



グラジオラス通信 No.15

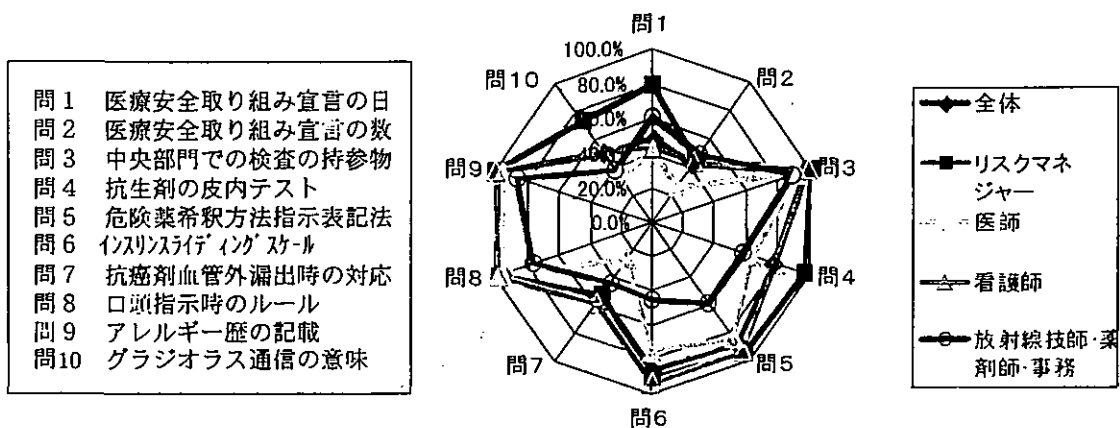


医療安全推進室
TEL: 7561 FAX: 7562
e-mail: safety-office@umin.ac.jp

<グラジオラス通信トリビア編結果>

医療安全への取り組み宣言の再認識と解答の確認を

「11月29日」は東北大学病院が医療安全への取り組み宣言を行った日（2002年）です。昨年の宣言の日から1年間で決まった医療安全に関する院内ルールについての知識を確認するための「グラジオラス通信トリビア編」を11月25日から12月1日の間に行いました。回収数はリスクマネジャー63名、医師68名、看護師552名、薬剤師・放射線技師・事務92名の合計775名でした。結果は下記に示す通りです。



問1、2、10の正答率が低かったのは残念ですが、臨床場面で必要な安全に関するルールについての正答率は高いことがわかりました。問7の正答率が低かったのですが、設問やマニュアルの表現を見直す必要性が示唆されました。解答編を配布していますので、この機会に確認をお願いします。

<内服薬のインシデントについて>

処方内容と指示の一致を

内服薬に関するインシデントは多く報告されています。要因として処方内容と指示（実際の内服方法）が違っている場合がかなりあるということがあげられます。処方内容と指示が一致することがインシデントを防ぐためには有効であるのですが、様々な理由（患者様の状態の変化、定期処方日の関係、症用上の問題など）で、なかなかうまくいかないのが現状です。12月17日のリスクマネジャー会議でも議論していますが、病院全体として有効な対策を検討するまでには至っていません。処方内容と指示（実際の内服方法）が一致する事を目標に、対策を検討していきたいと考えています。各部署での工夫や根本的な対策等のご意見をお寄せください。

<医療事故に学ぶ会>

病院職員は講習会などに年2回以上参加することが求められています

2002年2月に発生した医療事故における病院としての対応の経緯と事故から学ぶべき点について、病院職員全員で共有する目的で「医療事故に学ぶ会」を企画します。

日時：平成16年1月22日（木）17時30分から
場所：臨床大講堂

多くの方の参加をお待ちしています。
*医療安全に関する研修受講シール発行対象です。

厚生労働科学研究費補助金(医療技術評価総合研究事業)
精神科領域における医療安全対策に関する研究
分担研究報告書

精神科における医療安全の原則と課題
－平成15年度収集の文献・資料の検討から－

分担研究者 佐藤 忠彦 (社会福祉法人桜ヶ丘社会事業協会 桜ヶ丘記念病院 院長)

研究要旨：

日本における医療安全対策は、近年では、平成10年に日本医師会・医療安全対策委員会が「医療におけるリスク・マネジメントについて」という答申を作成したことを嚆矢として、また、同11年1月に発生した横浜市立大学の「患者誤認事故」を奇禍として、一躍医療の中心的課題として脚光を浴び、医療倫理の重要課題とも認識された。しかし、医療安全の諸問題は、米国の先例を見ても、日本の医療現場に内在してきたことは明らかであり、むしろ遅きに失したと言っても過言ではないように思われる。しかも、精神科医療の分野は、日本では歴史的な負の遺産を払拭し切れてはいないため、また精神科医療の特性や固有の課題を孕んでいるため、その進捗状況は一般の診療科と比較してさらに不十分であると思われる。そこに、本分担研究が一部を構成する全体研究の意義がある。

本分担研究では、今年度は出来る限りの文献と資料を収集し整理した。その結果集積された合計119篇の文献と資料を検討し、その中で当面必要な文献・資料のレビューを行った。これにより、第一に、厚生労働省が整理したことにより一般の身体各科に要求されることとなった医療安全水準の一般的な原理原則、論点と課題とを明らかとした。一方、日本医師会に代表される医療提供側の問題意識を検証し、同時に精神科の医療現場が到達した現状を発表された諸論文を通して分析検討した。これらにより、精神科領域において今後医療安全のために求められる課題を明確とすることが出来た。

厚生労働省の動向については、「患者誤認事故防止方策に関する検討会報告書」(平成11年5月)、「医療安全推進総合対策」(平成14年4月)、「医療に係る事故事例情報の取扱いに関する検討部会報告書」(平成15年4月)を検討した。日本医師会の動向については、日本医師会・医療安全対策委員会答申「医療におけるリスク・マネジメントについて」(平成10年3月)、日本医師会・医療安全対策委員会答申「患者の安全を確保するための諸対策について」(平成13年8月)、日本医師会「医療安全管理指針のモデル」(平成14年)を検討した。精神科医療の動向については、日本精神科病院協会の協会誌に掲載された、平成7年(1995年)と平成13年(2001年)の医療安全特集の諸論文を分析した。

