

目録 (Table of Contents)

1. はじめに

2. 点滴のしくみ

3. 点滴の種類

4. 点滴の選び方

5. 点滴の使い方

6. 点滴のメンテナンス

7. 点滴の故障の対処法

8. 点滴の廃棄方法

9. 点滴の保証

10. お問い合わせ先

11. 用語集

12. 索引

13. 謝辞

14. 参考文献

15. 索引

16. 索引

17. 索引

18. 索引

19. 索引

20. 索引

21. 索引

22. 索引

23. 索引

24. 索引

25. 索引

26. 索引

27. 索引

28. 索引

29. 索引

30. 索引

31. 索引

32. 索引

33. 索引

34. 索引

35. 索引

36. 索引

37. 索引

38. 索引

39. 索引

40. 索引

41. 索引

42. 索引

43. 索引

44. 索引

45. 索引

46. 索引

47. 索引

48. 索引

49. 索引

50. 索引

51. 索引

52. 索引

53. 索引

54. 索引

55. 索引

56. 索引

57. 索引

58. 索引

59. 索引

60. 索引

61. 索引

62. 索引

63. 索引

64. 索引

65. 索引

66. 索引

67. 索引

68. 索引

69. 索引

70. 索引

71. 索引

72. 索引

73. 索引

74. 索引

75. 索引

76. 索引

77. 索引

78. 索引

79. 索引

80. 索引

81. 索引

82. 索引

83. 索引

84. 索引

85. 索引

86. 索引

87. 索引

88. 索引

89. 索引

90. 索引

91. 索引

92. 索引

93. 索引

94. 索引

95. 索引

96. 索引

97. 索引

98. 索引

99. 索引

100. 索引

101. 索引

102. 索引

103. 索引

104. 索引

105. 索引

106. 索引

107. 索引

108. 索引

109. 索引

110. 索引

111. 索引

112. 索引

113. 索引

114. 索引

115. 索引

116. 索引

117. 索引

118. 索引

119. 索引

120. 索引

121. 索引

122. 索引

123. 索引

124. 索引

125. 索引

126. 索引

127. 索引

128. 索引

129. 索引

130. 索引

131. 索引

132. 索引

133. 索引

134. 索引

135. 索引

136. 索引

137. 索引

138. 索引

139. 索引

140. 索引

141. 索引

142. 索引

143. 索引

144. 索引

145. 索引

146. 索引

147. 索引

148. 索引

149. 索引

150. 索引

151. 索引

152. 索引

153. 索引

154. 索引

155. 索引

156. 索引

157. 索引

158. 索引

159. 索引

160. 索引

161. 索引

162. 索引

163. 索引

164. 索引

165. 索引

166. 索引

167. 索引

168. 索引

169. 索引

170. 索引

171. 索引

172. 索引

173. 索引

174. 索引

175. 索引

176. 索引

177. 索引

178. 索引

179. 索引

180. 索引

181. 索引

182. 索引

183. 索引

184. 索引

185. 索引

186. 索引

187. 索引

188. 索引

189. 索引

190. 索引

191. 索引

192. 索引

193. 索引

194. 索引

195. 索引

196. 索引

197. 索引

198. 索引

199. 索引

200. 索引

201. 索引

202. 索引

203. 索引

204. 索引

205. 索引

206. 索引

207. 索引

208. 索引

209. 索引

210. 索引

211. 索引

212. 索引

213. 索引

214. 索引

215. 索引

216. 索引

217. 索引

218. 索引

219. 索引

220. 索引

221. 索引

222. 索引

223. 索引

224. 索引

225. 索引

226. 索引

227. 索引

228. 索引

229. 索引

230. 索引

231. 索引

232. 索引

233. 索引

234. 索引

235. 索引

236. 索引

237. 索引

238. 索引

239. 索引

240. 索引

241. 索引

242. 索引

243. 索引

244. 索引

245. 索引

246. 索引

247. 索引

248. 索引

249. 索引

250. 索引

251. 索引

252. 索引

253. 索引

254. 索引

255. 索引

256. 索引

257. 索引

258. 索引

259. 索引

260. 索引

261. 索引

262. 索引

263. 索引

264. 索引

265. 索引

266. 索引

267. 索引

268. 索引

269. 索引

270. 索引

271. 索引

272. 索引

273. 索引

274. 索引

275. 索引

276. 索引

277. 索引

278. 索引

279. 索引

280. 索引

281. 索引

