

なるのが一般的である。こうした情報を把握するために、この事務局を設置している。事務局へは、患者・家族、一般住民、医療機関スタッフ、行政機関から情報が寄せられる。事務局では、医療の質に関連する問題かどうかを評価する。この事務局には、無料の直通電話回線が設置されているが、郵便やE-mailでも情報を受け付けている。事務局から報告された情報について、JCAHO自身が検討を加え、具体的な対策を選択し、実行に移すことになっている。

以上のように、JCAHOにおける患者安全対策は包括的であり、他の関連医療機関においても、こうした対策を積極的に取り入れているところも多い。

#### 4. NPSFの対策

NPSF「全国患者安全基金」(National Patient Safety Foundation)は、1997年に、他の数多くの機関と協力して、米国医師会により設立されたものである(23)。この基金は、医療事故の防止に関する研究を促進することを目的としており、公募により研究の採択を行っている。

NPSFの4つの主要戦略を表7に示した。第一は、保健医療における人間・組織の過誤と事故防止に関する研究の促進である。第二は、安全とその侵害に関する新知識の実行の促進である。第三は、患者安全を強化するための認識の向上、情報伝達と対話の促進である。第四は、患者安全を進展するための情報、協調関係、教育方法の開発である。

実際にNPSFが採択した研究(1999)を表8に示した。心臓手術、小児治療、救急シミュレーションなどが取り上げられている。ただし、こうした支援研究の数は限定されているため、最上位の目的である研究促進を必ずしも十分に達成しているとは言い難い。なお、その他の目的については、財団ニュース、報告書、文献目録などを発行して、取り組みを進めている。

#### 5. QuICの対策

QuIC「質に関する省庁間調整作業委員会」(Quality Interagency Coordination Task Force)は、大統領諮問委員会の最終報告の提言に従い、1998年に設立された(24)。表9に示すように、医療の質改善に向けて、全ての連邦省庁(購入、提供、研究、規制)が協調して活動することを保証することが目的である。省庁には、厚生省を始めとして、AHRQ、防衛省、退役軍人省、商務省などが含まれている。

具体的な活動としては(表9)、1) 国民に医療選択の支援となる情報を提供する、2) 連邦政府により購入・提供される医療の改善を行う、3) 保健医療システムの改善に必要な下部構造の開発を行うことである。設立当初の討議から、次の5つの課題を設定し、作業委員会を設置している。1) 患者・消費者の情報、2) 質指標の改善、3) 作業者の能力開発、4) 臨床の質改善の主要機会、5) 情報システムの改善。これらの課題については、すでに取り組みが進められ、糖尿病管理、高危険部門での医療過誤減少介入、消費者情報の提供、用語集などで成果が挙げられている。

1999年のIOMの報告書は、QuICの活動にも多大な影響を与えた。後で述べるが、IOMでは医療過誤減少の対策として4項目の勧告が行われている(4)。これにたいして、クリントン大統領はQuICに対して、勧告を評価するとともに、それに回答するための行動戦略を設定するよう指示した。その結果、表10に示すような行動戦略が提示された(27)。第一に、質改善・患者安全センターを設立する。第二に、全50州に医療過誤の報告システムを確立する。第三に、現在の連邦政府の監視活動を通じて安全を改善する。第四に、医薬品安全の改善のためにコンピュータ・システムを導入する。

また、一方、「医療過誤と患者安全調査に関する全国サミット」(表11)を2000年に

開催し、全国レベルの研究課題について優先順位の検討を行なった。研究の利用者24名の聴聞と35名の報告書提出が行われたが、討議のパネルは、1) 消費者と購入者、2) 広範囲なシステム接近法、3) 特別なシステムの問題、4) 報告の問題と学習法、5) 連邦提携と公共政策の提示について分けられている。結論として、短期、中期、長期のそれぞれの研究課題が、疫学研究、情報システム、介入方法などに分けられて設定された。

なお、国民・患者への情報提供としては、「安全な保健医療への5段階」(表 12)が公表されている。内容としては、インフォームド・デシジョンの原則とともに、患者の積極的な参加を促すものとなっている。

以上のように、QuICは、医療過誤と患者安全について、連邦政府レベルで積極的かつ包括的な活動を進めており、今後の医療事故防止について中心的な役割を果たすものと予想される。