A 研究目的

日本における医療安全対策は、近年では、平成10年に日本医師会・医療安全対策委員会が「医療におけるリスク・マネジメントについて」という答申を作成したことを嚆矢として、同13年3月には厚生労働省が「医療の安全確保のための対策事例」という標題の大部の資料集を作成配布し、同14年4月に同省が「医療安全推進総合対策」を策定し、診療報酬上に位置づけたことにより、取り組むべき課題の大筋は明らかとなった。それ以来、大学病院や総合病院において一般の診療科を中心として、急速に進展を遂げてきた。これらの動向は、長い間に蓄積された歴史的な負の遺産を抱える日本の精神病院に、一般病院と同等の施設や設備、概念や体制を急速に迫るものであり、いわば時代を画するものであったが、同時にまた、指針類は一般の診療科を対象としているため、精神科領域が抱えてきた特性や固有の課題、すなわち一般の診療科と同様のいわば狭義の医療行為以外に、精神症状それ自体による問題行動、判断能力・意思能力の低下と非自発的医療による問題、精神保健福祉法による諸手続と保護、さらには民間の単科精神科病院の比重が大きいこと、等に応えているとは言えなかった。日本の民間精神科病院の大多数が加盟している日本精神科病院協会では、1983年に協会誌で、関係団体としては早期にこの課題を取り上げたが、今なおすべての精神医療従事者がこの課題を共有し、検証し、改善のための方策を示しているとは言えない。標題の「精神科領域における医療安全対策に関する研究（主任研究者 佐藤光源）」はこれらの課題を明らかとして、精神科医療分野においても医療安全対策を進展させるために計画されたものとして理解される。

本分担研究はその一環であり、医学・医

療全般が到達した一般の身体各科の医療安全に関する水準を検証し、一方、精神科の医療現場が到達した現状を分析検討し、もって精神科領域が求められている今後の課題を明らかとすることを目的としている。

B 研究方法

本研究班が平成15年度に収集した文献と資料は合計119篇にのぼるが、今年度はその中で当面必要な文献・資料のレビューを行った。第一に、厚生労働省が整理したことにより一般の身体各科に要求されることとなった医療安全水準を検証し、医療安全の一般的な原理原則について、論点と課題とを明らかとした。一方、日本医師会に代表される医療提供側の問題意識を検証し、同時に精神科の医療現場が到達した現状を分析検討し、精神科領域における医療安全が求められる今後の課題を明確にすることとした。

（倫理面の配慮）

すでに公表された文献資料に基づくものであるため、個人情報あるいは個別情報の取り扱いに関する倫理に抵触することはない。

C 研究成果

1 厚生労働省の動向

厚生労働省の取り組みは、近年では、平成13年に各医療機関に配布された「医療の安全確保のための対策事例」という大部の資料集によって知られたが、その資料集にも収載されている「患者誤認事故防止方策に関する検討会報告書」（平成11年5月）によって、現在の要点の大筋が整理され、先行的に提言されている。

厚生労働省の総合的な医療安全対策は、平成13年5月に設置された「医療安全対策検討会議」が、同14年4月に取りまとめられた「医療安全推進総合対策」によって、その後の理論的基礎と実務的課題とが示された。

しかしながら、それらを国レベルで実践することについては、「医療安全対策ネットワーク整備事業」（平成14年10月24日、医療安全対策検討会議ヒヤリ・ハット事例検討作業部会報告）や、「医療に係る事故事例情報の取扱いに関する検討部会報告書」（平成15年4月15日）に見られるように、事故事例の分析方法ならびに活用の方針や社会的システムの必要性が提示された段階であり、現在なお途上にあると考えて差し支えない。

1) 「患者誤認事故防止方策に関する検討会報告書」（平成11年5月）

本報告書は、患者誤認事故予防のための院内管理体制の確立方策に関する検討を行い、類似事故の再発防止のための防止方策について検討したものであるが、その他の医療事故防止に共通する方策にも触れ、病院全体の管理システムの在り方を提言している。そのために、全国82の特定機能病院を対象にアンケート調査を実施している。この中で、患者誤認事故の具体的な事故防止方策を除く、医療事故全般の防止に共通する方策に言及している部分は次の通りである。

①医療事故防止に関する基本的な用語の整理と基本的な考え方

医療事故、医療過誤、エラー、誤認、インシデント、アクシデント、リスクマネジメント等について、定義、基本的な理解を示している。

②リスクマネジメントの構築に当たってのポイント

職種別の取り組みのみならず、オープンに議論できる風土の形成や医療チームにおけるコミュニケーション、患者－医療従事者間のコミュニケーションの重要性まで指摘している。

③今後の課題

啓発・普及、医療従事者の卒前教育及び研修活動の充実、医療事故防止のための研究の推進、その他の医療事故等への対応、が取り上げられ、具体的な方策が提言されている。

④参考資料

米国の病院や他分野の取り組み、さらに上記のアンケート調査の結果が資料として紹介されている。

2) 「医療安全推進総合対策」（平成14年4月）

これは、本文47ページ、別紙3ページに加えて、参考資料17点（82ページ）、さらに医療安全推進に関するアクションプログラム15ページからなる、大部のものである。

ここで述べられている事項は、大略以下の通りである。

①基本的な認識

安全文化を醸成し、医療の安全と信頼を高めることが緊急の課題であり、他産業のシステムにも学びながら、「人は誤りを犯す」ことを前提に、「人」、「物」、「組織」、「ソフト」等を含めたシステム全体を安全性の高いものにしていくことが課題である。したがって、事故の予防を考える場合は、「誤り」に対する個人の責任追及よりも、「誤り」の原因を究明し、防止のための対策を立てていくことが極めて重要である。そのためには、「医療を受ける主体は患者本人であり、患者が求める医療を提供していく」という患者の視点に立った医療の実現が課題となっていることを認識するように、謳っている。すなわち、患者に必要な情報を十分提供することや、患者が自ら相談できる体制を整え、患者が医療に主体的に参加できる環境を作り上げていくことが、ひいては医師等と患者の信頼関係の醸成につながる、という。

②関係者の責務

国、地方自治体、医療機関、医薬品・医療用具関連企業、教育研修・研究機関、医療関係団体、保険者、その他、医療従事者個人等について、それぞれの責務が述べられ、患者に期待される役割にも触れられている。

③概念と用語の整理

リスクとリスク・マネジメントの一般的な用法、医療におけるリスク・マネジメント、アクシデントとインシデント、医療事故と医療過誤等について、概念と用語の整理が記述された。そして、本検討会議においては、「リスク・マネジメント」と「医療安全」、「アクシデント」と「事故」、「インシデント」と「ヒヤリ・ハット」とは、それぞれ同義とされている。

④医療機関における安全対策

イ) 基本的な考え方として、他産業における標準化や工程管理などの品質管理の手法を医療分野にも積極的に取り入れことと、患者の自己決定を支える体制が整備されることが必要とされている。

ロ) 医療機関における適正な安全管理体制として、管理者の指導力、委員会や部門の設置などの安全管理体制の整備、医療安全管理者の配置と活用、部門の独立や検討会などの内部評価と第三者機関等の外部評価、情報の管理、他機関等との連携、が必要とされている。