282. 索引

283. 索引

284. 索引

285. 索引

286. 索引

287. 索引

288. 索引

289. 索引

290. 索引

291. 索引

292. 索引

293. 索引

294. 索引

295. 索引

296. 索引

297. 索引

298. 索引

299. 索引

300. 索引

301. 索引

302. 索引

303. 索引

304. 索引

305. 索引

306. 索引

307. 索引

308. 索引

309. 索引

310. 索引

311. 索引

312. 索引

313. 索引

314. 索引

315. 索引

316. 索引

317. 索引

318. 索引

319. 索引

320. 索引

321. 索引

322. 索引

323. 索引

324. 索引

325. 索引

326. 索引

327. 索引

328. 索引

329. 索引

330. 索引

331. 索引

332. 索引

333. 索引

334. 索引

335. 索引

336. 索引

337. 索引

338. 索引

339. 索引

340. 索引

341. 索引

342. 索引

343. 索引

344. 索引

345. 索引

346. 索引

347. 索引

348. 索引

349. 索引

350. 索引

351. 索引

352. 索引

353. 索引

354. 索引

355. 索引

356. 索引

357. 索引

358. 索引

359. 索引

360. 索引

361. 索引

362. 索引

363. 索引

364. 索引

365. 索引

366. 索引

367. 索引

368. 索引

369. 索引

370. 索引

371. 索引

372. 索引

373. 索引

374. 索引

375. 索引

376. 索引

377. 索引

378. 索引

379. 索引

380. 索引

381. 索引

382. 索引

383. 索引

384. 索引

385. 索引

386. 索引

387. 索引

388. 索引

389. 索引

390. 索引

391. 索引

392. 索引

393. 索引

394. 索引

395. 索引

396. 索引

397. 索引

398. 索引

399. 索引

400. 索引

401. 索引

402. 索引

403. 索引

404. 索引

405. 索引

406. 索引

407. 索引

408. 索引

409. 索引

410. 索引

411. 索引

412. 索引

413. 索引

414. 索引

415. 索引

416. 索引

417. 索引

418. 索引

419. 索引

420. 索引

421. 索引

422. 索引

423. 索引

424. 索引

425. 索引

426. 索引

427. 索引

428. 索引

429. 索引

430. 索引

431. 索引

432. 索引

433. 索引

434. 索引

435. 索引

436. 索引

437. 索引

438. 索引

439. 索引

440. 索引

441. 索引

442. 索引

443. 索引

444. 索引

445. 索引

446. 索引

447. 索引

448. 索引

449. 索引

450. 索引

451. 索引

452. 索引

453. 索引

454. 索引

455. 索引

456. 索引

457. 索引

458. 索引

459. 索引

460. 索引

461. 索引

462. 索引

463. 索引

464. 索引

465. 索引

466. 索引

467. 索引

468. 索引

469. 索引

470. 索引

471. 索引

472. 索引

473. 索引

474. 索引

475. 索引

476. 索引

477. 索引

478. 索引

479. 索引

480. 索引

481. 索引

482. 索引

483. 索引

484. 索引

485. 索引

486. 索引

487. 索引

488. 索引

489. 索引

490. 索引

491. 索引

492. 索引

493. 索引

494. 索引

495. 索引


496. 索引

497. 索引

498. 索引

499. 索引

500. 索引

<p>自家注射の前処置治療を受けられる方へ ( )様</p> <p>1. 治療の目的 2. 治療の方法 3. 治療のリスク</p>	<p>1. 治療の目的 2. 治療の方法 3. 治療のリスク</p>	<p>治療内容</p> <p>1. 治療の目的 2. 治療の方法 3. 治療のリスク</p>	<p>1. 治療の目的 2. 治療の方法 3. 治療のリスク</p> 
<p>1. 治療の目的 2. 治療の方法 3. 治療のリスク</p>	<p>1. 治療の目的 2. 治療の方法 3. 治療のリスク</p>	<p>治療内容</p> <p>1. 治療の目的 2. 治療の方法 3. 治療のリスク</p>	<p>1. 治療の目的 2. 治療の方法 3. 治療のリスク</p>

## 患者参加のメリット、デメリット

### ・メリット

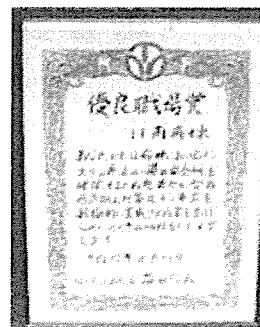
- QOLを高める
- 治療に対するコンプライアンスを高める
- 治療に積極的になれる
- 安全確認しやすい(患者、医療者)

### ・デメリット

- 患者側の負担(体調管理、プライバシー)
- 医療者側の負担(時間と労力)