## 6. NQFの対策

NQF「保健医療の質の測定と報告の全米公共広場」(National Quality Forum for Health Care Quality Measurement and Reporting)は32)、QuICと同様に、諮問委員会の提言に対応して、ゴア副大統領により1999年に設立された(表 13)。QuICが連邦政府機関が中心となるのに比べて、NQFは、公的および民間の多様な団体の参加が中心となり、医療の質の測定と報告を全国レベルで協同して進めることを目的としている。その意味では、公的・民間の協力体制の確立にとって重要な位置を占めている。

組織としては、4つの評議会(1) 消費者、2) 購入者、3) 提供者・健康プラン、4) 研究・質改善)が設置されている。具体的な作業としては、1) 質の測定と報告を調整・促進するための全国的な枠組みの設定、2) 質の測定、データ収集の実行と、報告基準の包括的な開発、3) 定期的に、質の

遂行能力と消費者保護の指標セットを把握・推薦する、など9項目が設定されている。

現在、NQFでは、常置委員会の会合が開かれており、具体的な活動は今後の課題と考えられる。

## 7. VAの対策

VA「退役軍人省」(Department of Veterans Affairs)は、全国で1100万人の患者に医療を提供している。その管理を行っているのが、VHA (Veterans Health Administration)であるが、従来より、医療の質改善の取り組みを進めているが、医療過誤についても率先して検討を行ない、1998年には、表 14 に示すように、「患者安全改善」についての新たなプログラムを設定した。

これは、「退役軍人健康管理ハンドブック」の改定であり、従来の「危険管理」(risk management)から「患者安全改善」(patient safety improvement)へ最新化を図ったものである。目的としては、1) 患者の傷害を予防するとともに、2) 傷害が発生した場合、適切な管理により負の影響を最小化するものである。このプログラムは、医療機関の多くの活動を統合する概念的な枠組みを提供している。ちなみに、従来の活動には、「患者偶発事象プログラム」、「発生スクリーニングプログラム」、「患者代表プログラム」、「顧客満足」などが含まれている。

これらの目的を達成するための手順としては、1) 有害事象発生前に、過誤の危険を減少できるように、医療システムの再設計を検討する、2) 全ての有害事象の適切な把握と報告を行う、3) 再発を防止するために、根本原因とシステム改善を明確化するために、有害事象の評価を行う、4) 効果的なシステム改善に関する情報の伝達を行う、5) 有害事象による傷害について、患者・家族に情報提供を行うとともに、利用可能な選択肢を提示することが挙げられている。これらの手順でも、JCAHOで示した監視事象や根

本原因分析が重要な役割を果たしている。

さらにVAでは、2000年に、「ネットワーク2統合的安全・危機管理プログラム」を設定し、さらに患者安全の強化を行っている。このプログラムの目的は、1) 患者の偶発事象・安全事象について評価、報告、追跡、監視するための手順と責任を定義し、概説し、2) 叱責無しの「安全文化」の促進をすることにある。具体的な政策としては、有害事象発生の危険を最小化するために、明確な見取り図を提供している(事象の定義、種類、処理方法など)。また、職務責任を重要な項目として取り上げ、全ての医療従事者の作業責任とともに、医療機関での有害事象に関する情報提供、危険・安全管理者、部門管理者、医療機関管理者、ネットワーク管理者などの業務の明確化とその責任について明らかにしている。なお、具体的な手順として、根本原因分析、不法行為の訴え、医療機器偶発事象報告、発生スクリーニングなどが、再確認されている。

以上のように、VAでは、医療の提供現場で医療事故を防止するために、系統的な対策を進められている。とくに注意すべき点は、健康政策を実現するためには、個々の医療現場でのこうした臨床政策の強化と実施が不可欠なことである。

## 8. IOMの報告

IOM(Institute of Medicine)は、全米学術会議により、1997年に設立された機関であり、国民の健康に関連する政策課題について検討することを目的としている。IOMでは、1998年に、「米国の保健医療の質」プロジェクトを立ち上げた。これは、1) 医療システムが提供している医療について、その質に関する総合的な評価と統合を行う、2) その情報伝達の戦略を開発する、3) 質改善を動機付けるための政策枠組みを設定する、4) 医療機関が質改善を実行し、継続するための要因と特徴を明らかにする、5) 不確実な状態を解明するための研究課題を