⑤安全対策のための人員の活用として、リスクを考慮した人員の配置、部門・部署や専門職種の壁を越えた倫理意識の共有をはじめとした職員に対する研修、職員の健康管理、が必要とされている。

⑥標準化等の推進と継続的な改善として、作業手順の統一化、クリティカルパス活用の推進、物品の保管や配置等の統一化、規則化の推進、1患者1番号、様式の統一化、指示変更の伝達方法の取り決め、ITの活

用、報告体制の構築、的確な原因分析など、正確で効率的な情報管理の促進や事故事例等の情報を活用した安全管理が必要とされている。

⑦医療機関における医薬品・医療用具等の安全管理として、医薬品採用、病棟の保管、疑義紹介の在り方、注射薬剤の取り扱い、輸血の安全管理、操作手順書の常備・保守管理・採用の統一化などの医療用具に関する安全管理、が必要とされている。

⑧作業環境・療養環境の整備として、作業台の広さ、作業空間、採光、ベッド・トイレ・浴室等の周辺環境や構造設備の改善も必要とされている。

⑨医療機関における信頼の確保のための取組として、インフォームド・コンセントのより一層の徹底、患者からの相談窓口の設置、患者への情報提供と医療安全、等が必要とされている。

⑩医薬品・医療用具にかかわる安全性の向上

イ) 基本的な考え方として、医療の高度化、複雑化の中で、多種多様な医薬品等が用いられるようになり、医療安全対策上非常に重要な要素となっている。したがって、医療機関内の要素と企業によって提供される「製品そのもの」と「安全に使うための情報」とがバランスよく機能しなければならない。そのために、使用の安全、製品の開発と改良、医療機関等への情報提供、が必要とされている。

ロ) 医薬品・医療用具の取組として、販売名・外観の類似性、標準化・統一化、情報の提供・活用・共有、ヒューマンファクターエンジニアリングの積極的な活用、適切な保守管理、研修の支援、等が必要とされている。

⑪教育研修、⑫環境整備、⑬国として当面取り組むべき課題、等についても、それぞれ詳述されている。

3)「医療に係る事故事例情報の取扱いに関する検討部会報告書」(平成15年4月)

本報告書では、「事故事例を全国的に共有し、安全対策に活用する取組については今後の検討課題とされている」と述べ、以下の諸点を提言している。

①事故事例情報活用の基本的考え方

事故の発生予防・再発防止のために事故事例情報の収集・分析・フィードバックの仕組みを構築することを最優先とする。さらに、全国的な医療事故の発生頻度の把握や、医療機関の安全性に関する指標の開発などの調査研究を進めること、広く国民に対して情報を分かりやすく提供する、ことなどを述べている。一方、医療行為の特性として、医療行為に起因するものか、本来の疾病によるものか判断の困難なものが存在していることを考慮すること、としている。

②事故事例情報の活用方針

情報の収集にあたっては、医療機関、医療関係団体のみならず、患者・家族等からも幅広く収集し、総合的に分析・検討し、結果を幅広く提供する仕組みを構築すべきである。その際、有用な情報を可能な限り幅広く収集するためには、収集範囲を厳密には区別せず、また全ての医療機関から報告を強く促す方策や報告者が不利益を被らず防衛医療や萎縮医療に陥らないような適切な対策が必要である、としている。そして、医療従事者の教育・研修や中立の第三者機関の設置を提言している。

③事故発生頻度の把握等

得られるデータの信頼性の観点から、事項発生状況の把握のための調査研究を早急に開始することや、個別医療機関ごとの安全性に関する情報を提供するために、合理的な指標の開発が勧められている。

④個別事例への対応方針

患者・家族からの苦情や相談に迅速に対

応するシステムを構築することが極めて重要であるとして、医療機関、地域医師会、患者支援団体等における患者相談や、15年度から都道府県に設置される「医療安全支援センター」を充実させることを提案している。また、裁判外での紛争解決手段、診療情報の提供の促進、行政の安全対策の徹底、行政処分、医療関係団体や学会の自浄作用が言及されている。

⑤事故の発生予防・再発防止のための制度作り

医療事故の発生予防・再発防止のためには、事故事例情報を収集・分析し、その改善方策等を社会に還元するためのシステムの構築が最も重要であるとして、中立的な第三者機関の設置が提言されている。その収集の仕組みとして、該当する情報については全ての医療機関から報告を強く促す方策を検討し、患者・家族からの情報も収集し、特に重大な事例については国立病院や大学病院からの報告を義務付ける、ことなどを提案している。さらに、国は教育研修、環境整備を図る、としている。

⑥患者・家族からの相談体制の機能充実

平成15年度から都道府県や二次医療圏等に「医療安全支援センター」を設置し、運営には「医療安全推進協議会」や「窓口相談」を置く、としている。

⑦その他の国の取組等

国は、情報の提供、普及啓発、調査研究等を行う、としている。

2 一般の医療提供側の動向－日本医師会の分析を通して

日本医師会は、平成10年3月に医療安全対策委員会が「医療におけるリスク・マネジメントについて」という答申を発表して、この分野では先鞭を付けた。代表的な要点や論点については以下の文献・資料に提示されている。

1) 日本医師会・医療安全対策委員会答申
「医療におけるリスク・マネジメントについて」(平成10年3月)

本答申は日本におけるこの分野の嚆矢となった。ここで初めて、「医療事故・医事紛争の予防に関して、アメリカのリスク・マネジメントの手法を学びながら、(略)わが国の医療制度にも適合しうる、現実的で実効性のある対策を目指す」ことが提唱されている。そして、「医療事故予防対策の提言」として、ハインリッヒの法則とフェイルセーフの発想を踏まえ、以下の7つの提言を行い、これはその後のさまざまな医療団体が作成した指針類の原型となっている。

- ①情報収集体制とその組織の確率、
- ②院内に事故報告体制等の組織を整備、
- ③安全対策マニュアルの作成と徹底、
- ④医療現場の意識改革、
- ⑤医療職の労働条件の改善、
- ⑥生涯教育・啓蒙活動にリスク・マネジメントの導入、
- ⑦医学教育・医師養成のありかたに対して、等である。

2) 日本医師会・医療安全対策委員会答申
「患者の安全を確保するための諸対策について」(平成13年8月)

同委員会の新たな答申では、「基本理念の深化を図り、その上で、ヒト、モノ、組織と情報の観点から、より具体的かつ多角的な検討」を行っている(同答申より)。

この答申では、第1に「理念」の関連では、臨床医学は不確実性の学問であり、確率の技術であるとした上で、医療事故に対しては「責任追求型」ではなく、「原因追求型」のアプローチが重要であり、医療事故の原因を最終行為者となった医療従事者の不注意や判断ミスに帰するのではなく、背景要因の十分な検討や精緻な原因分析が不可欠である、とする。そして、医療事故に

取り組む観点として、「事故防止」、「事故調査」、「事故対応」の3つを挙げているが、この内の「事故防止」と「医療の質の向上」とを目指すことが重要であり、そのためには、産業界でとられてきた総合的質管理(TQM)の手法を導入することなどを説いている。

第2の「ヒト」に関連しては、ヘルシンキ宣言を踏まえた医療従事者の資質向上の責務を述べ、教育訓練の事項では、チーム医療と職種間連携や患者とのコミュニケーションが指摘されている。また、業務の質と人員の適正配置も必要事項として挙げられ、ここでは、業務量、勤務条件、救急医療や医療政策上の方策が言及されている。

第3の「モノ」では、医薬品、医療用具、医療施設等に関する安全対策を述べ、効果的な事故予防対策の実行のためには、医療においても産業界の安全に対する考え方を本格的に導入すべき時期がきている、と提言している。

第4の「組織とコミュニケーション」として、「患者の安全」のための体制作りが説かれ、そのための方策として、リーダーシップと意識改革、リスク・マネジメント委員会の組織と活動、「患者の安全」のための情報収集、という3点を論述している。

3) 日本医師会「医療安全管理指針のモデル」(平成14年)

これは、以上の答申を纏め、実務のために提示されたものと理解される。

3 精神科医療の動向ー日本精神科病院協会の分析を通して

日本精神科病院協会(以下、日精協)は、これまでにその機関誌「日本精神科病院協会雑誌(以下、日精協誌)」において、最近20年間では平成16年3月までに、昭和58年、同61年、平成7年、同13年

(註：この年の特集としては、「医療事故防止と安全対策」および「自殺とその予防対策」の2回行われた)の5回にわたり精神科の医療事故ないし安全対策についての特集を組んでいる。同協会は日本における代表的な精神科医療団体であるので、これらに掲載されてきた諸論文による統計、事例紹介、医療と法曹の視点の対比等を通じて、日本の精神科医療が直面ないし遭遇してきた、医療事故、安全対策等の現状と課題とを知ることができる。本稿においては近年の2つの特集について検討を行った。

1) 平成7年(1995年)特集が示した実状と課題

石橋は、精神科医療事故総論として、事故内容は、「自殺」、「患者間傷害及び致死」、「抗精神病薬の副作用」、「合併症」、「突然死」が大半を占め、骨折が増加し誤嚥も珍しくないことを報告した上で、精神病院では、他の診療科の病院と異なり、注意義務の範囲が広いとされていることを指摘している。そして、自殺については予見または回避することの難しさを述べ、患者の人権に関しては、「管理する看護」が批判される一方で、最高裁が「患者の所持品検査をしないことは病院の過失である」と判断したことに苦慮している。

角南は、精神科医療事故の特異性としてもっとも目立つのは、自傷・他害に関するものがその多くを占めていることであり、医師の過失で直接患者を死に至らしめることよりも、患者自らの行為による死や他害の発生が医師の過失に結びついているという点、と指摘している。にも拘わらず、同様に徴候を予見することは困難であると述べている。角南は1988年(昭和63年)4月から1994年(平成6年)3月までの6年間に日精協に寄せられた事故報告書のうちから、患者間傷害事故について抽出し調査している。それによると、総件

数521件のうち自殺は32.1%、患者間傷害は24.6%であり、患者間傷害では第Ⅰ当事者、第Ⅱ当事者(註：通常の、被害者と加害者を指す)の病名はともに精神分裂病(註：現統合失調症)がもっとも多いが、痴呆の患者さんも少なくない、としたほか詳細な分析を行い、対策として治療環境を整えることと治療共同体的な病棟運営がなされることとが重要である、と指摘している。

谷は、平成2年度から同6年度までの5年間に日精協に報告のあった436件のうち、自殺例144件(33%)の分析を報告している。それによると、自殺の報告例が漸増していることが窺われており、しかも実態はその5倍から10倍に及ぶ可能性を指摘している。内訳は、陳旧性分裂病に多いとなっている。谷はまた、病院側敗訴例3例を分析し、精神医学的見地から評価と批判を行っており、裁判官に代表される社会的な通念との距離を示唆している。

齋藤は、身体的拘束に係わる事件と事故として、抑制帯による緊縛が強すぎたり、拘束が長時間にわたったことによる事故のほかに、拘束が不十分だったために起きた事故を紹介し、大阪高裁判決(昭和55年9月26日)が示した基準に従って対処することを指摘する一方、抑制帯を強く抑制することを求めた東京地裁判決(平成7年2月17日)を批判している。

小原は、日精協に寄せられた誤嚥の事例を踏まえて論述している。

古谷は、精神病院入院患者の外科的、内科的疾患と病院の法的責任として、精神科医が専門外診療をおこなう場合の注意義務、転送義務に関連した注意点を、事例に則して論述している。

和泉は、入院患者の自殺例や患者間傷害から排便チェック記録に至る医療事故の事例を幅広く紹介し、チーム医療に関わる全

ての職種や家族の誠意と協力までもが、事故の発生と防止に関係してくると述べている。その点で、精神科医療には医療と保護の共存すなわち治療と事故防止の共存共立が求められていると指摘している。

松岡は、入院をめぐる裁判事例として、患者搬送代行会社の利用による入院導入に関する事例、U病院をめぐる入院判断・手続に関する裁判事例、入院同意は医療保護入院の「開始の要件」であると同時に「入院継続の要件」であるので、保護者の同意が撤回された時は患者を退院させざるをえない事例、を挙げ、分析と検証を行っている。

近藤は、先ず、昭和63年から平成5年までの5年間に、日精協に報告された事故例を、①自傷事故（自殺・同未遂）、②他害事故（患者間殺傷・第三者殺傷）、③その他の事故（レク中の事故。病棟内の転倒・転落。誤嚥・突然死。薬物の副作用。投薬ミス。など）、という3つの類型に大きく分けている。この割合は、そのいずれも約1/3という。近藤によれば、これらが訴訟となった場合、法律家が指摘し問題とするのは、事故の予見可能性と病院の管理責任であるという。このうち、予見可能性については、外出散歩中の自殺事例、無断離院して歩行者を刺殺した事例、入院患者が同じ入院患者2人を殺害し自らもその刃物で自殺を遂げた事例、について分析を行い、医療側から判決の検討を論じている。また、病院の管理責任については、購入したナイフで入院患者を刺殺した事例、入院患者がマッチで放火した事例を取り上げ、所持品の検査・管理に係わる管理責任と患者の人権を侵すおそれや信頼関係との矛盾を論じている。また、臨床現場では、構造や看護体制を工夫しても自殺予防が難しい事例があることにも言及している。したがって、精神科医療事故の裁判では、事故当

時の医療水準に照らして著しい逸脱行為がなければ免責とされることの必要性、開放処遇・管理責任・社会防衛的な役割との矛盾と行政の責任、法曹との交流の必要性等を指摘している。

2) 平成13年(2001年)特集が示した実状と課題

角南は、医療事故防止について、米国医学研究機構(IMO)報告書の標題となった「人間は過ちを犯すもの」という命題を前提として、人間の情報処理能力と行為系列という観点から、A. 入力エラー、B. 判断エラー、C. 操作エラー、の3点に整理した。そして、ヒューマンファクターの分析手法としては、バリエーションツリーにより分析し、m-SHELモデルを手がかりとして「なぜなぜ分析」を行い背後要因を探ることを提唱している。また、これらに関する法的整備、とくに法的免責に触れている。

三宅は、一般の総合病院の立場と経験から、病院各部門の直面している課題を列記した上で、次のように必要性を主張している諸点が参考になる。すなわち、①情報の流れが一元化したソフトとハード両面でのシステム作り、その継続的な改善、管理者のリーダーシップ、職員の教育、②リスク把握システムの3つの手法(Incident reporting system、Occurrence reporting system、Occurrence screening system)、③SHELモデル、④エラーレジスタントとエラートレラントという考え方の導入、等である。そのために、三宅の病院では、メディカル・リスク・マネジメント委員会、カルテ記載、クリティカルパス、危険予知システムの構築、院内チェック機能、医療従事者の基本的マナーとしてのコミュニケーション、等に取り組んでいる、という。そして、いま医療界では、医療の透明性を

高めることが求められていると強調している。

黒須らは、薬剤管理と医薬品のリスクマネジメントに係わる薬剤師の立場から、一般の医療事故では第1位を薬剤に関する事故が占めている事態を踏まえて、黒須らの病院の調剤過誤、誤薬防止に向けた取り組みを紹介している。それによると、①散剤調剤の割合を抑えること、②ワンドースパッケージの実施、③調剤過誤報告書による報告の義務付け、④薬剤部事故防止三原則（ダブルチェック、疑義照会、読み上げ・読み合わせ）と「与薬業務事故防止対策」の作成、⑤与薬トレーの統一、等である。そして、コメディカスタッフの連携とチーム医療の重要性を述べている。

野島は、精神科病院の危機管理は、一般病院と同様な医療事故防止対策と、精神科特有の患者保護に関する安全対策と二つの側面がある、と述べている。野島の病院では、平成3年から現在の危機管理システムを整えている。これは、第一に患者家族とのインフォームドコンセントを十分に行い、入院治療計画書による治療者側の一貫した引責的態度を取り、家族面接を頻繁に行うこととしている。第二に退院、転棟、初外泊、初外出は院長の許可を必要とし、院長は適切な医療チェックを行い、最終責任を積極的に引き受けている。第三にあらゆる看護記録に重症度と看護度とを記入しこれに沿って日常看護計画を立てている。第四に院内に事故対策委員会を設け、毎月一度、事故原因の究明と事後処置の方法が適切であったかどうかを検討している。平成元年から事故報告書を義務づけ、事故発生時の家族への連絡は主治医に義務づけている。また、報告書とは別に、簡単な院内問題・事故連絡表、ヒヤリ・カット報告書による報告も求めている、とする。これら、報告書の3本立てによる報告義務により事故発

生件数が減少した、と述べている。

石井は、1994年4月1日から2000年3月31日までの6年間に日精協医療問題検討委員会に報告された事故報告書を基に、精神科病院における医療事故の概要を報告している。それによると、6年間に報告された事故報告書A報告は793件、そのうち何らかの訴えを受けたB報告は182件で、23.0%であった。同委員会ではこれらA報告を15種類の事故類型に分類しており、多い順に、自殺、不慮の事故、患者間傷害となっている。そのうち、自殺についてはその態様を詳細に分析しているほか、不慮の事故としては転倒、転落、誤嚥・窒息について検討している。

南は、1994年以降の米国の現状と取り組みの流れを紹介し、とくに米国・医療施設審査合同委員会・JCAHOが5年間に審査した警鐘的事例942件中では、自殺、誤薬、転倒、暴行・殺人、拘束中の死亡・傷害、無断離院と精神科領域で見られる事故が多いが、「誰がミスをしたか」ではなく、「なぜ間違いが起きたのか」という観点から根本原因分析が行われている、と述べている。南は、病院は消費者に医療サービスを提供する医療機関であり、したがって、法的にも、説明責任や安全管理義務（責任）が課せられている、とした上で、南の病院の実践と医療事故の分析結果とを報告している。それによると、1998年以来、職員の教育研修、目標管理制度、医療事故対策委員会、マニュアル作成とを行っており、2000年の9カ月間の結果では、内服薬の誤薬、無断離院、転倒が上位を占めていたという。南はこれらに加えて、自殺、隔離室での事故を合わせて注意すべき要点を展開している。

上村は、医療事故で考えるべき重要な点として、医師の指示のもとでの管理がコ・メディカルスタッフから考える力を奪い、

自己決定、自己責任のないスタッフが存在してしまうことに注目する。そして、入院病床の削減と在宅サポート体制の確立にあたっては、管理しないことを方針とした、と述べている。上村とともに仕事をしている尾上は、第2病院の開設から看護者として参加してきた立場から、看護部内に設置した「看護ケア安全対策部会」の活動内容と成果とを報告している。同院は、慢性期疾患を対象とした高齢者が多いため、主として転倒事故防止に焦点を当てている、という。そのためには、組織を必要以上に管理せず職員の自由な発想による組織風土づくりが病院組織を活性化させる唯一の方法である、と強調している。

牧は、牧の病院が平成9年以来取り組んできた事故防止対策として、リスクマネジメント(RM)委員会とRMレポートの活動を紹介し、その後4年間の結果と分析とを報告している。その結果、ほとんど全ての項目で発生件数は減少しているが、改善が困難な事例はサービス、事故、与薬・注射事例であったということであり、そのうちの与薬・注射事例についてとくに取り上げて考察している。また、これらのレポートに対して法的保護の必要性に言及している。

長尾は、長尾の病院では「医療事故防止対策委員会」を設置し、インシデントについては、「大阪府医療事故防止対策ガイドライン」を参考に、精神科の特殊性も考慮したチェック形式のレポートを作成し、院内LANを用い27台の端末からサーバに情報集積している、と報告している。この情報は毎月の定例委員会で検討し、必要な情報は院内メールを利用して配信している、ということである。事故の場合は、患者への処置をした後、すみやかに部門責任者へ報告しその判断を仰ぐが、報告書に関しては、リスクマネージャーを通して委員会に

提出されてフィードバックされる。委員会は、当事者の責任を問うこと

を目的とはしていない。同院独自の対応や手段が工夫されている分野としては、投薬、処方、転倒、誤嚥、教育研修が挙げられている。また、長尾も、報告書の法的位置付けについて議論することを提唱している。

4 看護職およびその他コメディカルの動向

医療一般において、またとりわけ精神科医療において、患者家族と最も接し関与している医療従事者は看護職であることは論を待たない。したがって、看護職自身の立場と視点から医療安全の分析と検証を行うことはきわめて重要である。これに関しては、社団法人日本看護協会は「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」(平成11年9月)を定めている。また、精神科看護の専門団体である社団法人日本精神科看護技術協会もまた「精神科ナースのための医療事故防止・対策マニュアル」(2002年11月)を公表している。これらの分析検証およびその他コメディカルの動向については、今後の課題としたい。

D 考察

以上、見てきたように、医学・医療全般に要求され、一般の身体各科に共通している医療安全に関する水準と要点は概ね明らかとなった。一方、精神科の医療現場においても、一部の活発な精神科病院に限られているとはいえ、現状は一定水準に到達したこともまた、示された。したがって、個別の精神科医療機関の到達点を相互に学び取り入れることが肝要である。しかし、実践そのものはまだまだ試行錯誤であり、とくに多くの論者が要請している精神科医療固有の特性に関わる課題の掘り起こしとそ

れについての対応、システムとしての医療安全の確立は未完成であるといつて差し支えない。全国規模の標準化もこれからの課題であることが示されたと考えられる。一方、各医療機関内部に集積されている報告書に関連する法的整備については、等しく要請されている。

E 結論

本分担研究が取り上げた文献・資料の分析検証は有用である。次年度はさらにこれを展開し、日本における現在までの到達点

を明らかとして、精神科医療機関が相互に学ぶべき、医療安全の構築に向けての方法、要点等を明らかとすることが重要である。

F 健康危険情報

なし

G 研究発表

なし

H 知的所有権の出願・登録状況

なし

〔資料〕 文献・資料リスト (平成15年度収集分)

I. 厚生労働省関連

1. 医療の安全確保のための対策事例 Reference materials for securing safety in medical practices
厚生労働省 平成13年3月

(報告書関係)

- ① 医療におけるリスク・マネジメントについて - 医療安全対策委員会答申 -
日本医師会医療安全対策委員会 平成10年3月
- ② 患者誤認事故防止方策に関する検討会報告書 厚生省 平成11年5月
- ③ 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 - 平成11年9月
- ④ 横浜市立大学医学部附属病院における医療事故の再発防止策及び病院改革に関する
外部評価報告書 横浜市立大学 平成12年2月14日
- ⑤ 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年度医療技術評価総合研究
事業総括報告書 [厚生科学研究費・主任研究者杏林大学川村教授] 平成12年3月
- ⑥ 医薬品・医療用具関連事故防止対策について 社団法人日本病院薬剤師会・リスクマネジメント
対策特別委員会 平成12年11月1日

(通知関係)

- ⑦ 医療施設における医療事故防止対策の強化について 平成12年3月31日、平成12年9月29日
- ⑧ 特定機能病院における安全管理体制の確保の徹底について 平成12年4月18日
- ⑨ 医薬品・医療用具等関連医療事故防止対策の推進について 平成12年4月28日
- ⑩ 平成12年度の医療法第25条の規定に基づく立入検査の実施について 平成12年5月24日
2. 医療安全推進総合対策 平成14年4月17日
医療安全推進に関するアクションプログラム
医療安全推進総合対策 参考資料
3. ヒヤリ・ハット事例検討作業部会: 医療安全対策ネットワーク事業 = 全事例集計結果 平成14年10月24日
4. 医療安全対策検討会議・ヒューマンエラー部会: 安全な医療を提供するための10の要点 平成14年11月
5. 国立病院部政策医療課: 国立病院・療養所における医療安全管理のための指針 平成15年3月
6. 医療に係る事故事例情報の取扱いに関する検討部会報告書 平成15年4月15日
7. 厚生労働省医政局長: 医療安全支援センターの設置について 平成15年4月30日
8. 厚生労働省医薬局長: 医療機関等からの医薬品または医療用具についての副作用、感染症及び不具合
報告の法制化に伴う実施要領の制定について 平成15年5月15日
9. ヒヤリ・ハット事例検討作業部会: 第4回議事録 平成15年5月22日
10. 厚生労働省医薬食品局長: 「医薬品・医療用具等安全性情報報告制度」の法制化のお知らせ
平成15年7月

Ⅱ．東京都関連

1. 東京都衛生局事業部:医療事故予防マニュアル「医療事故が起きたら」 平成12年2月
2. 東京都健康局医療政策部医療安全課:病院管理の手引 平成15年3月
3. 東京都医療安全推進事業評価委員会:東京都医療安全推進事業 平成15年4月1日
4. 東京都健康局医療政策部長:病院自主管理チェックリスト 平成15年5月7日
6. 東京都病院経営本部サービス推進部:医療事故予防マニュアル「都立病院におけるリスクマネジメント」
平成15年6月
7. 西塚 至(東京都健康局医療安全課):東京都医療安全推進事業 東京都病院協会会報
第76号(2003・8・22)
8. 東京都健康局医療政策部医療安全課:精神科病院における入院患者処遇の手引(含む、精神科病院
自主管理チェックリスト) 平成15年8月

Ⅲ．日本医師会・東京都医師会関連

1. 医療安全対策委員会答申 医療におけるリスク・マネジメントについて 平成10年3月
2. 患者の安全に関するセミナー 日本医師会雑誌 第124巻 第6号 2000年9月15日
3. 第2回患者の安全に関するセミナー 日本医師会雑誌 第124巻 第12号 2000年12月15日
4. 医療安全対策委員会答申 患者の安全を確保するための諸対策について
日本医師会医療安全対策委員会 平成13年8月
5. 医療安全管理指導指針のモデルについて 日本医師会 平成14年8月
6. 東京都医師会医療開発委員会答申:都内診療所における医療事故・医事紛争対策について
平成15年3月

Ⅳ．日本精神科病院協会関連

1. 特集 精神科医療事故 日精協誌 第14巻・第12号 1995年12月
石橋幹雄:精神科医療事故総論
谷 博:報告書より見た自殺と訴訟(敗訴)例
斎藤昌治:身体的拘束に係わる事件と事故
小原貞利:誤嚥について
古谷和久:精神病院入院患者の外科的、内科的疾患と病院の法的責任
和泉貞次:精神科医療事故 一事故のひろがり多職種との関わり—
松岡 浩:入院をめぐる裁判事例
近藤廉治:法律家の目と臨床家の目
2. 日本精神科病院協会 医療問題検討委員会:精神科医療事故 起きたらどうする 起こさないためどうする
Q&A 2000年3月

