

200501242A

厚生労働科学研究費補助金
医療技術評価総合研究事業

認定病院間の医療事故情報共有による患者安全の推進と
医療記録の検証による事故防止策の実施に関する研究

平成 17 年度 総括研究報告書

主任研究者 大 道 久

平成 18 年 3 月

目 次

I. 総括研究報告

認定病院間の医療事故情報共有による患者安全の推進と医療記録の検証による事故防止策の実施に関する研究

大道 久..... 3

II. 分担研究報告

1. 病院機能評価における診療録等に関わる評価結果について
ーバージョン4による評価項目の判定結果と書面審査データの分析ー
寺崎 仁..... 31

2. 医療安全推進のための問題軸設定
長谷川 剛..... 39

III. 研究協力者報告

1. 開示に堪える医療記録ー医療の安全と質の説明責任を担保するー
石川 澄..... 47

2. チャートレビュー実践と課題ー近森病院での実践結果からー
北村 龍彦..... 81

3. 医療記録の記載および監査についてーNTT 東日本関東病院の現状と課題ー
秋山 剛..... 117

4. 医療の質・安全の向上と医療安全推進部の組織的な取り組みについて
元島 昭精..... 123

5. チャートレビューの実践とそこから得た課題
丸山 勝..... 131

6. 事例報告：医療記録から「医療の質」向上への取り組み
須貝 和則..... 139

7. 医療記録の記載および監査についてー広島市立広島市民病院の現状と課題ー
梅本 礼子..... 149

8. 医療の質・安全に質する医療記録点検・評価モデルの検討
遠矢 雅史..... 187

認定病院間の医療事故情報共有による患者安全の推進と
医療記録の検証による事故防止策の実施に関する研究

主任研究者 大道久 財団法人日本医療機能評価機構（日本大学医学部教授）

研究要旨：「認定病院患者安全推進協議会」に参加する病院は 1,070 となり、投薬（与薬）プロセス、処置・チューブトラブル、機器・設備管理、教育プログラム、医療記録、感染管理、リスクマネジメントの 7 部会に加えて、精神科領域における医療安全管理、IT化・情報機器等の検討会において、課題に応じた検討・協議を継続した。主な成果は、持参薬管理、誤認手術防止、危険予知訓練、感染管理ツール集等であり、それらの内容はセミナー・ジャーナル等で参加病院に還元された。医療記録の検証については、個人情報保護法の施行を受けて診療録の記載指針を改訂し、患者安全の確保と医療の質向上の観点から記録内容の点検・評価の実践を行った。検証を必要とする記録を抽出し、病院の組織的な点検・評価に向けた体制を構築することは、人材の確保や時間的制約から容易ではなく、継続的な取り組みが求められている。また、検討すべき医療記録を抽出する担当者の専門的な教育・訓練の必要性が認識された。

分担研究者：

今中雄一

京都大学大学院医学研究科 教授

寺崎仁

（財）日本医療機能評価機構 特別審査員

長谷川剛

自治医科大学附属病院 医療安全対策部 助教授

研究協力者：

石川澄（広島大学病院 医療情報部 教授）

北村龍彦（医療法人近森会近森病院 副院長）

秋山剛（NTT 東日本関東病院 医療安全管理室長）

元島昭精（特定医療病人慈泉会 相澤病院
医療安全推進部 部長）

丸山勝（同 医療安全推進部）

須貝和則（昭和大学病院 診療録管理室）

梅本礼子（広島市立広島市民病院 診療情報管理室）

遠矢雅史（日本医療機能評価機構認定病院患者安全部）

A. 研究目的

医療安全の確保は、いまや医療における最優先課題になっており、事故防止に向けた有効な施策が引き続いて強く求められている。患者安全の推進に取り組む多くの病院から、医療事故情報や警鐘的な事例の提供を受け、それらの経験を病院間で共有するとともに、その分析に基づいて防止策を検討することが有効であるということが、ますます認識されるに至っている。

本研究の目的は、医療の質を確保する上での基本である安全な医療を実現するために、病院における医療事故および警鐘的事例の報告を集積する体制を構築し、集積された事例について協議・検討することで経験を共有して医療事故防止の徹底を図るとともに、そこで得られた効果的な事故防止策を広く医療の現場に還元して患者安全の推進を図ろうとするものであるということ

当初から変わっていない。

また、医療の質向上と患者安全の促進を図る上で、診療録や看護記録等の医療記録の適切な記載とその検証が有効であり、その実践に向けた方法と手順が求められている。本研究においては、今後の医療における医療記録のあり方を検討するとともに、具体的な記載の指針を作成し、記録の内容について点検・評価をする方法と手順を確立することも目的とする。

研究計画の最終年度に当たる本年度の具体的な研究課題と達成目標としては、①前年度に引き続いて認定病院からできるだけ多くの病院の参加を得て協議・検討体制を充実させ、緊急性が高い医療安全上の課題について事故防止に向けた有効な提言や指針を発信すること、②新たに感染管理部会を設置して活動を開始するとともに、精神科領域の安全管理に関する検討会等の個別課題についても検討を進めること、③昨年度までに作成された医療記録の記載指針を個人情報保護法の施行を踏まえて改訂し、指針に沿った記載の実施に向けて取り組むこと、④昨年度に提案された医療記録を点検・評価するための方法と手順を実践し、その運用における問題点を明確にするための4課題を掲げた。

B. 研究方法

(1) 参加病院の拡充と運営体制

日本医療機能評価機構の病院機能評価事業はその後も拡大を続けており、平成18年3月末の認定病院は1,997、平成16年度の審査実績数は505、受審申請をした病院は事業開始後の累積実績数値で2,500を超え、全国9,100病院の28%に相当する。毎月30~40病院が認定されるが、それらの病院には本研究の活動母体である「患者安全推進協議会」への参加を働きかけることとした。

同機構は平成15年度より「患者安全推進協議会」の活動を「患者安全推進事業」として位置付

け、その運営体制が整備された。今年度は、実際の協議・検討の場として、課題に応じた「部会」及び「検討会」を設置し、全体の企画・調整を「運営部会」が行うこととした。また、協議会全体の方針決定や毎年度の活動を承認するために、主要な会員病院による「幹事会」を引き続き開催する。活動の成果は「患者安全推進セミナー」や「患者安全推進フォーラム」で会員病院へ還元し、機関紙として引き続いて「患者安全推進ジャーナル」を年4回発行することとした。

(2) 課題設定の見直しと検討・協議の方法

昨年度に設置された各検討部会は一部を見直して「部会」として継続することとし、今年度は新規の部会も追加して、①「投薬（与薬）プロセス部会」、②「処置・チューブトラブル部会」、③「機器・設備管理部会」、④「教育プログラム部会」、⑤「感染管理部会」、⑥、「リスクマネジメント部会」⑦「医療記録部会」の7部会とした。また、個別課題について「検討会」を設置して協議することとし、①「精神科領域における医療安全管理検討会」、②「医療ガス検討会」、③「IT化・情報機器検討会」の3検討会を置くこととした。各部会・検討会には部会長・座長を任命して活動の責任者とし、各部会で取り組む具体的なテーマに沿って参加病院の現状把握をするとともに事例に関する情報提供を依頼した。また、各部会・検討会とも年に3回程度の全体会議を開催することとし、具体的な問題点を明確にして協議・検討を行うこととした。また、各部会・検討会の部会長・座長を中心に構成した「運営部会」を定例的に開催し、それぞれの部会・検討会の活動の企画・調整に当たった。

各部会の具体的な活動の形態は課題によって異なるが、前年度に引き続きその基本的な手順は、①当該課題の会員病院における現況の調査、②調査結果を踏まえた重点的検討対象事例の設定、③具体的な課題または重点的検討対象事例に関し

て経験された医療事故または警鐘的・教訓的事例に関する情報提供を会員病院に依頼、④集積された情報の匿名性を十分に配慮して事故原因の分析とその防止策に関する会員病院によるグループ協議、⑤得られた成果について会員病院向けセミナーの実施と患者安全推進ジャーナルへ掲載、⑥必要に応じて個別的課題に関する提言・指針の作成と会員病院に向けた情報発信、⑦発信された提言・指針に関する会員病院での活用や取り組み状況の追跡調査という手順で実施することとした。