## 患者参加の取り組み

- 患者参加型パスの普及  
婦人科、呼吸器内科、外科
- 患者参加型検査チェックシート  
心臓カテーテル検査、その他
- 患者参加型インスリン療法  
薬剤部と病棟
- 看護用具の工夫  
輸血カバーその他



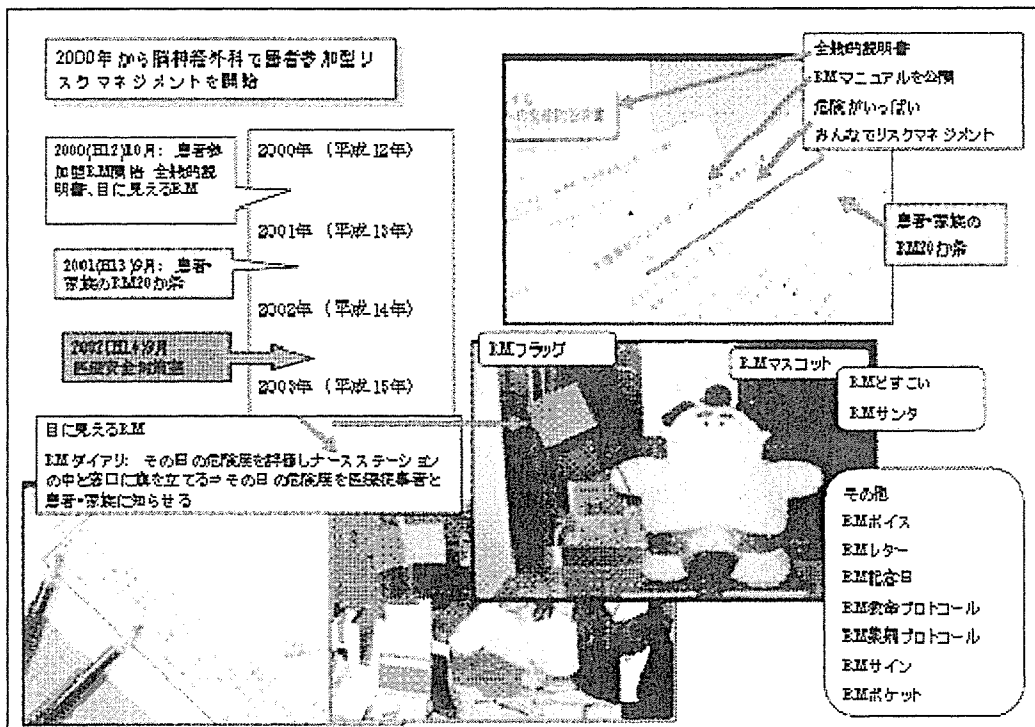
21

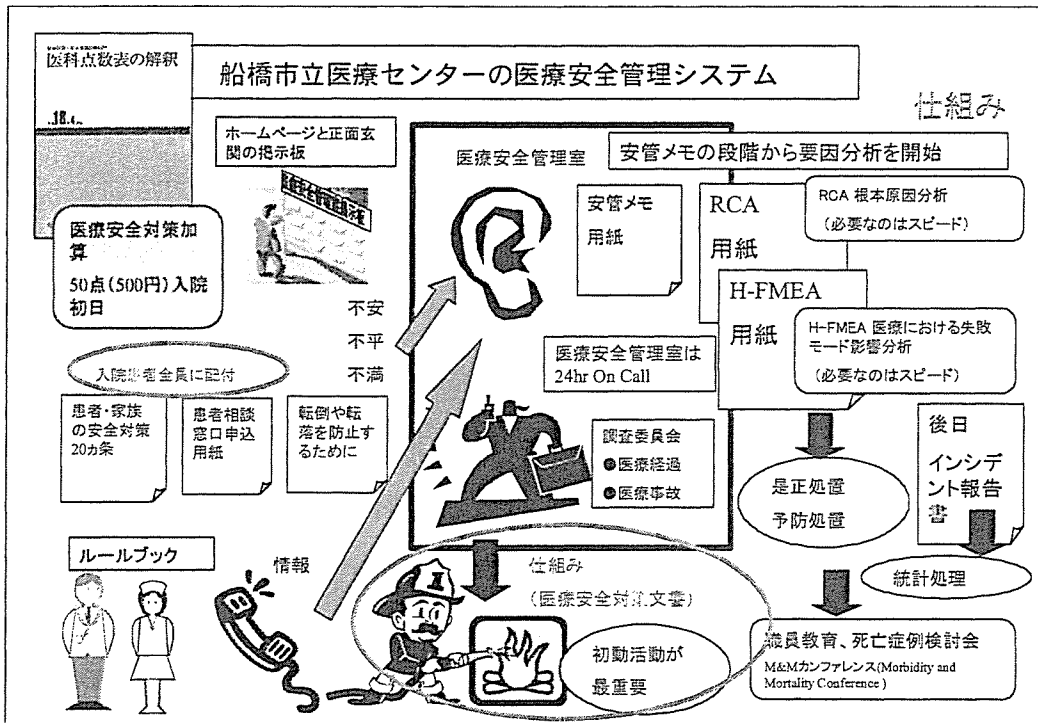
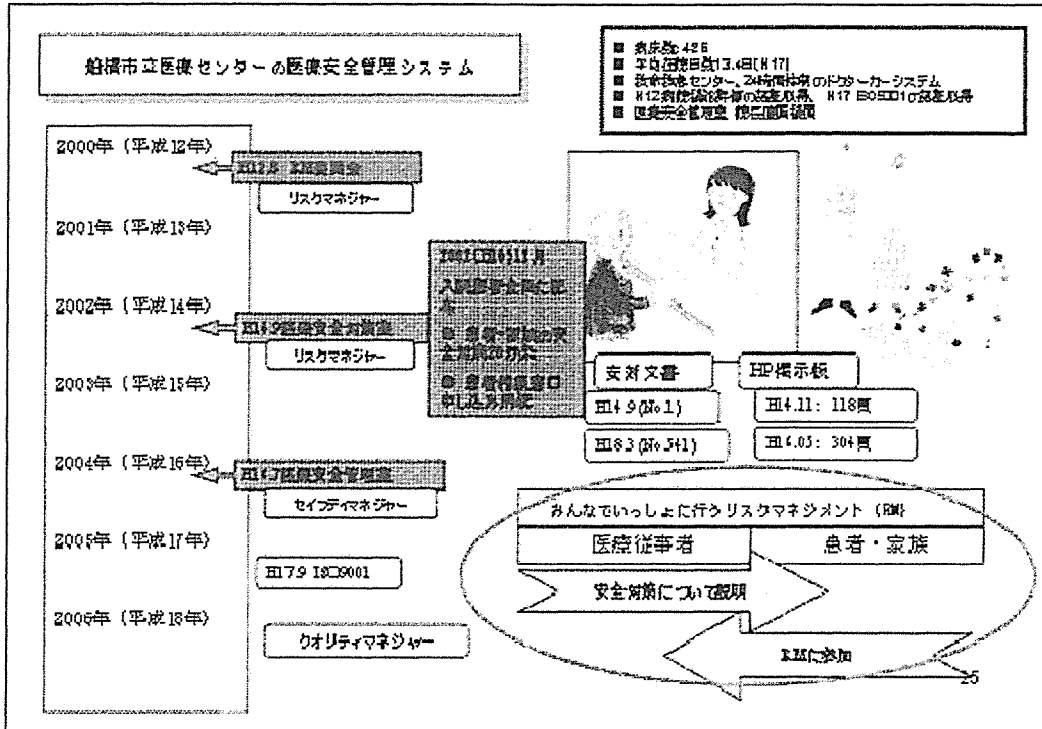


# 「患者参加型リスクマネジメント(RM)」

船橋市立医療センター  
副院長(医療安全管理室長)  
唐澤秀治

23





### 患者・家族の安全対策20ヶ条

①: わかりにくいことがある。その点を話し合い、両当事項を明らかに協定しておく

②: できれば二人以上で説明を受ける

③: 緊急災害時に対応している

④: 予備・隠れている場合には、見せてもらう。説明書ももらう

⑤: セカンドオピニオン

⑥: 院内に相談員がいることを

⑦: がんがけなどの格別、開放型病棟の利用

⑧: 患者自身の説明・説明が困難な場合に、第三者の援助を受ける。職員の職能を高める

⑨: 転倒・転落などの危険防止

⑩: 緊急災害時が発生した際に迅速に対応できるようにしておく

⑪: 病棟の静粛を守る

⑫: 患者情報と患者会

⑬: 医師情報とその活用方法

⑭: 材料検査の保証

⑮: 不審がある。病棟がむい、苦しいとき

⑯: 院内感染防止

⑰: 患者相談窓口と患者相談窓口

⑱: 患者への手紙

⑲: 医療従事者の安全確保

⑳: その他

患者・家族が訴えてきた疑問をすぐに否定しないこと

いつもと違う

医療安全対策 No.362

「その点については、確認してきます。少々お待ちください」

手術・検査承諾書: 配偶者だけでなく、可能なかