関係のコツ
10分レクチャー

特集

転倒予防 最前線!

萩野 浩 日本転倒予防学会
山陰労災病院

—日本転倒予防学会の活動と課題

山内希世 東京共済病院

—病院内の転倒予防

鮫島直之 東京共済病院

—院内転倒予防チームの立ち上げと活動

宮寺亮輔 東京都立大学

—多面的評価による
転倒リスク判定シートの実用可能性

北澤正人 帝京大学

—転倒時の大腿骨頸部・
転子部骨折予防に向けた
革新的アプローチ

日比野 淳 東名古屋病院

—「ウメゾリン」と一緒に転倒予防



デール・カーネギーに学ぶ

連載 第4回

医療安全な 处世術



仲本広世

公益財団法人ときわ会 常磐病院
医療安全管理部 副部長／薬剤師
ときわ会グループ事務局 安全管理室
ジェネラルリスクマネージャー

2004年明治薬科大学薬学部卒業。2010年4月より常磐病院に入職。入職後は薬剤師として働いていたが、2015年4月から2025年3月まで専従の医療安全管理者として勤務。2025年4月からは専従職を離れて常磐病院には兼務で勤務しつつ、法人本部のGRMとしてグループ全体の医療安全活動を行っている。趣味はサーフィン。地元いわきの海をこよなく愛している。

自主的にやってなんぼな学習文化

関西弁はカッコいい。これは私を含めた東北出身者の多くが抱いている、関西弁という方言に対する感情な気がします。お笑いで成功している有名人。ノリがよくてみんな気さくそうな関西の人々。関東以北にはないアウトロー感がどこか漂う関西のイメージ。「なんでやねん」「せやな」など音の響きがたまらない。関西弁ネイティブに対する憧れは、特にテレビで育った昭和世代の東北人なら分かってくれることでしょう。

生粋の東北・福島県民で昭和生まれの私は、どうしてもカッコいい関西弁を使ってみたい。なので、今回のタイトルに「なんぼ」を起用しました。「自主的にやってこそ価値がある学習文化」より、「…なんぼな学習文化」の方が、やっぱりカッコいいタイトルだ。皆さんに読んでいただけそうな、よい記事が書いてあるっぽい雰囲気が出

る。そんな気がしませんか(笑)? 今回は、「学習文化」に関する当院の取り組みと私の考えを紹介します。

のび太ママの 「勉強しなさい!」

国民的アニメ『ドラえもん』に出てくる、ちょっと怖キャラなのび太のママ。のび太がテストで0点をとると、怒って「勉強しなさい!」みたいにガミガミ説教する。そんなシーンをアニメでは往々にして見かけます。ママに怒られて、のび太はしぶしぶ勉強するも身が入らず、そこからドラえもんに泣きついて何やかんやとやらかす。お決まりのパターンです。結局毎回、のび太は自主的に勉強するようにはなりません。

これって現実の世界ではどうでしょう。勉強しないでゲームばかりやってる子どもに「ゲームばっかやってないで勉強しろ!」と怒鳴ったら、その子は言われた途端、「かしまりました母上様! (ビシッ)」と、猛烈勉強マンになり、出木杉くんバりに賢くなっていくのでしょうか。んなわけない

です(笑)。子どもに勉強を強要すれば、途端に学習の習慣が身につく、なんてことはあり得ない。子育て経験がなくてもみんな知っています。

では、医療スタッフに「勉強しなさい!」と上司が命令したら、言われた人は勉強するようになるのでしょうか。これは状況によってさまざまかと思います。例えば、学会発表や論文執筆のため、特定のことを勉強する必要がある人だったら、一所懸命にその分野を勉強するかもしれません。配属された部署で新しい仕事を覚えなければならない人は、そうしたことを勉強はするでしょう。新たに資格取得を目指している人も、資格のためには勉強せざるを得ない。こう考えると、「勉強しなさい」の言葉は、対・のび太へ言うよりは病院の人へ言う方が効果がありそうな気がします。