(3) 医療記録の記載指針の改訂

今年度から、患者安全推進協議会の他の部会と同じ位置付けで「医療記録部会」を設置し、当初から設置されている「Chart review 検討会」の成果を還元し、それを実践する活動の場とすることとした。昨年度までに作成された「医療記録の記載指針」を、個人情報保護の観点から改めて見直して改訂することとする。Chart review 検討会には、認定された16病院から医師、看護師及び診療情報管理士が参加しているが、それぞれの立場から記録の内容を点検・評価することが可能で、しかも医療の現場で受け入れられる記載指針となっているか継続して検討する。

記録の記載の適切さや不備を評価する業務が診療情報管理士等により「医療記録の量的点検」として実施されているが、決して普及しているとはいえない。昨年度は、記載指針とともに記載の適切性を評価する点検リストを作成して記載の整備を図る方策についても提案したが、その普及に向けた取り組みを行う。

(4) 患者安全の確保と医療の質向上に向けた医療記録検証の実践

昨年度までに、医療記録の記載指針を作成するとともに、記載内容の点検・評価に関する方法と手順を提案したが、今年度はいくつかの病院においてその実践を試みる。患者安全の確保と医療の質向上を図る上で最も必要に迫られているのは、

有害事象の把握、すなわち医療事故の可能性のある出来事を抽出することである。実施に向けて意欲のある「Chart review 検討会」のメンバー病院において、実際に具体的な手順と方式を試行し、現在のわが国の病院において適用した場合の問題とその解決に向けた方向を明らかにすることを目指す。

新医師臨床研修制度の運用が開始され、研修医の診療録への記載について指導医が指導・確認する必要もあるところから、医療記録の内容について点検・評価することの必要性と意義は認識されつつある。しかし、昨今の医療環境の下では、病院の医師や看護師は繁忙を極め、適切な記録記載の必要性を認めつつも、その内容を検証することについては抵抗感が強い。医療現場にも受け入れられる医療記録の点検・評価のあり方が検討される必要がある。

(5) 病院機能評価における診療録管理に関わる評価結果の分析

日本医療機能評価機構による病院機能評価事業は9年を経過しているが、その間に集積された審査結果データから、平成14年度から16年度までの間に、第4版の評価項目を適用された1,460病院の診療録管理関連の審査結果について分析を加えて、わが国の医療記録の記載を含む診療情報管理の現状と課題について探ることとした。

(6) 医療安全推進のための問題軸の設定

医療安全の確立には、医療事故や警鐘的事例の報告と、それらの経験を医療施設間で共有することが有効であることが認識されているが、これらの医療事故関連の情報を解析して事故防止に役立てるうえで、医療安全活動の問題軸を設定することが有効であると考えられる。これまでに入手可能な医療事故関連の情報の解析から、医療安全を実践するために問題の全体的な配置を理解するための道具として提案する。

(倫理面への配慮)

医療事故に関わる情報を扱うので、患者情報および病院情報の守秘、および個人情報の保護については最大限の配慮を必要とする。課題に関する検討・

協議など、実際の運用に当たっては、匿名性に十分配慮し、情報管理者を明確にして責任の所在を明確にする体制を徹底させる。また、関連データの送付や通信においても、情報の漏洩防止や個人情報保護の観点から、十分な技術的配慮を行うこととする。

C. 研究結果

(1) 参加認定病院数と協議会の運営状況

病院機能評価では毎月 30～40 の病院が新規に認定されており、これらの認定病院には趣旨を十分に説明して患者安全推進協議会への参加を働きかけた。認定病院の当協議会への参加意向は当初から一貫して強く、平成 18 年 3 月末の参加病院数は 1,070 で、認定病院数 1,997 の 54%となった。

患者安全推進協議会の活動方針を決定し、各部会・検討会から活動状況の報告を受け、提言や指針について承認する「幹事会」は、今年度も予定通り 2 回開催され、後に触れる参加病院へ発信された医療安全確保のための具体的・個別的な「提言」や「指針」について了承した。また、本研究終了後の患者安全推進協議会の運営のあり方についても意見交換がなされた。医療安全は医療の質の基本であり、検討の対象を安全のみならず質向上全般に広げること、当協議会への参加を呼びかける場合に、認定病院だけでなく広くわが国の全病院を対象とすべきとすることなどの意見が出された。

「運営部会」は各部会・検討会の主要メンバーと本研究の分担研究者・研究協力者から構成され、本年度は計 3 回開催された。毎回の運営部会では、各部会からの活動報告を受けて相互の連絡・調整と個別の課題についての協議・決定が行われた。また、後述する「提言」や「指針」の内容について専門的に検討し、「患者安全推進ジャーナル」等で参加病院に向けて配信した。そして、各部会・検討会の成果を参加病院に直接還元する機会と

なる「患者安全推進セミナー」・「患者安全推進フォーラム」の企画・構成等について協議した。

各「部会」の協議形式は、提供された事故事例や個別の課題を検討対象に、6～10 人のグループに分かれ、5～9 グループのワークショップ方式がひとつのスタイルとして定着している。各課題について原因分析と再発防止に向けた討議を重ね、最後に全体会議でプレゼンテーションと集約を行う。参加希望者が多い場合は、協議時には周辺で参観し、総括報告時の討議と質問に参加することができるギャラリー方式がとられている。多くの場合、議論は各部会のメーリングリストにより継続して行われている。ワークショップ形式だけでなく、現況調査の報告や論点の整理、あるいは協議の成果を改めて講演会やシンポジウムで報告も行われた。

「患者安全推進セミナー」は参加病院全体に成果を還元するもので年 2 回開催され、各部会・検討会の活動成果が報告されるとともに、個別のテーマについて本研究班の関係者によって講演やシンポジウムが行われた。今年度は、初回に「J R 福知山線脱線事故発生時の対応」と「院内医療安全研修」について、2 回目は「医療安全とトップマネジメント」に関するテーマが取り上げられた。「患者安全推進フォーラム」は協議会の総会として年 1 回開催されるが、今年は総括的な活動報告とともに、「患者安全推進の現況と課題」のテーマで、医療事故の発生頻度の疫学調査結果や医事訴訟発生状況に加えて、病院医療における患者安全と取り組み事例が報告された。

「患者安全推進ジャーナル」は各部会・検討会における協議の成果等を参加病院に還元するために発行されている機関誌で、昨年度に引き続いて第 10 巻から第 13 巻までの 4 巻と、増刊号として「危険予知トレーニングブック」が刊行された。「患者安全推進ジャーナル企画検討会」が同ジャーナルの編集・企画の方針を検討しており、海外

の動向や関連する文献の紹介をするなど、患者安全の推進支援の媒体としてユニークな役割を担うに至ったといえる。章末の資料1に、2005年度発行分の総目次を紹介しておく。

以下に、本年度の各部会・検討会の成果の概要を報告するが、詳細については本報告書の各課題報告、および該当する巻の「患者安全推進ジャーナル」を参照されたい。

(2) 投薬(与薬)プロセス部会の成果

今年度は3回の部会が開催され、それぞれ「持参薬管理」、「投薬プロセスにおけるナレッジ・マネジメント」、及び「処方箋の記載のあり方」についての協議・検討が行われた。持参薬管理については、入院時に他施設での処方によって服用していた薬剤の扱いが医療安全上の問題となることから、投薬プロセスの重要課題になっているものである。投薬プロセスにおけるナレッジ・マネジメントは、これまでに集積された投薬に伴う安全確保の知識や経験の集積をどの様に有効に活用するかという問題で、医療安全のいずれの領域にも共通する課題であるといえる。処方箋の記載のあり方については、処方箋の記載において、用法・用量が1日量か1回量か、またその単位を容量か重量か、慣用される錠数やアンプル数処方をするかなど、処方箋記載の標準化に関する課題である。いずれも、すぐに問題が解決される課題ではないが、ここでは「持参薬管理」の検討状況について報告しておく。