設定することを目的とするものである。

このプロジェクト委員会が、最初に行った作業の報告書が、1999年に発表された。それが、「過ちは人の常」(To err is human)である。この報告は、1990年代に進められた医療事故に関する研究と取り組みの総括とも言えるもので、常識を覆す衝撃的な報告に、全米で大きな関心と論議を呼ぶとともに、さまざまな所に波紋を及ぼした。とくに、医療過誤(予防可能な事故)による死亡は、米国で年間10万人弱(わが国に直すと3万人)に達し、交通事故を上回り、死亡順位の8位に位置していること。さらに医療過誤による損失は4兆円に及ぶと推定されるとの指摘は、医療過誤の重大性と緊急性を浮き彫りにするものであった。報告書の公表後の国民調査では、医療の安全性については中等度の評価点数であり、重大な懸念を持っていることが明らかにされている。

また、この報告では、医療過誤がシステムの問題であること、医療過誤の80%近くが予防可能なこと、航空機など他の領域では過去20年間に事故を半減させていることも指摘しており、これらの評価結果から、医療過誤の防止について、つぎの4つの勧告を行っている(表16)。第一は、安全センターの設立と国家目標の設定である。安全に関する知識を強化するために、指導性、研究、手段、計画を作成できるような、国家的な中心を確立する。第二は、全国的な報告システム(強制と自発)の確立である。自主報告の努力の奨励とともに、迅速で強力な強制報告の努力により、過誤を把握し学習する。第三は、医療機関の実行基準と目標値の設定である。監督機関、集団購入者、医療専門団体の行動を通じて、安全改善の基準と期待値を向上させる。第四は、医療機関における安全システムの実行である。医療提供レベルでの安全な行為の実行により、医療機関内部に安全システムをつくりあげる。中でも最も重要なメッセージは、「5年の間に医療過誤を50%削

減する」目標を掲げていることである。全てはそれに向けたシステムづくりである。

IOMの報告は、米国で大きな波紋を呼び、医療の質を改善する活動に大きな弾みをつけた。大統領の指揮の下、この報告の勧告を実現するために、2001年には20億円を投入することになり、すでにQuICを始めとして、NQF、AHRQ、VAなどさまざまな機関が、報告に対応するような取り組みを新たに始めている。その意味では、わが国だけでなく、他の国においても、医療事故の防止対策を検討する際は、必ず参照すべき極めて重要な情報と考えられる。

### 9. AHRQの対策

AHRQ(保健医療研究・質局)は、保健医療の質改善の指導的な政府機関である。医療過誤に関しては、その評価や対策に関する研究支援を主な役割とする。なお、この機関は、医療過誤だけでなく、医療の質、医療技術評価、根拠に基づく医療(EBM)など、多様な課題について取り組んでいる。その意味では、医療事故の防止対策について、その下部構造を支える極めて重要な役割を果たすものである。また、QuICでもAHRQの長官は常置委員会の委員長を勤めるなど、省庁間の調整にも中心的な役割を果たしている。なお、AHRQのウェブサイトには、「医療過誤と患者安全」の項目があり、医療事故関係の重要な情報を提供している。

最近では、1999年に、CERT「治療に関する教育・研究センター」を設定した。これは、医療製品の安全で効果的な利用を改善するための研究プログラムである。3年間、8億円の予算で、全米に4つのセンターを設置し(大学)、循環器、小児医療、医薬品、女性医療など、それぞれのセンターで個別の研究を進めるものである。

患者への情報提供も行われており、2000年には、表18に示すように、「医療過誤の防止を支援するための20の秘訣」が公表されている。これは、医療事故への患者の関心を

高めるとともに、参加を呼びかけるものである。また、2001年には、患者・家族向けのパンフレット「保健医療の質を改善する」<sup>33)</sup>が公表された。これは質の高い医療を受けるための情報源を詳細に伝えるものである。

AHRQは、医療事故を含め質の改善に関する最大の研究支援機関であり、年間20億円の予算の80%が研究に利用されている。したがって、今後も、医療事故の根拠の作成、伝達、利用については、この局が指導的な役割を果たすものと考えられる。

### 9. 欧州への波及

米国以外では、医療事故について国家的なレベルで総合的な取り組みは行われていない。しかしながら、米国を中心とする1990年代の研究、およびその集約とも言えるIOMの報告書は、欧州でも大きな関心と呼んでいる。例えば、英国では、1990年代に医療事故に関するモノグラフが出版されており<sup>6)</sup>、その後も、対応した論文が発表されている<sup>34, 35)</sup>。そして2000年にBMJが、初めて医療事故に関する特集号を組んだ(BMJ,320(7237), 2000)(表19)。その内容は、6つの巻頭言・論説、4つの論文、1つの臨床総説、9つの論議論文から構成されている。ただし、多くの論文は米国から寄せられたものである。これらの論議から、以下に要点を紹介した。

医療過誤の発生率は、米国、オーストラリア、イスラエル、英国の類似の調査から、同じようなレベルであることが知られており<sup>36,37)</sup>、極めて深刻な状況であることが認識されている。医療事故防止への戦略は、基本的には米国で検討された内容を踏襲するものである。したがって、欧州でも、米国に学び防止対策が急速に進められるであろう。とくに、医者自身が医療過誤の犠牲であることを認識し、過誤の解明への障壁を取り除くことが求められる。しかし、航空機パイロットと同様に、医者は劣悪な環境下でも、過失無しに業務を遂行できると、過信しているのが現

状である。こうした状況に足して、いくつかの技術的な防止対策(その代表例が、コンピュータ情報システム)が報告されているが、それほど単純なものではない。医療過誤の防止については、より基本的なシステム(ヒューマン・エラー)の問題が重要な意味を持っており、そのための文化的な改革がより重要である。すでに、過去の取り組みから、医療従事者には医療過誤に取り組む創造性と熱意があることが分かっており、実際の防止対策の成功には指導性の確立が鍵となること、また防止対策は知識の欠如が問題ではなく、実行に向けての資源配分と組織的・文化的な確立である。

#### D. わが国における課題

わが国における医療事故の防止対策については、はじめに述べたように、極めて断片的であり、今後、早急に総合的な戦略を立案することが求められる。そこで、米国のIOMおよびQuICなどの勧告を参照して、わが国における政策の項目を表 20 に示した。

まず第一は、「医療安全委員会」の設置である。これは総理大臣の直属の諮問委員会として、国家レベルにおける医療事故防止の総合的な政策のあり方について提言を行う。2年間程度の期間検討を行うが、1年ごとに答申と報告書を提出する。政府の重要課題として、指導性を発揮して対策の実行に当たる。

第二は、「医療安全センター」の設立である。政府機関の中に、医療安全に特化した情報機関を設置する。国の到達目標を設定し、その達成状況を報告する。また、医療安全に関する情報の収集と提供を行う。さらに、医療安全の研究について、優先順位をつけるとともに、その実施についての資金援助を行う。一方、国民・患者のための教育・訓練と情報提供も合わせて行う。

第三は、「医療安全省庁間調整委員会」の設置である。医療の安全に関係する全ての省庁から委員をつのり、安全促進のための

行政活動を調製しながら進める。とくに厚生労働省が中心的な役割を果たす。具体的な作業部会を設置し、年次計画を立てて進める。

第四は、「医療安全フォーラム」の設立である。これは、民間の非営利団体組織として、医師会、病院協会、健康保険組合、行政、学会、患者会など、民間から公的団体まで多様な団体からの代表により、医療安全促進について、公私の連携を図りながら活動を進める。これに関連して「医療安全基金」を設立し、活動の支援とする。また、それぞれの団体においては、医療安全について、それぞれの特殊性を生かした活動を進める。

第五は、「医療過誤報告システム」の確立である。わが国においては、医療過誤の報告システムが確立していないため、自発報告とともに強制報告による情報把握を進める。なお、情報の収集と分析が可能になるように、情報の機密保持や訴訟問題を考慮した環境整備が必要となる。報告システムとしては、国および地域のネットワーク、個別医療機関など、それぞれのレベルに適合したシステムを考慮する。

第六は、「医療安全基準」の設定である。病院の認可および監視を含め、医療安全に関する医療機関の基準を設定し、そのチェックとモニタリングを実施する。

第七は、「医療安全管理委員会」の設置である。個別の医療機関に常設の委員会を設置し、医療安全に関する情報の把握、対策の実行、教育・訓練などの管理を行う。

以上の健康および臨床政策の項目は、大きな枠組みに過ぎないため、実際には、「医療安全委員会」などを設置して論議を進めるべきと考える。その際、わが国の医療システムの特徴を十分に考慮することは言うまでもないが、医療安全に対する取り組みを阻害してきた伝統的な組織・文化については、基本的な原則に基づいて改革をすすめることが求められる。