でも、世の中の多くの医療スタッフは、毎年学会発表も論文執筆もしませんよね。新しい資格も大多数はそうそう取らない。日進月歩な医療業界ですので、新しい薬や機械・医材などについてはそれなりに学んでいかなければなりません。働いている施設によっては、それほどしょっちゅう勉強が必要になる機会は訪れない。そんな感じの“熱心な自己学習がそれほど求められていない環境”にいる大半のスタッフに、「勉強しなさい」の言葉は響くのでしょうか。私はまったく効かないと思います。大人も子どもも結局同じ。人に勉強習慣を身につけさせるには、指示命令では自主的に学ぶ姿勢を育むことにはならず、効果はありません。今はスマホ一つあれば楽しく過ごせます。家でスマホばっかいじって勉強しない大人、多いですよ、最近。私もその一人です(笑)。

学習文化の指標＝ “振り返り”をした回数

James Reason氏の名著『組織事故』には、安全文化の構成要素として「学習文化」が挙げられています¹⁾。事故やインシデントから学んでいる。事例を振り返って考えて、再発防止や対策に活かしている。そうした習慣が組織やスタッフみんなに根付いていること。私は学習文化をそのように解釈しています。インシデントが起こってもインシデントレポートなど書かない(報告文化がない)。これはそもそも論外。安全管理の初めの一步は現場からの報告です。でも、報告だけでもダメ。対策を書く欄に「確認徹底」とだけ書かれたレポートが提出され、後はそのまま放置。インシデント事例をスタッフが振り返らず、周知されたり分析されたりすることなく、一人が報告したところで終わってしまう(学習文化がない)。これでは安全の向上にはなりません。

報告文化と学習文化はある意味両輪。どちらもないと組織の安全が高まらないのは明らかです。安全に必要な2つの文化は、何をもって醸成されたことになるのか。報告文化ならインシデントレポートの数、とりわけ事故レベルの低い事例の報告数で測ることが可能です。レベル0事例が年間10件しか上がらない病院と、同一規模で年間1,000件上がってくる病院では、後者の方が現場の些細な不備を報告する習慣があることが分かります。

では、学習文化はどのように測ればよいのか。これに絶対の正解はないのでしょうか。いろいろ考えられますよね。例えば、インシデント事例からの業務改善率とか、医療安全文化調査のような職員アン

病院概要

入院240床(一般180、療養60)を有する病院です。ときわ会は「一山一家 地域の皆様と共に生きる」を理念に掲げ、病院だけでなく、クリニックや介護福祉施設を多数有し、地方都市においても高度な専門治療を提供できる医療機関を目指し、地域医療貢献に取り組んでいます。

ケートでも測っていけるでしょう。でも、こうした指標を毎月・毎日測るのは難しいです。そこで当院では、学習文化の指標は【スタッフが事例を振り返って話し合った回数】と決めました。単純にインシデント事例の対策検討をした回数です。回数が増えれば事例から学ぶ習慣が高まった→学習文化が向上した。減ったら→学習文化が低下した。シンプルな考え方で行こうと決めました。

ここでのポイントは、“自主的な”振り返りであること。上から「インシデントを分析しろ！ 対策を考えろ！」と指示命令して実施された対策検討ではなく、医療安全室からは何も言わないままで、現場で自然発生的に「この事例、振り返って対策を考えようよ」とスタッフが行動した回数。この数こそ学習文化の指標になると考えました。

のび太のママのように医療安全室から指示してインシデント事例をたくさん検討させても、それは学習文化が醸成したことにはならない気がします。口うるさく「対策考えて！」と言う人がいなくなった途端、インシデントの事例検討が行われなようでは文化の醸成とは言えません。誰も指示しなくても、現場のスタッフが各々当たり前前にインシデントの対策検討を能動的にやる。みんなが熱心に一生懸命、事例の振り返りを高頻度に行っている。これが医療安全における本当の“学習文化が醸成された状態”だと思います。なので、医療安全室からは何も言わずに事例の対策検討が行われた回数。これがどのくらい現場で行われているのか。正確に測る方法を決めようと、私は2018年末あたりから模索しはじめました。

インシデントKYTシートの導入と回数集計

2018年まで、当院ではインシデントの事例検討には特に形式がなく、フリーで話し合ったり、重大事故なら医療安全室でRCAをしたりと、対策検討の「やり方」がバラバラでした。そこで、2019年度から、インシデント事例の現場での分析検討は【KYT 4 ラウンド法】に則って対策を考えるよう分析手技を統一しました。インシデントの対策検討をする際は、インシデントKYTシート（資料1）に沿ってリスクを抽出し、対策を話し合う。インシデントの対策検討＝インシデントKYTをすること、と決めました。この方法だとA4の1枚のシートがあれば、病院内のどこでも誰でも分析検討が可能です。模造紙と付箋を使った本格的なRCAをたくさんやりたいのは山々ですが、現場でしょっちゅう実施するのは難しい。でも、KYT 4 ラウンド法ならサッと事例の振り返りができる。そして【話し合った回数】をカウントできる。そうした意図で、インシデントKYTシートを2019年度から導入して、院内で実施された回数の集計を始めました。

各現場でインシデントKYTを実施したら、インシデントKYTシートのコピーを医療安全室に提出します。この方法で、どの部署で何回、インシデント事例の対策検討がされたのかを測りました。図は2019年度から2025年度までの、病院全体で1年間で実施されたインシデントKYTの回数の推移です。初年度は年間125件。ひと月10回程度なので、週に1～2回、どこかの部署でインシデントKYTが行われているのみ、という状況でした。それが年々

資料1・インシデントKYTシート

部署名	リーダー	書記	その他メンバー	KYT実施日	インシデントレポート 報告書番号
				年 月 日	

1 ラウンド（現状把握） 現場にはどんなリスクがあるか

事例の発生要因と考えられるもの、リスクと感ずるものを具体的に挙げる。思いついたものは何でも記載OK
※例「ラベルの文字が小さい」「似ている名前」「患者の理解不足」

No. 1	
No. 2	
No. 3	
No. 4	
No. 5	
No. 6	
No. 7	
No. 8	
No. 9	
No. 10	
No. 11	
No. 12	

本資料は本誌読者専用サイト「図表ギャラリー」からダウンロードできます。

2 ラウンド（本質追求） ここが特に危険なポイント

1ラウンドで出た要因の中から、重要と思う要因を1～2個に絞る。Noの左マスに丸を付ける

3 ラウンド（対策樹立） あなたなら対策どうする

2ラウンドで○を付けた要因に対して、具体的な対策をできるだけたくさん考える

No	の対策

No	の対策

4 ラウンド（目標設定） 私たちはこうします

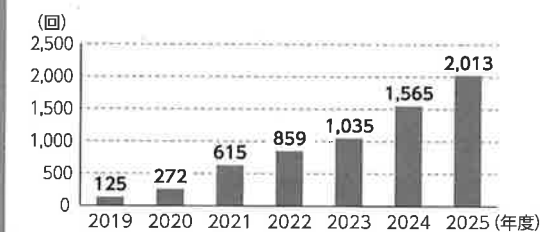
3ラウンドで出た対策の中から、最も良いと思う対策・実行すべき対策を絞る。複数でもOK

タッチアンドコールで、書いた対策を全員で唱和しましょう

増え続け、2025年度は年間2,013回。平均で毎週39回＝毎日5～6回のインシデントKYTが行われるまでに増えました。院内では、毎日あちこちでスタッフが集まり、インシデントを振り返り、あーだこーだと話しています。

驚くのはそれだけではありません。例え

図 病院全体におけるインシデントKYTの年間実施数



ば、看護部では今、看護師だけでなく、看護補助者さんたちまでがインシデントKYTをやってくれるようになったこと。補助者間の報連相不備、乗降時のヒヤリハットなど、補助者業務でのエラーを自らインシデントレポートで報告し、その後KYTで振り返りまでやっています。他部署も同様で、事務系のスタッフさんも有資格職者と一緒になって、インシデントを振り返る光景があちこちで見受けられます。

ここまで増えてくると病院は別世界。こうした自主的な学習行動は、私が医療安全管理者に就いた2015年当初はほとんど見られませんでした。もちろんまだまだKYTが少ない部署や職種もありますが、全体ではインシデント事例の振り返りがどんどん習慣化してきています。「うちも少しはよい職場になってきたなあ…」と、最近の現場を見ているとうれしくなりますね。

事例検討のハードルを下げる

当院でKYT 4 ラウンド法を行うに当たっては、最初に次のルールを定めました。

- ・ 3～9人で集まる。(10人以上の大人数は禁止。最少人数でOK)
- ・ リーダー1人と、書記1人を決める。
- ・ 出た意見を書記がシートに書きながら進める。
- ・ 30分以内に終わる。(5分だけでも全然OK)
- ・ 再発防止策は、思いつかなくて構わない。

まず「話し合う人数」に制限をかけました。病院って職種横断的な委員会があるせいか、会議は何かと大人数になりがちで

す。情報共有が目的の会議なら大人数で集まるのはありますが、インシデント事例の検討は“発言しやすい空気”が重要です。話し合いでは、自分の話を聞かれる人数が多くなるほど、心理的安全性が下がり、発言に抵抗感が生まれます。病院幹部がビシッと何十人もいる中での会議と、気心の知れた仲間4～5人での話し合い。前者の方が緊張してモノが言いにくいのは一目瞭然ですね。これはすべての話し合いに通じる心理です。なので、インシデントKYTでは少人数で話し合うことをルールとしました。

また、安全について長時間話し合ってもよい対策が思いつくとは限らない。話し合った時間の長さといよい対策の発案率は比例しない。数打ちや当たるで、インシデント対策の話し合いは「長時間」より「高頻度」に行った方がよりよい成果を得られる、というのが私の持論です。短い時間で構わない、集中して話し合ってほしいという意図もあり、「話し合う時間」も制限ルールを定めました。「5分だけでも全然OK」とわざわざ書いておくことで、短い時間の話し合いでOKなんだと、KYT実施のハードルを下げることも狙っています。

そして一番大事なルールとして「再発防止策は、思いつかなくて構わない」と明文文化しました。そもそもこの世の中に、「〇〇をやれば完璧に安全になる！ミスがゼロになる！」なんて魔法のような対策って、あまりないですよ。ヒューマンエラーはどれほど頑張ってもゼロにはならない。現場で起こるインシデントの大半は、ある程度減らすことはできても100%なくすることは不可能なものが多いです。そんなこの世にほとんどない“よい対策”を、事例検討

のたびに思いつくこと自体が無理です。だから、「よい対策は思いつかなくていいよ。振り返ってもらっただけで注意喚起になるし。それでいいよー」と周知し、対策を思いつかないことを許容することをルールにしました。

私はこのように、事例検討のハードルを下げることにこだわっています。当院のインシデントレポート記載でも、文章は短くて構わない、1行でも構わない、再発防止策は書かなくて構わない、とハードルを下げており、これらも提出数が病床数の60倍超えまで育った要因です。事例検討もハードルを下げた方がより多く実施され、結果的にたくさんの再発防止策が生まれるだろう、という考えの下、これらのルールを制定しました。

振り返りをしたこと自体を褒めてフィードバックする

図を再度見ていただきたいのですが、当院では、インシデントKYTの実施数が2021年度から飛躍的に伸びています。私は2021年から【レベルアップKYTだより】という文書の発行を開始しました(資料2)。これは、インシデントKYTしたこと自体を取り上げて病院全体に褒めてフィードバックする文書です。「病棟でこんな事例検討をしました。素晴らしいですね！」とか、「医事課さんもKYT頑張っていますよー！」みたいに、とにかく振り返りをしたこと自体を褒めて、職員全員に「見てやー」と知らしめる。こうした取り組みを始めました。

すると、院内全体のKYT実施数が加速度的に増えたのです。前回(本誌Vol.14, No.1)で述べたように、報告文化の醸成

資料2 レベルアップKYTだより

レベルアップKYTだより No.189

～「振り返り」を積み重ねて自分のレベルを高めよう～

KYTをやった事例

外来透析患者が車イス用トイレからナースコール、中から助けてと言っている。しかしトイレに鍵が掛かっており、コインを持ってきて鍵を開けるまでに手間と時間を要した。
— 第3透析室インシデント — (3名KYT実施)



透析患者の車イストイレ使用時は
鍵を掛けず札を掛けるよう求める



ある日突然問題が起きる
仕事も人生も似てるかも
“振り返って”できた対策
とても安全で良いですね
第3透析室さん、さすがです

読んでくださる方へ読んでいただき

2024.8.22
医療安全管理部

にはインシデントレポートの内容をフィードバックすることが最も大事だと私は考えていますが、事例検討もやはり同様に、組織全体へフィードバックすることで「みんなやってんだなあ…。自分も事例の振り返りをしてみよっかな」との意識が芽生えて、学習文化の醸成には効くのだと思います。【レベルアップKYTだより】のように褒めて発信すれば、インシデント自体の周知と注意喚起、対策の周知、振り返りが推奨される空気の醸成と、よいことづくめ。もしまだ、皆さんの施設で事例検討したこと自体を褒めて発信していないのであれば、ぜひ真似してやってみてほしいです。文書の形式は何だって構いません。部署名と検討した内容をサッと書いて、「うちの〇〇(部署名)は本当に頑張ってますよー」って書くだけです。現場のスタッフはとても喜ぶですよ。ただ単にインシデントの振り

返りをしただけなのに、すごいとか素晴らしいとか言ってもらえて、院内全員に知れ渡る。事例検討のハードルも低いからやりやすい。そりゃあ現場は、インシデントの事例検討にますます熱心になるわなって、思いませんか？

・D・カーネギーの言葉 「どうすれば相手が そうしたくなるのか」

人を説得して何かやらせようと思えば、口を開く前に、まず自分に尋ねてみることだ——

「どうすれば、そうしたくなる気持ちを相手に起こさせることができるのか？」²⁾

D・カーネギー氏の名著『人を動かす』の中で、私が特に好きな言葉です。すべての仕事に通じるこの言葉。今回紹介した、病院の学習文化醸成のためのルールや取り組みは、「スタッフがどうすればインシデント事例から自主的に学びたいという気持ちになるのか」の問いから、私なりに導き出したものです。

医療現場で働いているスタッフは忙しい。やることが常にある。なので、通常業務の+αで行うインシデントレポート提出、インシデント事例の対策検討、これをしてもらえること自体が素晴らしいことだと私は常々感じています。だって“やっていない人”の方が医療業界全体ではまだまだ多いですよ。レポートをまったく書かない人なんてどの施設にもたくさんいます。“やっている人”はそれだけで立派なんです。だからそのまま、「事例を報告して振り返りをしている皆さんはスゴイで

す、素晴らしいです」と発信してあげればいい。のび太のママのように上から目線で指示しても人は動かさない。自主的に学びの意欲を高めるためには、実施のハードルを下げて、行動を褒め讃えてあげることが、私は一つの最適解だと考えています。

おわりに

学習文化は自主的にやってなんぼ。医療安全部門からは何も言わなくても、すべての職員が能動的にトラブルから学んで成長していく。安全向上に励んでいく。そんな理想郷を目指し、D・カーネギー氏の言葉と共に、これからも学習文化醸成のよりよいマネジメントを一医療安全管理者として考え続けていきたいですね。

引用・参考文献

- 1) James Reason著、塩見弘監訳：組織事故、P.278、日科技連出版社、2000。
- 2) D・カーネギー著、山口博訳：人を動かす（新装版）、P.54、創元社、1999。
- 3) 仲本広世、笠井唯史、玉田裕：当院におけるインシデント事例を用いた危険予知トレーニングの取り組みとその効用の考察、福島医学雑誌、Vol.76、P.33～41、2026。

オンライン研修 録画配信 ※講義時間240分

報告文化を醸成するアイデアとノウハウ！ インシデントレポート 提出数を倍増させる方法

～年間レポート報告件数が
病床数50倍超えの病院でやっていること

公益財団法人ときわ会 常磐病院 医療安全管理部 副部長 薬剤師
ときわ会グループ事務局 安全管理室 ジェネラルリスクマネージャー

仲本氏の記事は62ページ

仲本広世氏

録画配信：[視聴期間]

オンライン 約2週間

申込2～3日後から
視聴できます。

本誌購読者：11,000円 一般：14,000円(共に税込)

※教材：PDFテキスト付(ダウンロード、プリントアウト可)
冊子テキスト(118頁)ご希望の方は別途2,500円



- プログラム
1. 安全な病院の定義 私の考え
 2. すぐにできる3つの報告ルール
 3. 報告文化を育てるフィードバック術(資料提供)
 4. 一番大事な院内研修の進め方 ほか

ねらいお客様の声は

日総研 17819

検索