▶ 持参薬の現況に関する調査結果の概要

入院患者の持参薬の確認状況とその使用及び管理の現況を把握するために、2005年6月に当協議会902病院を対象にアンケート調査を実施し、504病院(回収率55.9%)から回答を得た。それによると、入院時の薬歴聴取は看護師95%、医師64%、薬剤師57%が行っているが、各職種が別々の薬歴欄となっている場合が46%を占め、全職種共用の薬歴欄となっているのは36%であった。入

院時の持参薬確認については、看護師が90%、薬剤師が78%、医師が37%行っているが、このうち薬剤師の関わり方は、患者・家族と面談して現物を確認しているのが43%、持参薬の現物のみを確認しているのが50%であった。薬剤師が患者・家族と面談し、その上で現物を確認している割合がかなり高いのは、持参薬の同定が病院にとって必要となりつつあることが見て取れる。

病院の方針として、持参薬はできるだけ使用する方針であるのが31%、持参薬は極力使用しない方針としているのが14%、特に持参薬の取り扱いについて方針が定まっていないとするのが53%であった。院内における持参薬の使用状況については、全診療科において使用しているのが34%、診療科により異なるが使用している部署のほうが多いのが47%、同様だが使用している部署のほうが少ないのが16%となっている。また、これらの持参薬の病棟における管理は、92%が院内で処方された薬剤と同様に管理しており、患者管理としているのは3%に過ぎない。今後、DPCによる包括支払方式の拡大が見込まれる中で、持参薬を適切に活用することが求められていることを反映しているものと見ることができる。

持参薬の管理に71%の病院で薬剤師が関与しているが、そのうちの74%が持参薬の1包化を実施しており、状況により1包化しているのが17%となっている。また、32%が持参薬専用の処方箋を使用しているが、院内処方箋を代用しているのが17%、処方箋を使用していないのが42%となっている。そして、医師は持参薬についての指示を、指示簿に「持参薬継続」などと指示しているのが53%、個々の薬剤ごとに決められた様式で指示しているのが13%、指示方法に統一の基準がないのが33%となっている。

一方、オーダーリング・システムまたは電子カルテを導入している病院は66%であるが、持参薬を入力して管理できるシステムがあるのは13%で、

82%はこのような機能はない。また、このようなシステムがあっても、配合禁忌等をチェックできるのは22%で、78%ではこのような機能はないという結果になっている。（「患者安全推進ジャーナル」11巻p84～p89）

▶ 持参薬管理の実践とその工夫

持参薬管理は、ジェネリック薬処方推進の施策やDPCによる包括支払方式の拡大の方向を受けて新たな局面を迎えている。病院が持参薬を使用する方針をとれば、医師・看護師や薬剤師は新たな対応を迫られ、特に医療安全の確保の観点から特段に配慮が求められる。まず、持参薬とその服薬状況の的確な確認は、薬剤名やその規格、用法・用量の誤認、服薬の継続または中止による過誤等を避けるために重要な課題となる。

持参薬について病院として統一された安全な扱いを確立すること、持参薬の確認には医師・看護師・薬剤師が適切に関与して情報を把握・共有すること、病院の安全管理部門との連携を図ることなどが重要であることが指摘されている。そのためには、入院患者に持参薬確認依頼書を提出してもらい、薬剤師は患者・家族と面談して持参薬について確認し、「持参薬表」等の帳票に情報を記入することが合理的である。「持参薬表」は複写式として診療録等の医療記録に添付する他、看護師の与薬のワークシートとしても活用する。院内で採用していない持参薬の扱い、持参薬の扱いに関する医師・看護師・薬剤師の業務分担、持参薬取り扱いの手順書の作成等がポイントになる。

薬剤師が持参薬管理に関与することで服薬管理指導等が増加するなど、業務上かなりの負荷がかかることが経験されている。また、持参薬に関する医師の指示出しの遅れ、看護師の持参薬に関する転記の増加、薬剤師の業務増加による人材不足等の解決すべき問題が生じる。さらに、持参薬の1包化、緊急入院時の持参薬の確認、手術前外来時の抗凝固剤投与の確認等も、今後の課題とし

て検討する必要がある。（「患者安全推進ジャーナル」11巻p54～p69）

(3) 処置・チューブトラブル部会の成果

今年度は3回の部会が開催され、それぞれ「誤認手術の防止」、「経管栄養の警鐘的事例の協議」、及び「経管栄養実施時の安全確保」のテーマで協議が行われた。また、「誤認手術の防止」、及び「経鼻栄養チューブ挿入の完全確保」に関する提言が発信された。ここでは、誤認手術の防止に関する検討状況について報告する。

▶ 誤認手術防止の現況に関する調査結果の概要

誤認手術防止の取り組みに関する現状を把握するために、2005年4月に当協議会895病院を対象にアンケート調査を実施し、358病院(回収率40.0%)から回答を得た。それによると、誤認手術を防止するための手順書のある病院は89%、手術前・手術当日・手術室入口・入室後の麻酔前・同麻酔後などの時点で、手術室看護師・病棟看護師・担当医・麻酔科医によって誤認防止のチェックを行っている。特に、手術室看護師は手術室入口で99%、前日に75%、入室後麻酔前に72%の確認を行っている。病棟看護師は当日の病室で95%と手術室入口で85%、担当医は前日に87%と入室後麻酔前に78%、麻酔医は手術室麻酔前に92%と前日に73%と確認行為が行われている。

複数人での確認は、前日までに90%、当日の病室で71%、手術室入口で87%、入室後の麻酔前81%、同麻酔後28%となっている。また、手術室入室後の麻酔後に、手術チームが一斉に手を止めて確認作業を行うタイムアウトとして実行しているのは28%であった。ただし、タイムアウトの実際の実施の仕方については、必ずしも共通の理解が得られていないので、今回の調査結果は参考値として受け止める必要がある。

誤認防止のために採用している方法やツールとしては、手術同意書が94%で手術前日と手術室入室時に、リストバンドが75%で手術室入室時と

当日の病室で、マーキングが41%で手術室入室後の麻酔前と当日の病室で、患者の発声による確認が96%で手術室入室後の麻酔前と手術前日に、それぞれ使用されている。手術同意書を使用した主たる確認項目は患者氏名・手術名・手術部位であり、リストバンドでバーコードを活用しているものは17%で、ICチップを組み込んだものは1例のみであった。マーキングで記入方法や訂正方法が標準化できているものは39%に止まり、52%が一定の手順が確立していない状況であった。

患者の発声による確認は、氏名を発声するのが大部分であるが、半数は手術部位の発声を行っている。患者の発声のために麻酔前投薬を廃止しているのが20%、行っていない場合があるのが33%であった。また、部位の確認のために指差し呼称を実施しているのが14%、時に行っているのが41%、行っていないのは40%であった。その他の先進的取り組みとして、受け持ち看護師の手術室内までの付き添い、小児の手術実施の際に親の参加と確認、手術患者の歩行入室と氏名等の確認等の事例が報告されている。（「患者安全推進ジャーナル」11巻p78～p83）

➤ 誤認手術の防止に関する提言の作成

わが国の医療安全の転機ともなった医療事故が手術室における患者取り違えであったこともあって、誤認の防止は医療安全の基本課題の一つであるといえる。最近、米国においてもJCAHOが患者と手術部位の誤認防止への取り組みを重点課題としており、処置・チューブトラブル部会として誤認手術の防止の提言を取りまとめた。

その骨子は、患者間違い、手術部位（特に左右）間違い、手術手技間違い、手術機材間違いなどの誤認手術を防止するために、①病棟から手術室に患者を送り出すときに、担当医と看護師がチェックリストに従って、診療録・手術承諾書・リストバンド・マーキングなどを用いて、患者名と本人を照合し、左右を含めた手術部位と術式を確認す