## E. 結論

医療事故(過誤)を防止する上で、健康および臨床政策の観点から、国際的な動向を把握するとともに、わが国における課題について検討を行なった。その結果、以下の結論を得た。

1) 医療事故の防止対策の積極的な取り組みは、1990年代から米国を中心として進められてきている。

2) 米国においては、医療事故に対する取り組みは、健康政策あるいは臨床政策の両レベルにおいて、系統的に進められている。とくに、IOMの報告以降、全国的なネットワーク形成による防止対策の計画立案とその実行が行われており、国際的なリーダーシップを取っていると考えられる。

3) 医療事故の発生状況は、米国以外の国でも同様であり、極めて深刻な状況にある。米国における取り組みは、こうした状況を改善する上で、促進要因として作用し、今後、他の国々でも医療事故防止が急速に進むものと予想される。

4) わが国における医療事故の防止対策は、極めて断片的であり、医療システム全体を視野に入れた、広範囲な対策を実行することが緊急の課題と考えられる。そこで、そのための政策の戦略枠組みを提示した。

## F. 文献

- 1) 柳田邦男: 医療事故の政府臨調を設けよ、現代、9:46-66、2000
- 2) 森功: 医療の質・エラー管理にみられる日本的特徴、医学のあゆみ、195:1046-1050、2000
- 3) 久繁哲徳: テクノロジー・アセスメントの応用、岩崎栄、編、今の医療の質を問う、98-107、厚生科学研究所、東京、1997
- 4) Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine: To err is human, National Academy Press, Washington, DC, 2000
- 5) AHCQR: Medical errors: the scope

of the problem, AHCQR, 2000

- 6) Vincent C, Ennis M, Audley RJ, eds: Medical accidents, Oxford Univ Press, Oxford, 1993
- 7) The Quality Interagency Coordination Task Force (QuIC): Doing what counts for patient safety: federal actions to reduce medical errors and their impact, Report of QuIC to the President, QuIC, 2000
- 8) Berwick DM: Reducing errors in medicine, BMJ, 319:136-137, 1999
- 9) Smith J: Study into medical errors planned for the UK, BMJ, 319:1091, 1999
- 10) The Editor: Facing up to medical error, BMJ, 320:724, 2000
- 11) 厚生省: 医薬品・医療用具等関連医療事故防止対策検討会の設置について、2000
- 12) リスクマネジメントスタンダードマニュアル作成委員会: リスクマネジメントマニュアル作成指針、厚生省保健医療局国立病院部政策医療課、2000
- 13) 国立大学医学部付属病院病院長会議常置委員会: 医療事故防止のための安全管理体制の確立について、中間報告、2000
- 14) 日本看護協会: 組織でとりくむ医療事故防止、看護管理のためのリスクマネジメント、日本看護協会、1999
- 15) Robert G, et al: Early warning systems for identifying new healthcare technologies, Health Technology Assessment, 3(13), 1999
- 16) Brennan TA, et al: Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients, NEJM, 324:370-376, 1991
- 17) Leape LL, et al: The nature of adverse events in hospitalized patients, NEJM, 324:377-384, 1991

- 18) Bates DW, et al: Incidence of adverse drug events and potential adverse drug events, JAMA, 274:29-34, 1995
- 19) Leape LL, et al: Systems analysis of adverse drug events, JAMA, 274:35-43, 1995
- 20) JCAHO: Facts about patient safety, 2000
- 21) JCAHO: Sentinel Events, 2000
- 22) Eisenberg, JM: Response of the Quality Interagency Coordination (QuIC) Task Force, AHRQ, 2000
- 23) National Patient Safety Foundation: Mission, Research program, News, 2000
- 24) Quality Interagency Coordination (QuIC) Task Force: About QuIC, Seering group, Work groups, Press release, 2000
- 25) Department of Veterans Affairs, Veterans Health Administration: VHA Handbook 1051/1, VHA, 1998
- 26) Department of Veterans Affairs: Network 2 integrated safety/risk management program, 2000
- 27) QuIC: Doing what counts for patient safety: Federal actions to reduce medical errors and their impact, Report of the QuIC to the President, 2000
- 28) Committee on Commerce, Committee on Veterans' affairs: Joint hearing: Medical errors: Improving quality of care and consumer information, 2000
- 29) AHRQ: 20 tips to help prevent medical errors, patient fact sheet, 2000
- 30) AHRQ: Five steps to safer health care, 2001
- 31) The Leapfrog Group: Mission, Members, Governance, 2001
- 32) National Quality Forum for Health Care Quality Measurement and Reporting: NQF, Mission, Current activities, News, 2001
- 33) AHRQ: Improving health care quality, a guide for patients and families, 2001
- 34) Vincent C, et al: Framework for analysing risk and safety in clinical medicine, BMJ, 316: 1154-1157, 1998
- 35) Smith J: Study into medical errors planned for the UK, BMJ, 319:1091, 1999
- 36) Berwick DM: Reducing errors in medicine, BMJ, 319:136-137, 1999

表1 米国における医療事故対策の動向

---

1996

- ・JCAHO「病院認定合同委員会」、  
「監視事象政策」開始

1997

- ・「保健医療産業における消費者保護  
と質に関する諮問委員会」設立
- ・米国医師会NPSF「全国患者安全基金」、  
設立

1998

- ・QulC「質に関する省庁間調整作業  
委員会」設立
- ・VA「退役軍人省」による「患者安  
全改善」プログラム開始

1999

- ・IOM「医学研究所」報告書
- ・NQF「保健医療の質の測定と報告の全米  
公共広場」設立

2000

- ・VAによる「統合的安全・危険管理」  
プログラム設立
- ・医療過誤と患者安全に関する全国サミット
- ・保健医療の質に関する消費者への情報提供

2001

- ・「質改善・患者安全センター」の設立
-



表2 医療事故に関連する米国行政機関

- 
- ・QulC(質に関する省庁間調整作業委員会)
  - ・NQF(保健医療の質の測定と報告の全米公共広場)
  - ・AHRQ(保健医療研究・質局)
  - ・VA(退役軍人省)
  - ・HCFA(保健医療財務局)
  - ・CDC(疾病管理予防センター)
  - ・FDA(食品医薬品管理局)
- 

表3 JCAHOの患者安全対策(2000)

- 
1. 新基準の開発  
監視事象の把握、報告、分析、提示を実行する機能を運営する
  2. 監視事象政策  
全ての有害事象の強力な評価を実行する
  3. 監視事象警報  
将来の医療過誤を防止するために、教訓を医療機関で分かち合う
  4. 質監視事務局  
医療機関に対する訴えを報告および検討する
  5. その他
-

表4 JCAHOの監視事象政策

- 
- ・監視事象の相対的頻度と背景にある原因について学ぶための、医療過誤の自発的報告
  - ・将来の監視事象の発生危険を減少させるための、医療機関の間の教訓の分かち合い
  - ・1996年から実施
- 

- ・監視事象発生時、信頼性のある根本原因分析の実施
  - ・危険を減少させるための改善策の実行
  - ・改善策の効果の評価
  - ・根本原因分析による医療機関のシステムと過程の問題点の洗い出し
- 

表5 監視事象の報告フォーマット (JCAHO)

---

医療機関名、所在地  
事象の発生日  
事象の要約  
根本原因分析開始の有無  
監視事象に関する情報の共有方法  
連絡先

---

表6 根本原因分析の枠組み (JCAHO)

何が起こったか？	監視事象
何故起こったか？	過程と活動
何が主要な要因か？	人間要因 機器要因 管理可能な環境要因 その他
そうしたことが 何故起こったのか？ これらの主要要因の 背景に潜むのは、 どんなシステムと過程 なのか？	人間の過誤問題 情報管理問題 環境管理問題 指導性問題 管理不能要因
危険減少戦略	

表7 NPSFの4つの主要戦略

1. 保健医療における人間・組織の過誤と  
事故防止に関する研究の促進
2. 安全とその侵害に関する新知識の実行  
の促進
3. 患者安全を強化するための認識の向上、  
情報伝達と対話の促進
4. 患者安全を進展するための情報、協調  
関係、教育方法の開発

表8 NPSFの採択研究(1999)

- 
- ・過失の累積要約方法の前向き利用による  
心臓手術における患者安全の改善
  - ・小児科における鎮静:病院における診断・  
治療を要する小児に対する安全性と効能
  - ・救急シミュレーションにおける過誤の探索と  
回復の理解と改善
  - ・重症医療過誤:小児科における予防戦略  
の評価
- 

表9 QuiCの目的と概要

---

目的

医療の質改善に向けて、全ての連邦省庁  
(購入、提供、研究、規制)が協調して活  
動することを保証する

---

設立

「保健医療産業における消費者保護と質  
に関する諮問委員会」の最終報告に基づき  
大統領が設立

---

活動

- ・国民に医療選択の支援となる情報を提供
  - ・連邦政府により購入・提供される医療の改善
  - ・保健医療システムの改善に必要な下部構造の  
開発
- 

構成

厚生省、AHRQ、防衛省、退役軍人省、商務省など

---

作業委員会

- ・患者・消費者の情報
  - ・質指標の改善
  - ・作業者の能力開発
  - ・臨床の質改善の主要機会
  - ・情報システムの改善
-

表10 QuICによる行動提示(2000)

- 
1. 質改善・患者安全センターの設立
  2. 全 50 州に医療過誤の報告システムの確立
  3. 現在の連邦政府の監視活動を通じ安全を改善
  4. 医薬品安全の改善のためにコンピュータ・システムの導入
- 

表11 医療過誤と患者安全調査に関する全国サミット(QuIC, 2000)

- 
- パネル1:消費者と購入者  
パネル2:広範囲なシステム接近法  
パネル3:特別なシステムの問題  
パネル4:報告の問題と学習法  
パネル5:連邦提携と公共政策の提示
- 

表12 国民・患者への情報 (QuIC, 2000)  
「安全な保健医療への5段階」

- 
1. 質問や心配があれば話す
  2. 使った全ての薬のリストを保存する
  3. 検査・治療の結果を得ているか確認する
  4. 病院治療が必要なとき、選択肢を主治医に聞く
  5. 手術が必要な時、起きることを自分が理解しているか確認する
-

表13 NQFの概要

---

目的

- ・保健医療の質測定と報告に関する全国戦略の開発と実行
  - ・公的・民間の協力体制の確立
- 

設立

「保健医療産業における消費者保護と質に関する諮問委員会」の最終報告に基づき 1999 年に副大統領により設立

---

組織

民間、非営利団体として設立  
保健医療部門の全領域からの参加

---

評議会

- 1) 消費者
  - 2) 購入者
  - 3) 提供者・健康プラン
  - 4) 研究・質改善
- 

作業

- 1) 質の測定と報告を調整・促進するための全国的な枠組みの設定
  - 2) 質の測定、データ収集の実行と、報告基準の包括的な開発
  - 3) 定期的に、質の遂行能力と消費者保護の指標セットを把握・推薦
- 他全 9 項目
-

表14 VAIにおける患者安全改善プログラム(1998)

---

退役軍人健康管理ハンドブックの改定  
「危険管理」から「患者安全改善」へ

---

目的

- ・患者の傷害を予防
  - ・傷害を管理し負の影響結果を最小化
- 

目的達成の手順

1. 有害事象発生前にサービス提供システムの分析
  2. 全ての有害事象の適切な把握と報告
  3. 根本原因の把握とシステム改善のための有害事象の評価
  4. 効果的なシステム改善に関する情報伝達
  5. 患者・家族への情報提供と選択肢の提示
-

表15 VAにおける統合的安全・危機管理プログラム(2000)

目的

- ・患者の偶発事象・安全事象について評価、報告、追跡、監視するための手順と責任を定義し、概説する
- ・叱責無しの「安全文化」の促進

政策

有害事象発生の危険を最小化するために、明確な見取り図を提供する（事象の定義、種類、処理方法など）

表16 IOM報告における4レベルの勧告(1999)

- ・安全に関する知識を強化するために、指導性、研究、手段、計画を作成できるような、国家的な中心を確立する
- ・自主報告の努力の奨励とともに、迅速で強力な強制報告の努力により、過誤を把握し学習する(両者は、医療システムを患者に対してより安全にすること保証することを目的としている)
- ・監督機関、集団購入者、医療専門団体の行動を通じて、安全改善の基準と期待値を向上させる
- ・医療提供レベルでの安全な行為の実行により、医療機関内部に安全システムをつくりあげる(このレベルが全ての勧告の究極目的となる)



表17 AHRQによるCERT「治療に関する教育・研究センター」(医療製品の安全で効果的な利用を改善するための研究プログラム)(1999)

---

目的

医療製品の患者医療への望ましい影響を促進するための研究

---

予算

3年間:8億円

---

センター

デューク大学、ノースカロライナ大学、  
ヴァンデルビルト大学、ジョージタウン大学

---

表18 医療過誤の防止を支援するための20の秘訣  
(AHRQ, 2000)

---

**あなたは何かができる？ 自分の医療に参加しよう**

1. 過誤防止を支援する最も重要な方法は、自分の医療チームの活動的な一員になることである  
医薬品
  2. あなたが服薬している全ての薬について、主治医全員が知っているかどうか確認しよう(薬には、処方薬や市販薬、食事補助剤(ビタミンや薬草)が含まれる)
  3. 医薬品に対するあなたのアレルギーや副作用について、主治医が知っているかどうか確認しよう
  4. 主治医が処方を書いた時、それが読めるかどうか確認しよう
  5. あなたの医薬品に関する情報を理解できているかどうか尋ねよう(処方をもらった時と薬を受け取った時)
  6. 薬局で薬を受け取った時、「この薬は私の主治医が処方したものですか」と尋ねよう
  7. 医薬品のラベルの指示について質問があれば、尋ねよう
-

表18 つづき

---

8. 液体の医薬品を量るための最善の器具について、あなたの薬剤師に尋ねよう(また、その使い方がわからない時も尋ねよう)

9. 医薬品により生じる副作用について、文書情報を尋ねよう

**入院中**

10. 選択できるならば、あなたが受ける治療や手術を多くの患者が受けている病院を選ぼう

11. 入院中は、あなたに直接接触する全ての医療従事者に、手を洗ったかどうか尋ねよう

12. 退院する時に、自宅で行う治療計画について、主治医に説明してもらおう

**手術**

13. 手術を受ける時は、あなたと主治医、担当外科医が全員同意し、実際に何が行われるか明確にしているか、確認しよう

**実行できる他の行動**

14. 質問や不安があれば聞く

15. 誰かが(個人的な主治医)あなたの医療に責任を持っているかどうかを確認しよう

16. あなたの医療に関係する全ての医療従事者が、あなたに関する重要な健康情報を持っているか確認しよう

17. 家族か友人に、あなたと一緒にいるか、またあなたの支持者(物事がちゃんと行われるよう助け、あなたの代わりに聞くことができる)になってくれるか尋ねよう

18. 「過ぎたるは」及ばざるが如し、ということを知ろう

19. 検査を受ける時、便りの無いのは良い知らせと思わないこと

20. あなたの病状や治療について、主治医や看護婦に尋ねたり、信頼できる情報源を利用して、学ぼう

---

表19 BMJの医療事故に関する特集号  
(BMJ,320(7237), 2000)

---

**巻頭言**

安全な保健医療:それに精通しているか  
医療過誤:第二の犠牲  
医療過誤を減少するための認定機関の役割  
過誤報告システムが自発的であるべき理由  
過誤について話そう

---

**論文**

救急医の X 線腕影の誤りの減少  
高齢患者における予防可能な有害事象の発生と種類  
医療と航空における過誤、ストレス、チームワーク  
ベッドサイドにおけるコンピュータ処方と与薬の規則の実行

---

**臨床総説**

医療事故の報告と予防

---

**教育と論争**

人間過誤  
患者安全を改善するためのシステム変化  
医療過誤の疫学  
臨床偶発事象の調査と分析方法  
過誤管理について  
保健医療における患者安全のモデルとしての麻酔  
病院における与薬過誤率の減少への情報技術の利用  
継続医療と患者安全の進展との隔たり  
医療過誤の探索と報告

---

**表20 わが国における医療事故の防止対策の  
戦略について**

---

1. 「医療安全委員会」の設立
  2. 「医療安全センター」の設立
  3. 「医療安全省庁間調整委員会」の設立
  4. 「医療安全フォーラム」の設立
  5. 「医療過誤報告システム」の確立
  6. 「医療安全基準」の設定
  7. 「医療安全管理委員会」の設置
-