3. 日本精神病院協会 医療問題検討委員会:医療事故防止対策への提言 2000年8月
4. 特集 精神科病院における医療事故防止と安全対策 日精協誌 第20巻・第3号 2001年3月
 角南 讓:人間は過ちを犯すもの
 三宅祥三:精神科病院における医療事故と安全対策
 黒須真弓、岩淵由佳、樹神 學:薬剤管理と医薬品のリスクマネジメント
 野島精二:当院における医療事故防止と安全対策について
 石井一彦:精神科病院における医療事故
 南 良武:医療過誤—リスクマネジメントを考える
 尾上博和、上村神一郎:自由な組織風土づくりと安全対策
 牧 聡:牧病院における事故防止対策
 長尾喜一郎:当院における医療事故防止対策
5. 日精協医療事故報告件数の年次推移 等

V. 日本精神科看護技術協会関連

1. 都立松沢病院の看護部事故予防対策システム 1 —はじめに—
 精神科看護 27巻4号 2000年4月
2. 都立松沢病院の看護部事故予防対策システム 2 —パトロール隊の活動—
 精神科看護 27巻5号 2000年5月
3. 都立松沢病院の看護部事故予防対策システム 3 —集計分析グループの活動—
 精神科看護 27巻6号 2000年6月
4. 都立松沢病院の看護部事故予防対策システム 4 —技術チェックグループの活動—
 精神科看護 27巻7号 2000年7月
5. 都立松沢病院の看護部事故予防対策システム 5 —職場における事故防止対策—
 精神科看護 27巻8号 2000年8月
6. 都立松沢病院の看護部事故予防対策システム 終 —今後に向けたリスクマネジメントの展開—
 精神科看護 27巻9号 2000年9月
7. 精神科看護事故とリスクマネジメント 精神科看護 28巻8号 2001
8. 日本精神科看護技術協会編:精神科ナースのための医療事故防止・対策マニュアル 2002

VI. 雑誌「病院」関連

1. 特集 病院の危機管理 病院 59巻2号 2000年2月
 児玉安司、武田岩夫、三宅祥三、大道 久:(座談会)病院の危機管理
 嶋森好子:看護における安全確保の現状と医療事故防止ガイドライン
 岡崎悦夫:医療訴訟と病院のリスクマネジメント

渡辺 敏:医療施設の危機・設備のリスク管理

石原 哲:災害・大事故と病院のリスクマネジメント

寺崎 仁:危機管理から安全管理へ

2. 特集 改めて病院の安全管理を問う 病院 60巻2号 2001年2月
川村治子:組織としての医療事故防止について考える
鮎澤純子、濱 精孝:リスクマネジメントと損害保険
竹中郁夫:医療事故訴訟の判決からみた医療事故の傾向
長谷川敏彦:「医療事故」と「医療の質」をめぐる新たな国際的潮流 米国医学院報告書の衝撃
山内桂子:病院医療における安全管理への提言
3. 山内隆久ほか:医療事故防止の学際的アプローチ 病院 61巻2号 2002年2月
4. 藤澤由和、長谷川敏彦:医療安全政策の国際動向とその方向性5 苦情対応 病院 62巻1号 2003

VII. その他の雑誌関連

1. 伊藤弘人 山角 駿:誤薬防止の意識と誤薬報告内容との関連 精神科病院における予測的検討
Medical Education (Japan) Vol.32, No.5, 2001
2. 伊藤弘人 山角 駿:精神科入院患者の転倒に関する分析 病院管理 Vol.38, Suppl.2001
3. 特集 スタッフナース一人ひとりの医療事故防止マニュアル 月刊ナーシング 20巻5号 4月(増刊)
メジカルフレンド社 2002
4. 旗手俊彦:日本におけるリスクマネジメント定着への課題 生命倫理 VOL.12 NO.1 2002.9
5. 後藤克幸:医療事故発生頻度及び事故防止対策の現況に関する調査研究 生命倫理
VOL.12 NO.1 2002.9
6. 伊藤弘人:精神科における安全管理 保健医療科学 51巻4号 平成14年12月
7. 山下繁夫 堤谷政秀:精神科病院のリスクマネジメント 医療経営最前線経営実践編 2003.5.5
8. 上原鳴夫:医療安全の確立に向けて「患者本位の医療の質を実現するために」 社会保険旬報
NO 2175(2003.6.21)
9. 三宅祥三:医療安全の確立に向けて「医療安全を確立するための基本戦略について」 社会保険旬報
NO 2176(2003.7.1)
10. 飯塚悦功:医療安全の確立に向けて「社会技術としての医療安全」 社会保険旬報
NO 2177(2003.7.1)
11. 我妻恭行:医療安全の確立に向けて「間違いやすい薬について」 社会保険旬報
NO 2179(2003.8.1)
12. HIROTO ITO AND SYUN YAMAZUMI:Common types of medication errors on long-term
psychiatric care units International Journal for Quality in Health Care Vol.15, No.3, pp207-212,
2003

VIII. 単行本

1. 杉谷藤子:「看護事故」防止の手引き 日本看護協会出版会 1997
2. 仙波恒雄、高橋光彦:精神病院入院中の事故に対する救急処置 —とくにその管理的側面から—
精神科Mook No. 20 精神科救急医療 1988
3. 内川清雄企画・責任編集:診療情報の開示と管理—医業経営とリスクマネジメント ぎょうせい 1999
4. 萩原輝久:看護部のための医療・看護事故防止読本 経営書院 2001
5. 「看護管理」編集室編:別冊看護管理「リスクマネジメント読本」 医学書院 2001
6. 深谷翼:判例に学ぶ看護事故の法的責任 日本看護協会出版会 2001
7. 島森好子、福留はるみ、横井郁子:病棟から始めるリスクマネジメント 医学書院 2002
8. 土屋八千代、他:看護スタッフのための医療事故防止教育ガイド 日総研 2002
9. 医療安全ハンドブック編集委員会編集:医療安全管理の進め方 (「医療安全ハンドブック①」)
メジカルフレンド社 2002
10. 医療安全ハンドブック編集委員会編集:ヒヤリ・ハット報告の分析と活用 (「医療安全ハンドブック②」)
メジカルフレンド社 2002

IX. シンポジウム・研究会等

1. 東京都健康局医療政策部医療安全課:平成14年度病院管理講習会 平成15年3月13日 於都庁(東京)
2. (財)日本脳神経財団主催:「医療の安全向上を旨として」 平成15年7月26日 於産経ホール(東京)
3. 医療のTQM実証プロジェクト(NDP)実行委員会主催:公開シンポジウム 投薬事故防止 2003
4. 株式会社テブコシステムズほか:インシデント・アクシデントデータ収集活用事業実務担当者説明会
平成15年8月29日 於 野口英世記念館(東京)

X. 医療機能評価関連

1. 日本医師会・厚生省健康政策局指導課:病院機能評価マニュアル 金原出版 1988
2. 日本看護協会編:新・病院看護機能評価マニュアル 日本看護協会出版会 1993
3. 共用品推進機構編:ISO/IECガイド71徹底活用法 日本経済新聞社 2002

XI. 院内感染対策関連

1. 厚生省保健医療局国立病院部政策医療課監修 国立大阪病院感染対策委員会編集:
院内感染予防対策ハンドブック 南江堂 1998
2. 日本感染症学会編集 厚生省医薬安全局安全対策課編集協力:院内感染対策通知集
へるす出版 1998
3. 厚生省保健医療局結核感染症課監修 小林寛伊編集:消毒と滅菌のガイドライン へるす出版 1999
4. 日本感染症学会編集:改訂4版 院内感染対策テキスト へるす出版 2000

XII. 各医療機関関連

1. 木島病院医療事故対策委員会:リスクマネジメントマニュアル 平成12年4月
2. 国立療養所鳥取病院医療安全管理委員会:医療安全管理マニュアル 平成13年4月1日制定,
平成14年4月1日改訂,
平成15年4月1日改訂,
平成16年2月23日改訂
3. 千葉県精神科医療センター医療事故防止対策要綱 2002
4. 桜ヶ丘記念病院:医療安全管理対策指針 平成14年8月1日施行,
平成15年5月1日一部改正,
平成15年11月1日一部改正
5. 都立松沢病院医療安全対策推進室:インシデント・アクシデント・レポート集計表 平成15年4月分
6. 木島病院:平成14年度医療事故・ヒヤリハット報告状況

XIII. その他

1. Australian & New Zealand College of Mental Health Nurses Inc.
(<http://www.anzcmhn.org/>) 看護業務基準
2. 平成14年度厚生労働科学研究:処方箋の記載等に関する調査研究
(班長 斎藤寿一 日本病院会常任理事 社会保険中央総合病院院長(四病院団体協議会))整理中

中規模単科精神病院における医療安全管理マニュアルの1例 —国立療養所鳥取病院医療安全管理マニュアルの紹介—

分担研究者 柏木 徹 (国立療養所鳥取病院院長)

はじめに

わが国においても近年、医療安全対策の重要性の認識は急速に一般化し、各医療機関にとって医療安全対策は当然の責務として認識されつつあるが、医療安全管理概念導入当初は医療分野以外での不適切な品質管理がユーザーである国民の強い批判に晒されて組織の危機を迎えることを防止する(危機管理という)観点から論議されてきたのと同様に、医療提供機関の危機管理として論議されてきた。しかし、今日では医療提供機関の組織防衛という考えではなく、医療の本質に関わる問題、すなわちユーザーである患者にいかに安全な医療を提供するかという視点へと発展し、用語も“医療安全管理”という言葉が一般化してきた(長谷川俊彦:医療の安全管理—新しい考え方(1~2)病院 62巻5~6号)。

医療安全管理概念導入に関する論議のほとんどが各医療機関が有する規模や診療科(すなわちユーザー)の特徴などといった背景を考慮することなく、身体科中心の医療機関共通点に偏っていることは、当然のこととはいえ、単科精神病院からみると些か不満が残るものであり、わが国の精神科病院における医療安全対策の成熟への論議が急がれる所以であろう。

この度、当研究班に分担研究者として参加する機会を得たので、著者が所属する機

関において検討・作成途上の医療安全管理マニュアルを、その作成経緯をも含めて紹介する。

作成経過と今後のこと

国立療養所鳥取病院は時の政府と時代の要請のもとに多彩な変転を重ねてきた病院である。すなわち、明治30年に鳥取衛戍病院(鳥取陸軍病院の前身)として創設され、敗戦後厚生省に移管されて国立病院となり、結核が蔓延した時代には国立結核療養所に転換し、さらに昭和40年代初期から国立精神療養所への再転換を図り、それが一段落した後は県立精神病院未設置県内の基幹精神病院として精神医療活動を行ってきたところであるが、平成16年4月1日には全国の国立病院・療養所とともに独立行政法人化され、国立病院機構へ再移管される病院である。

病床規模は精神科救急病棟を1個病棟(35床)有する精神300床で、平成16年3月末日までは厚生労働省が開設者である。厚生労働省直轄の医療機関では様々な管理事項について厚生労働省健康局国立病院部からの提示等に基づくか、示された指針等を下敷きにして各病院が自院に適したスタイルにアレンジした方法をとることが通例であり、医療安全管理に関しても同様である。従って、当院の医療安全管理マニュアルは、

厚生労働省健康局国立病院部から平成12年9月に示された『国立病院等におけるリスクマネジメントマニュアル作成指針』中の雛形そのままに制定した。これに基づいて平成13年4月から医療事故報告書の提出を行い、厚労省等主催の諸会議等で全国の国立病院・療養所での事故分析結果のフィードバックを受けるようになった。また、全国の国立病院・療養所に平成14年(当院では15年)4月から専任リスクマネージャーが配置され、医療事故防止対策が強化された。さらに、平成15年3月には前述の指針が見直され、『国立病院・療養所における医療安全管理のための指針』として改訂され、各病院の規定やマニュアルの見直しと体制確立を行うよう指示を受け、当院でも規程やマニュアルの見直しを行った。これが関連資料として紹介する当院のマニュアルである。他の十数カ所の国立精神療養所がどのように改訂したか定かではないが、当院では上述のごとく厚労省健康局国立病院部の作成指針に挙げられていた例示を下敷きに、当院の実情に合うようなマイナーチェンジに止めた。

上述のとおり当院は中規模単科精神病院であるので、当院にとって現実的な医療安全管理マニュアルにするためと、日頃直接患者に接触する機会の多い職員が蓄積して

いる経験や知恵を集積するとともに職員の意識向上のために、医療安全管理委員会で精神科で特に気を付けるべき項目を中心に討議・追補・改訂しつつある。従って、目次には今なお予定項目を記した段階である

“事例に対する対策”については今後この目次に予定していない事項(例えば外泊時に喚起すべき外泊中の事故への注意事項とか外来通院患者の事故への注意事項など)も採り挙げる必要があると考えている。また、独立行政法人化に伴って国立病院機構本部指示による組織名や職名の変更、事故・事象等の報告先、報告を要する事象レベル、その他の改訂も必要になるであろう。さらには、当院は国立病院・療養所再編成計画に基づいて平成17年度中には重心医療・結核医療等を担っている国立療養所西鳥取病院と統合予定であり、重心医療は精神科近縁領域であるから近縁の問題を多々含んでいると考えられるので、この点をも考慮した見直しも必要になると予想している。

国立療養所鳥取病院の医療安全管理マニュアル(別紙)

以上