るとともに、チェックリストに署名した看護師が患者を手術室に搬送すること、②患者本人であることを確認するためにリストバンドまたは患者名カード等を活用すること、③全ての手術患者に対して術前の覚醒時にマーキングを行って手術部位の確認を患者とともに確認すること、④手術室において麻酔前または執刀前に、医師・看護師等の手術チームが一斉に作業を止めて、診療録・リストバンド・マーキング等を使用して、患者氏名・手術部位・手術術式を確認する「タイムアウト」を実施するとともに、手術機材が誤りなく整っているかについても確認すること、⑤手術チームメンバーが誤認防止の手順に積極的に関与してコミュニケーションの徹底を図ることの5項目を提言している。実際の提言と解説を章末に資料2として添付してある。（「患者安全推進ジャーナル」11巻p70～p72）なお、「経鼻栄養チューブ挿入の完全確保」に関する提言もなされているが、具体的な内容は「患者安全推進ジャーナル」13巻p39～p41を参照されたい。

(4) 機器・設備管理部会の成果

人工呼吸器に関連した重大な医療事故の報告が相次いでいる。機器・設備管理部会は「医療機器」と「病院設備」の諸課題を協議して患者安全の推進を図ることを目標としているが、今年度は「人工呼吸器の安全使用」というテーマに検討対象をしばり、3回にわたって協議を重ねた。その成果は「人工呼吸器チェックリスト」として公表された。この人工呼吸器チェックリストの作成に当たって着目した点は、①看護師が適切に対応できること、②一般病棟での使用も想定すること、③緊急時の対応も含めることの3点である。これは、臨床工学技士の関与が得られず看護師が対応を迫られることが少なくないこと、ICU等の設備やスタッフが充実していない一般病棟での使用が少なくないこと、重大な事故が患者の急変等に伴う緊急時が多いことなどの理由による。

実際のチェックリストは、①「人工呼吸器の準備から開始までのチェックリストと患者観察時のチェックリスト」、②「アラーム対処表」、③「一般病棟での使用に当たっての取り組み」の3編から成っている。準備から開始までのチェックリストでは緊急時と通常時の確認項目、患者観察時では患者を対象としたチェックリストと呼吸器本体を対象としたチェックリストで構成されている。実際のチェックリストを章末に資料3として添付してある。（「患者安全推進ジャーナル」12巻 p 46～p 55）

(5) 教育プログラム部会の成果

今年度の活動の成果として、参加病院における医療安全の研修に関する現況調査が実施された。また、教育プログラム部会のコアメンバーにより、「危険予知トレーニングブック」が作成された。危険予知訓練（KYT）とは、もともとは産業界において労働災害防止活動の一環として開発された技法である。近年、医療においてもその考え方を取り入れた取り組みが見られるようになり、教育プログラム部会の立場から医療安全促進の一つの手法として紹介し、それを広く普及させることで患者安全の推進を図ろうとするものである。

▶ 医療安全研修の現況に関する調査結果の概要

医療安全研修の現状を把握するために、2005年4月に当協議会894病院を対象にアンケート調査を実施し、413病院（回収率46.2%）から回答を得た。それによると、院内全職種を対象にした研修は98%が実施しており、自由参加が59%で参加が義務化されているのは29%であった。研修の実施が勤務時間外に行われているのが58%で勤務時間内に行われているのは13%に止まっていた。研修形態は、座学での講義形式が大部分であるが、参加型のワークショップや実習形式も、それぞれ25%前後を占めている。医療安全に関する研修は、年に3～5日が45%、2日が34%などとなっている。

研修内容は多岐にわたるが、医療安全関連の委員会で内容を決定しているのが60%、その準備は専任リスクマネージャーが行っているのが8割、講師は院内の安全管理責任者や院外の専門家が多い。自身の研修は、医療関係団体が実施しているセミナー等が多く、インシデント報告と予防策立案や、事故発生時の対応業務に関する研修が多い。研修時間は勤務時間として認められているのが50%となっているが、大部分のリスクマネージャーは、時間的制約から研修に十分に参加できないと感じている。その他、職種別の研修状況や院外研修への参加状況についても調査・分析されている。

（「患者安全推進ジャーナル」10巻 p 66～p 77）

▶ 危険予知訓練の基礎とKYTシートの活用

危険予知訓練の基本的手順は、職場の作業環境に潜む危険要因を小規模のグループで話し合っ
て危険防止のための行動目標を設定し、指差し呼称などで確認して安全を先取りする活動であるとされる。今回作成されたトレーニングブックでは、総論によるKYTの基本的考え方や実施方法とともに、19枚の「ヒヤリハットKYTシート」が掲載され、その活用によって危険予知訓練ができるようになっている。実際には、さまざまな医療場面の写真から危険因子を予知し、その対策を具体的に検討する訓練をすることで、リスクセンスを高めることができる。（「患者安全推進ジャーナル」別冊2005年8月発行）

今年度の教育プログラム部会は、「危険予知訓練の基礎とKYTシート活用の実践」のテーマで、東京と大阪で2回開催された。いずれの部会でも、「危険予知トレーニングブック」の開発メンバーからKYTの手法に関する基本的な考え方や方法に関する紹介を受けたあとで、KYTシートを使用した院内研修の取り組み事例の報告に基づいて全体協議が行われた。この「患者安全推進ジャーナル」の別冊は患者安全に取り組む病院に反響を呼び、増刷して広く頒布された。

(6) 感染管理部会の成果

今年度に発足した感染管理部会は2回の部会を開催し、感染管理実践のための組織体制の構築とシステム整備に向けた協議を開始した。組織横断的な感染管理に取り組むための体制作りと、システム化に向けた方策や工夫を、延べ145病院の感染管理実践者（ICP）が参加して話し合った。その協議結果を集約して得られたものが、感染管理を実践するためのツール集「感染管理に関するツール集2005年度版」である。

取りまとめるに当たっては、医療の現場のICPに問題の改善と質の向上に有効に利用し得るように、感染管理における必須事項と推奨事項について、まず今年度は6課題を取り上げた。すなわち、①標準予防策、②感染経路別予防策における接触感染予防策、③同じく飛沫感染予防策、④同じく空気感染予防策、⑤医療器具サーベイランス、⑥微生物サーベイランスの6課題である。いずれも部会におけるグループワークで得られた成果を基に取りまとめられている。それぞれの概要は次のとおりである。詳細は、「患者安全推進ジャーナル」13巻の付録を参照されたい。

▶ 標準予防策に関するツール集

標準予防策は、すべての患者に対して適用される最も重要かつ基本的な感染対策であり、血液、体液・分泌物・排泄物、損傷のある皮膚、粘膜には感染性があると考えて取り扱うことであるとされる。対応策の実際として、「手指消毒・手洗い」と、「個人防護用具」の2項について、それぞれの原則と問題点について列挙し、対策実践のための工夫や実践例を詳述している。手指消毒・手洗いについては、CCDガイドラインに示された手指衛生の必要な場面、速乾性刷り込み式手指消毒剤の利点・欠点、手指衛生の種類と目的・方法、手指衛生環境の整備と用具の選択、標準予防策の教育活動に言及している。個人防護用具についても、ケアの種類と使用する防護用具、各防護用具使用

時の注意点、用具の選択と利用しやすい配慮、防護対策の周知と意識向上に向けた取り組み等が取りまとめられている。

▶ 感染経路別予防策に関するツール集

感染経路別予防策については、接触感染、飛沫感染、空気感染のそれぞれについて、対象疾患とその病原微生物、その潜伏期、感染期間を示し、対策の実際を個別の項目毎に、原則と対策実践の工夫や実践例を列挙している。接触感染対策における個室対応、MRSAの除菌、手指衛生と手洗い、手袋・ガウンの使用の注意点、患者の移送、飛沫感染対策における咳エチケット促進、優先診療と患者待合場所の隔離、感染対策の周知と患者・家族への説明と同意、サージカルマスクの使用、空気感染対策における換気設備と陰圧・前室の運用、N95マスクのフィットチェック、結核・麻疹・水痘への対応、患者発生時の対応策などに言及している。

▶ サーベイランスに関するツール集

医療器具関連感染サーベイランスとは、中心静脈カテーテル・尿道留置カテーテルや人工呼吸器などの医療器具に関連した感染データを収集・分析して医療器具を使用しているスタッフにフィードバックして感染対策の推進に役立てることである。各部署のリンクナースとICPが適切に連携してデータを収集・分析し、感染率を明らかにして対応策を立てることが求められる。各器具や手術創の感染率やリスクインデックスの算定方法、データ収集のためのワークシート記入項目、データの分析方法とフィードバックによる効果の評価などについて言及されている。

微生物サーベイランスは院内感染の発生状況を把握してアウトブレイクなどを早期に発見するとともに、薬剤感受性パターンを確認して抗菌薬の適正使用を図ることなどが目的で行われる。ここでは、報告体制の確立と臨床現場へのフィードバックの手順が提案されている。微生物の種類

と材料、監視培養の必要性、微生物サーベイランスで活用できる疫学的指標などについて詳述している。

(7) リスクマネジメント部会の成果

昨年度までリスクマネジャー検討部会として、当協議会から発信された提言・指針に対する各病院の対応の把握や、リスクマネジャーの業務指針を作成するなどの活動を行って一定の成果を得たが、医療安全管理に対する病院の組織的対応のあり方についてはなお十分に確立していないところから、今年度は改めてリスクマネジメント部会として、病院における医療安全管理の位置づけとその組織体制のあり方について協議・検討を行った。

医療安全管理の組織体制を検討する中で、改めて「医療安全管理統括責任者」(GRM:いわゆるジェネラル・リスクマネジャー)の任命が重要であり、患者の安全確保とともに、医療事故・紛争への対応について、予算配分を含む権限を持って機動的に組織を統括する必要があることを明確にしている。医療安全関連の担当者を指揮し、医療事故等の発生時には病院の立場で患者・家族に対応し、苦情や紛争・訴訟への対応を管理する責任を持つ。また、医療事故の当事者である職員の支援を行い、病院感染管理部門とも連携を図る。

病院の医療安全管理は、患者安全推進活動と、医療事故等の苦情や紛争・訴訟への対応が主たる対象となるが、病院感染対策、職員の安全確保、防災対策、医療相談、個人情報保護等の問題とも関連する。これらの問題に適切に対応するためには、病院長の下に医療安全管理統括責任者を置き、その下に上記の主たる領域である患者安全管理者と医療事故紛争・苦情対応責任者をそれぞれ位置づける組織体制が求められる。また、患者安全管理者の下には患者安全推進者が、医療事故紛争・苦情対応責任者の下には紛争対応窓口担当者と苦情対応窓口担当者が置かれる必要もある。

これらの検討結果は、「病院における医療安全管理の位置づけとその組織体制のあり方に関する指針」として取りまとめられているが、医療安全管理領域における各担当者の業務範囲と用語の定義も付されている。

(8) 医療記録部会の成果

本研究課題の主要課題である医療記録の記載のあり方に関する検討と、その記載内容の点検・評価による医療安全の確立と質向上に向けた取り組みは、昨年を引き続いて「Chart review 検討会」と、その構成メンバーの所属する病院が中心となって行われた。主要な成果については、本報告書の「分担研究報告」、及び「研究協力者報告」に課題ごとに取りまとめて報告してある。ここでは内容の重複を避け、各報告の位置づけと総括について述べておく。

▶ 医療記録の記載指針と記載の点検

医療記録の記載指針については、昨年度までに作成された成案について、個人情報保護法の施行等の新たな時代環境を受けて改訂し、第6版として取りまとめた。指針とその作成の考え方は、研究協力者報告1.「開示に堪える医療記録—医療の安全と質の説明責任を担保する」に示してある。参加病院からの記載指針への関心は高いが、日常業務が繁忙を極めている医師・看護師等からは、指針の遵守は必ずしも容易でないとする意見も出されている。しかしながら、医療安全の確立と質改善のためには適切な記録の記載が基礎であることは疑いがなく、指針の普及に向けた今後の取り組みが課題となる。

主として診療情報管理士の立場から記載の点検を中心に取り組んだ成果として、研究協力者報告7.「医療記録の記載および監査について—広島市立広島市民病院の現状と課題—」、および研究協力者報告6.「医療記録から医療の質向上への取り組み」を示しておく。医療記録の記載状況の評価と、いわゆる量的点検の取り組み事例とし

て参照されたい。

➤ 記録内容の点検・評価による医療安全の確立

医療記録の記載内容の点検・評価による医療安全の確立と質向上に向けた取り組みは本研究の主たる課題であり、昨年度までに検討した方法と手順で、いくつかの熱心な協力病院において、試行または実践の取り組みが行われた。研究協力者報告2.「チャートレビュー実践と課題—近森病院での実践結果から—」は、本研究で提案された方法と手順を概ね忠実に院内で実践し、様々な問題を指摘した参照すべき事例である。特に、管理者の指導力、実施するための強力な動機付け、およびレビューを行う人材の確保または育成が重要であることを指摘している。

研究協力者報告3.「医療記録の記載および監査について—NTT 東日本関東病院の現状と課題—」では、昨年度までに本研究で開発された安全リスクについて点検する「評価シート」を、一定期間、医師と看護師が退院時に全患者について記入し、記入に要した時間、項目数や内容の適切さ、評価判定の困難さ、使い易さ、医療の質向上への有用性等について調査し、「評価シート」に改善の余地があること、教育・研修の必要があること、およびクリニカルインディケータの基礎データとなり得ることを指摘している。

研究協力者報告4.「医療の質・安全の向上と医療安全推進部の組織的な取り組みについて」および報告5.「チャートレビューの実践とそこから得た課題」は、いずれも医療記録の点検と評価を組織的に行ってきた実績のある病院からの報告である。評価項目を定めて1次・2次のスクリーニングを行って事例の絞り込みを行い、病院が組織的に評価結果を示して医療の質改善に結び付けている。この領域の先行事例として、今後取り組もうとする病院は十分に参考にすべきである。

➤ 診療録管理の現況と診療情報活用の方法

分担研究報告1.「病院機能評価における診療録等に関わる評価結果について—バージョン4

による評価項目の判定結果と書面審査データの分析」は、病院機能評価受審病院で、平成14年度から16年度までに第4版の評価項目を適用された1,460病院について、診療録管理と診療情報の活用に関連した審査結果データを分析したものである。昨年度に報告した「医療記録の記載とその内容の点検・評価に関する調査」とともに、わが国の診療録・診療情報の管理と活用に関する包括的な報告となっている。診療録管理関連の審査結果について分析を加えて、わが国の医療記録の記載を含む診療情報管理の現状と課題について探ることとした。

分担研究報告2.「医療安全推進のための問題軸設定」は、これまでに経験された医療事故、または関連情報の解析から、医療安全活動を実践するうえで有効であると考えられる問題の捉え方として、「危険因子管理」、「医療（医師・医療従事者）の質」、および「医療紛争」の3軸を設定することを提案している。医療における有害事象の分類軸として活用が期待できる。研究協力者報告8.「医療の質・安全に関する医療記録点検・評価モデルの検討」は、医療記録の内容を組織的に検討して有害事象を抽出するなどの実績を持つ3病院を訪問調査して、医療記録点検・評価のモデルを提案したものである。病院の実情に応じた様々な取り組みがなされようとしている中で、有効に活用することが期待できる。

(9) 精神科領域における医療安全管理検討会の調査結果

検討を開始するに当たって、精神科領域における医療安全の現状と課題を明確にために、病院内における自殺と、行動制限に関する調査を実施した。まず、病院内の自殺事故の現状を把握するために、2005年8月に当協議会1,048病院（精神科病床を有さない一般病院883：A群、精神科病床を有する一般・精神病院165：B群）を対象にアンケート調査を実施し、それぞれ575病院（回収率57.2%）、106病院（回収率64.2%）から回答を得た。それによると、過去3年間に入院患者の自

殺事例を経験した病院は、A群で29% (347件)、B群で66% (154件)に上った。その主たる疾患は、A群で悪性腫瘍35%、次いで精神科疾患13%、B群で気分(感情)障害40%、次いで統合失調症35%であった。また、B群で任意入院が63%、開放・準開放50%であった。自殺の手段は、A群で高所からの飛び降り40%、次いで縊首36%、B群で縊首50%、次いで高所からの飛び降り20%であった。また、その場所については、A群で院内が72%、B群では院外が47%であった。(「患者安全推進ジャーナル」13巻p64～p69)

同時期に「行動制限(身体拘束と隔離)」に関する調査も実施され、その結果が報告されている。

(「患者安全推進ジャーナル」13巻p70～p78)
これらの調査結果を受けて、精神科領域の患者の安全確保の有効な方策について検討することになっている。

(10) 医療ガス検討会の検討状況

昨年度までに、「医療用ガス使用時の安全確保に関して」(「患者安全推進ジャーナル」7巻p95～p99)という提言を参加病院に配信し、ボンベの塗装の統一に向けた取り組みや、バルブの運用の工夫による誤接続防止と、院内の管理体制の強化と教育・研修の実施を促した。また、納入業者との連携が必要であるところから、その後も医療ガス関連団体と継続的な意見交換を行っている。塗装の色の統一は必ずしも容易ではないが、バルブの標準化については引き続いて検討することになっている。

(11) IT化・情報機器検討会の調査結果

今年度から、システムベンダーの立場から「保健医療福祉情報システム工業会」(JAHIS)の参加を得て、IT化に伴う諸問題の検討を継続してきた。主要な課題は、IT化に伴うインシデント・アクシデント、IT化による事故防止、ユーザー側・ベンダー側の共通課題の洗い出しなどである。

検討の開始に当たって、進展が速いIT化の現

況について、協議会1,060病院、及びベンダー43社を対象に調査を実施し、それぞれ472病院(回収率44.5%)、25社(回収率58.1%)から回答を得た。それによると、オーダ入力 of IT化は293病院62%、そのうちオーダリングが66%、電子カルテが34%であった。処方オーダのアラートは、先に進めるもの82%、進めないもの74%といずれの機能も持っているものが多く、アラートの頻度も適切で有効であるとの評価を得ているものが75～80%であった。アラート設定はベンダーと協議して行っているものが58%、必要に応じて設定を見直しているのが82%であった。オーダ時にシステムに起因する伝達エラーについては、90%の病院が経験しており、75%がシステムの不具合を経験している。オーダ入力は、38%が医師のみで行っているが、60%が代理入力をする場合がある。バーコードのリストバンドで患者認証を行っているのは17%、インシデント報告をIT化しているのは23%であった。(「患者安全推進ジャーナル」13巻p50～p59)

また、本調査によって病院からベンダー側への要望、また、ベンダー側からユーザー側の病院に対する要望事項についても把握されており、必要性の高いものから具体的な協議・検討に入ることとしている。

D. 考察

(1) 認定病院からの事故事例報告制度との関係

本年度末で認定病院数は2,000に達し、受審申請をした病院の累積実数値も2,600を超える中で、認定病院または受審中の病院において医療事故が発生していることも事実である。昨年、認定の運用要項が見直され、認定後または受審中に医療事故が発生した場合には、45日以内に医療事故報告書を提出することを求め、認定の扱いについて改めて判定することが行われている。報告の範囲は、特定機能病院等における重大な事故事例の報

告範囲に準じており、報告内容としては、事故の詳細な事実経過、その原因や背景、患者・家族との関係、関係機関への届出状況、当面の再発防止策などが求められている。

この報告内容に基づいて認定の扱いが審議されることになるが、当該事故が認定に影響を与えない「認定継続」、認定されるには何らかの改善が必要な「条件付認定」、あるいは認定することが適当でない「認定留保」のいずれかの判断が行われている。本報告制度を運用して1年後の概況は、認定病院から188件、留保中等の病院から34件、計222件の報告を受領した。このうち113例(50.9%)が死亡、障害残存可能性が高いものが40例(18.0%)含まれている。認定病院からの報告についての判定は、131件69.7%が「認定継続」で、留保中等の病院からの報告については、17件50%に改善要望が付されている。すなわち、医療事故の発生した病院の約3割において認定の扱いが「条件付認定」等に変更され改善を求められている。

このような新たな状況の中で、改めてこの認定病院患者安全推進協議会の活動は、任意的医療事故事例報告を基礎にした医療安全に向けた主体的な活動であるといえる。任意の情報提供は極めて有意義であるが、深刻な事例ほど情報の提供は困難で、積極的な情報提供には限界がある。一方、認定の扱いを判断するために重大な医療事故を報告することは契約的責務であり、認定制度の運用には必須である。認定組織は、当該事故の詳細とその原因・背景や、再発防止のための対応策とその効果などを知るところとなる。すなわち、任意的な情報提供以上の、具体的かつ有効な方策を検討し得る立場になるわけである。

重大な医療事故が発生した病院と患者・家族を含む当事者にとっては、このような情報は厳重な守秘事項であり、再発防止のためとは言っても安易に警鐘的事例として他の病院に提供すること

はできない。認定組織が認定病院の任意的な情報提供を促して警鐘的事例として事故防止に役立てる取り組みをする一方で、認定制度の運用のために具体的で詳細な状況を知りうるようになったときに、相互の関係をどのように位置付けて患者安全の推進に役立てるかが問われているといえる。

現段階で、患者安全推進協議会で中心的役割を担っている医療安全の専門家や実務責任者が、医療事故の発生した病院からの報告の内容を検討して認定継続の妥当性について判定する委員会の一部を構成している。病院からの報告内容に言及することはできないが、患者安全推進の協議において、十分な配慮のもとで再発防止と一層の医療安全の確立に向けた指摘や議論は可能であると思われる。本来、認定制度の運用のために報告された事故情報は、定期的に適切に分類・整理して集約したうえで、事故の発生状況の全体的把握と、それぞれの特質を持つ医療事故の再発防止のために必要な対応策を、独自に取りまとめて公表すべきである。患者安全推進協議会は、それらの報告も十分に考慮しながら、それぞれの病院の実情に合わせた有効な防止策を協議・検討してゆくことになろう。

(2) 安全確保に必要なコストの検討の必要性

医療事故、あるいは警鐘的事例の協議・検討を進める中で、人員の不足や教育・研修の時間の制約、あるいは設備・機器の不備など、安全のために十分な資源が確保されないことが基本的な要因となっていることが認識される。医療安全の確立のためには応分のコストが必要なことは自明であり、人員や予算の不足が現実に安全を脅かしている側面は否めない。近年、医療費の抑制策が強化されつつあり、診療報酬のマイナス改定が現実のこととなっている。安全や質向上のためにどの程度のコストがかかるのか、あるいは十分な資源が確保されないために結果として医療事故が

起こり、そのためにどの程度の新たなコストが必要となったのかなどについて検討する必要があるといえる。

経験されるそれぞれの事例について、その原因が人員の不足や施設・設備の不備などであれば、その確保や整備のために必要なコストがどの程度かについて推定することができる。また、教育・研修が不十分であるために発生した事例であれば、その実施に必要な費用や時間について推測することが可能である。実際には、直接的な原因とその背景要因のそれぞれについて検討することが必要で、いくつかの仮定を置かざるを得ない。また、どのように資源を投入しようとも、不可避免地発生したと考えられる事例もあり、費用の算定になじまない場合も想定される。この視点からの検討は、予防可能と考えられる事例を中心に、事件事例を適切に種別化して進める必要がある。

一方、実際に発生してしまった医療事故等の有害事象は、健康を回復させるための追加的医療費が必要となり、永続的な障害が残った場合や死亡した場合はその補償のためのコストが発生する。また、問題が紛争化し、調停や訴訟になれば、そのための費用も必要となる。このような費用については、これまでに経験された事例について、判例などを含めてある程度の情報の入手が可能である。

医療の安心・安全と質向上のためにどの程度の費用が必要かを推量することは容易ではないが、しっかりとした検討がなされていないと、ますます原資の確保が困難になる。また、個々の医療機関においても、医療安全の確保のために、どのような考え方でどの程度まで予算を投入するかについては重要な課題であると考えられる。医療費の抑制傾向が強まる中で、安全のための費用のあり方を検討することは優先度の高い課題であるといえる。

E. 結論

認定病院から医療事故、あるいは警鐘的・教訓的事例の提供を受け、それらの経験を病院間で共有するとともに、その分析に基づいた効果的な防止策を検討・協議する活動に参加する病院は、今年度末で1,070病院に達した。医療安全上の課題に応じた「投薬（与薬）プロセス」、「処置・チューブトラブル」、「機器・設備管理」、「教育プログラム」、「感染管理」、「リスクマネジメント」、「医療記録」、の7部会に加えて、「精神科領域における医療安全管理」、「IT化・情報機器」等の検討会において、課題に応じた検討・協議を継続した。それらの部会・検討会における主な課題は、持参薬管理、誤認手術防止、危険予知訓練、感染管理ツール集等であり、それらの成果は、「患者安全推進セミナー・フォーラム」や「患者安全推進ジャーナル」等で参加病院に還元された。特に、「危険予知トレーニング」と「感染管理ツール集」については、ジャーナルの別冊や付録として刊行し、医療の現場で有効に利用できるように配慮した。

医療記録の検証については、個人情報保護法の施行等の新たな状況を受けて「医療記録の記載指針」を改訂し、それに基づいた記載の励行を図った。また、患者安全の確保と医療の質向上の観点から記録内容の点検・評価を組織的に実施する方法と手順をいくつかの病院で実践し、その遂行上の問題を明らかにした。繁忙な医療の現場で検証を必要とする記録を抽出し、病院の組織的な点検・評価に向けた体制を構築することは、人材の確保や時間的制約から容易ではなく、今後とも継続して取り組むことが求められている。そして、検討すべき医療記録を抽出する担当者の専門的な教育・訓練の必要性も指摘された。

本研究は今年度で一段落するが、医療事故、または警鐘的事例を集積して検討を進める中で、医療安全とコストの関係をさらに検討する必要がある。

あることが認識された。人員の不足や設備・機器の不備、あるいは時間的制約で十分な教育・研修ができなかったために発生したと思われる事例が経験され、それらを防止するためにはどの程度の資源を投入すればよいのか、あるいは実際に発生してしまった有害事象のために、追加的な医療や補償のためにどのくらいコストが発生しているのかについて検討することが今後の課題であると考えられた。

F. 健康危険情報

特になし

G. 研究発表

1. 論文・総説など

- (1) 大道 久；「医療機関における個人情報保護」眼科と経営 81 巻 16 号(4 - 5) 平成 17 年 4 月
- (2) 大道 久；「病院機能評価と専門医」、産婦人科の実際 54 巻 5 号(787 - 794)、平成 17 年 5 月
- (3) 大道 久；「認定のための情報管理」、日本病院薬剤師会雑誌 41 巻 6 号(661 - 664)、平成 17 年 6 月
- (4) 大道 久；「病院機能評価のこれから」、MEDICAL NOW 179(2 - 3)、平成 17 年 7 月
- (5) 大道 久；「医療制度の課題と将来」、週刊社会保障 No.2344(54 - 57)、平成 17 年 8 月
- (6) 大道 久 (監修)；「病医院のための個人情報保護—患者・医療者の信頼づくりに生かす厚生労働省ガイドライン—」、(株)メディカルエデュケーション、平成 17 年 8 月
- (7) 大道 久；「病院医の疲弊と開業」、週刊社会保障 No.2349(24 - 25) 平成 17 年 9 月
- (8) 大道 久；「医療安全と個人情報保護」、調剤と情報 11 巻 10 号(7 - 8)、平成 17 年 9 月
- (9) 大道 久 (シンポジウム記録)；「診療情報の

活用と個人情報の保護」、日本病院会雑誌 52 巻 10 号(96 - 140)、平成 17 年 10 月

- (10) 大道 久；「病理診断機能と病院機能評価」、Histo-Logic Japan 33 巻 2 号(28 - 31)、平成 17 年 11 月
- (11) 大道 久；「医療事故の発生頻度」、週刊社会保障 No.2358(24 - 25)平成 17 年 11 月
- (12) 大道 久 (講演記録)；「日本医療機能評価機構が求める医療機器安全の考え方」、医科器械学 75 巻 11 号(807 - 813)、平成 17 年 11 月
- (13) 大道 久 (講演記録)；「今後の病院・診療所における医療安全対策について」、福島県医師会報 68 巻 1 号(65 - 67)、平成 18 年 1 月
- (14) 大道 久 (シンポジウム記録)；「個人情報保護法施行と診療録の管理」、診療録管理 17 巻 3 号(8 - 13)、平成 18 年 1 月
- (15) 大道 久；「医療安全と医療の質」、日本医師会雑誌 134 巻 11 号(44 - 49)、平成 18 年 2 月

2. 学会発表など

- (1) 大道 久；「医療事故報告制度の取り組み」、日本病院管理学会・当会病院管理研究会共催学術集会、名古屋、平成 17 年 7 月
- (2) 大道 久、寺崎 仁、今中雄一、長谷川 剛、遠矢雅史、他；「認定病院からの医療事故報告の受け入れと事故防止に向けた活用について」、第 43 回日本病院管理学会学術総会、東京、平成 17 年 10 月
- (3) 石川 澄、大道 久、寺崎 仁、北村龍彦、遠矢雅史、乾 静、他；「医療の安全を評価できる医療記録の構造とは」、第 43 回日本病院管理学会学術総会、東京、平成 17 年 10 月
- (4) 長谷川 剛、他；「医療事故報告制度の機能と影響に関する考察」、第 43 回日本病院管理学会学術総会、東京、平成 17 年 10 月
- (5) 乾 静、北村龍彦；「チャートレビューの試行

—記載内容不一致の改善—、第 43 回日本病院管理学会学術総会、東京、平成 17 年 10 月

- (6) 米井昭智、他；「医師のための医療安全ワークショップの試み」、第 43 回日本病院管理学会学術総会、東京、平成 17 年 10 月
- (7) 橋本 徹、米井昭智；「抗がん剤投与法の標準化による安全管理について」、第 43 回日本病院管理学会学術総会、東京、平成 17 年 10 月

3. 講演・シンポジウムなど

- (1) 大道 久；「医療の質保証およびセーフティマネジメントと感染管理」、日本感染管理支援協会講演会、東京、平成 17 年 8 月
- (2) 大道 久；「病院管理学と医療評価」、先端生命科学研究所バイオメディカルカリキュラム講義、東京、平成 17 年 8 月
- (3) 大道 久；「病院機能評価からみた医療安全の確保」、管理者のためのメディカルトップマネジメントセミナー、東京、平成 17 年 9 月
- (4) 大道 久；「個人情報保護法施行と診療録管理」、第 31 回日本診療録管理学会、秋田、平成 17 年 9 月
- (5) 大道 久；「次世代・病院運営管理を考える」、病院環境フォーラム 2005、名古屋、平成 17 年 9 月
- (6) 大道 久；「病院における個人情報の開示と保護について」、第 13 回大阪病院学会、大阪、平成 17 年 10 月
- (7) 大道 久；「今後の病院・診療所における医療安全対策について」、福島県医師会医療安全推進研修会、郡山、平成 17 年 10 月
- (8) 大道 久；「日本医療機能評価機構が目指すもの」、第 3 回日本フォーカスチャーティング協会全国大会、名古屋、平成 17 年 10 月
- (9) 大道 久；「医療安全向上の為の医療記録の管理・点検・評価」、日本ナレッジセンター講演会、平成 17 年 10 月
- (10) 大道 久；「病院機能評価」、社団法人日本病

院会病院経営管理者養成課程、東京、平成 17 年 12 月

- (11) 大道 久；「病院機能評価の概要と最近の動向」、兵庫医療情報研究会、神戸、平成 18 年 2 月
- (12) 大道 久；「医療における個人情報保護法の運用ガイドライン」、財団法人東京都保健医療公社講演会、東京、平成 18 年 2 月
- (13) 大道 久；「今後の診療録の記載について」、第 468 回日本大学医学会例会、東京、平成 18 年 3 月

H. 知的財産権の出願・登録状況

特になし

■事例

●精神科における縊首行為による自殺事例	4(11)
①トイレ個室内での縊首行為	
②隔離室における拘束一時解除中の縊首行為	
参考資料1 医療事故緊急ニュース	9(11)
参考資料2 処遇指示簿	10(11)
参考資料3 隔離・拘束観察記録用紙	11(11)
ポイント	岩下 寛 12(11)
	牧野 意一 13(11)
●人工呼吸器回路(ウォータートラップ)のズレにより呼吸不全に至った事例	4(12)
ポイント	長谷川 隆一 13(12)
●免疫抑制剤の転記間違いによる過量投与事故	4(13)
参考資料1 プログラム注射処方箋	7(13)
参考資料2 注射指示処方箋の運用手順	8(13)
参考資料3 プログラム換算表	9(13)
ポイント	矢野 真 10(13)
	土屋 文人 11(13)

■特集

●CVC実施時の安全確保	
—「中心静脈カテーテル挿入(CVC)に関する指針」配信で現場は何が変わったか—	
第1部 CVC指針の活用事例	
事例1 姫路赤十字病院	4(10)
事例2 医療法人北農会恵み野病院	9(10)
第2部 中心静脈カテーテル挿入(CVC)に関する指針	
追跡アンケートについて	
財団法人倉敷中央病院 麻酔科主任部長 米井 昭智	13(10)

■連載 リスクマネジャーの1週間

杏林大学医学部付属病院	
医療安全管理室 専任リスクマネジャー 星 恵理子氏	20(10)
医療法人桐葉会 木島病院	
専任クオリティマネジャー 堤谷 政秀氏	14(11)
東京慈恵会医科大学附属病院	
医療安全管理室長(副院長) 落合 和徳氏	14(12)
財団法人 湯浅報恩会 寿泉堂総合病院	
統括リスクマネージャー 壁寸 とみ子氏	12(13)

■病院訪問

株式会社麻生 飯塚病院(福岡県飯塚市)	
人工呼吸器取り扱い実習の取り組み	18(11)
自治医科大学附属病院(栃木県下野市)	
医療安全対策講演会	16(13)

■リスクマネジャーからの情報発信ツール

国立病院機構仙台医療センター	51(10)
特定医療法人社団三思会 東名厚木病院	46(11)
医療法人医仁会 武田総合病院	80(12)
東京都立松沢病院	24(13)

■部会報告

2005年6月~9月開催分	73(11)
2005年10月~12月開催分	77(12)
2006年1月~2月開催分	60(13)

■講演再録

●個人情報保護法施行に伴う医療機関に求められる対応	
個人情報保護と自己コントロール権について	
東京大学大学院法学政治学研究科 教授 宇賀 克也	24(10)
医療における個人情報保護について	
日本医療機能評価機構 理事 大道 久	35(10)
病院における医療情報管理	
診療録管理学会 理事長 大井 利夫	44(10)
●院内における医療安全研修	
全職種対象の個別面接の取り組み	
医療法人尚腎会 高知高須病院	
医療安全管理室 三好 可奈	22(11)
臨床研修医の事例検討会の取り組み	
医療法人社団 新日織八幡記念病院	
医療安全対策室 一瀬 悦子	31(11)
総合病院における安全管理研修システムの構築	
新田塚医療福祉センター 福井総合病院	
安全管理委員長・副院長 辻 哲朗	40(11)

■寄稿

医療機関が危険予知活動を導入するにあたって理解しておくべきこと	
中央労働災害防止協会 ゼロ災推進部	
専門役 取違 正人	56(12)
シリーズ:臨床研修と医療安全	
〈第1回〉総論・臨床研修における安全管理	
名古屋第二赤十字病院 副院長 安藤 恒三郎	62(12)
〈第2回〉各論・医療安全研修の現場に必要な視点	
自治医科大学附属病院 医療安全対策部	
助教授 長谷川 剛	18(13)

■医療安全・海外の動向

JCAHO:2006年における患者安全のための14の目標(ゴール)	
日本大学医学部 社会医学講座医療管理学部門	
専任講師 寺崎 仁	54(10)
異状死の取り扱いについて、わが国の現状と外国の状況	
東京女子医科大学 医療・病院管理学	
教授 上塚 芳郎	50(11)
医療安全と麻酔前投薬	
学校法人慈恵大学 参事 安田 信彦	74(12)
WHO(世界保健機構)における患者安全への取り組み	
日本大学医学部 社会医学講座医療管理学部門	
専任講師 寺崎 仁	28(13)

■誌面活用レポート

- 事例「タキソール・タキソニール誤投薬事故」(第8号掲載)をどのように活用したか
医事課端末を利用した「がん化学療法システム」の立ち上げ
特定医療法人厚生会 木沢記念病院
..... 薬剤師 今関 孝子 58(10)
- 介護療養型施設における薬剤取り違えの防止
医療法人聖仁会 森病院
..... 看護部長 福崎 伶子 61(10)
- 「提言 誤認手術の防止について」(第11号掲載)をどのように活用したか
社会福祉法人 聖隷福祉事業団 総合病院 聖隷三方原病院
医療安全管理室課長 専任リスクマネジャー 鎌田 裕子 30(13)
- 医療法人豊田会 刈谷総合病院
手術室 新美 亨子/濱岡 豊子/早川 哲史 34(13)

■TOPICS

- 提言 人工呼吸器回路の接続外れ事故の防止について 62(10)
- 持参薬管理の実践例
 - ①当院における持参薬表の運用と持参薬取り扱い手順
武蔵野赤十字病院
..... 薬剤部係長 荒川 隆太郎 54(11)
 - ②病棟での薬剤師常駐体制の意義
医療法人橘会 東住吉森本病院
..... 薬剤科長 渡邊 幸子 62(11)
- 提言 誤認手術の防止について 70(11)
- 医療記録の記載指針
医療安全と質向上に資する医療記録とは
財団法人日本医療機能評価機構 認定病院患者安全推進協議会
..... 担当理事 大道 久 20(12)
- 開示に堪える医療記録 -医療の安全と質の説明責任を担保する-
認定病院患者安全推進協議会 医療記録部会長
(広島大学病院 医療情報部教授) 石川 澄 22(12)
- 医療記録の記載指針(入院医療記録) V.6.0 29(12)
- 機器・設備管理部会による人工呼吸器チェックリスト
機器・設備管理部会 46(12)
- 1-①人工呼吸器チェックリスト(準備~開始) 50(12)
 - A.緊急時チェックリスト
 - B.通常時チェックリスト
- 1-②人工呼吸器チェックリスト(患者観察時) 52(12)
 - A.患者対象
 - B.呼吸器本体対象
- 2.アラーム対処表 54(12)
- 3.一般病棟での人工呼吸器使用にあたっての取り組みの例(参考)
..... 55(12)
- 提言 経鼻栄養チューブ挿入の安全確保について 39(13)
- コンフリクト・マネジメント導入への展望 42(13)
現場から コンフリクト・マネジメントの医療への導入
 - ①大阪警察病院 呼吸器科部長 医務部長・医療安全センター長
..... 小牟田 清 43(13)
 - ②医療法人社団愛友会 上尾中央病院 副院長(COO,CRO)
..... 徳永 英吉 45(13)

コンフリクト・マネジメント導入への期待

- ①心理学の立場から
東京海上日動メディカルサービス(株)
メディカルリスクマネジメント室 主席研究員 山内 桂子 47(13)
- ②情報システム学の立場から
電気通信大学大学院情報システム学研究所
..... 教授 田中 健次 48(13)
- IT化・情報機器検討会活動報告
 - ①活動報告と今後の予定 50(13)
 - ②病院情報システムに関するアンケート調査結果と考察 51(13)

■アンケート調査報告

- 医療安全の研修に関するアンケート 65(10)
- 誤認手術防止に関するアンケート 78(11)
- 持参薬に関するアンケート 84(11)
- 経管栄養に関するアンケート 83(12)
- 精神科領域における医療安全管理の検討
その1.病院内における自殺に関するアンケート 64(13)
- その2.行動制限(身体拘束と隔離)に関するアンケート 70(13)
- 提言「人工呼吸器回路の接続外れ事故防止について」追跡アンケート
..... 79(13)
- 提言「抗がん剤投与に関わる情報の共有化」追跡アンケート
..... 84(13)

*付録 感染管理に関するツール集 2005年度版 (13)

別冊 危険予知トレーニングブック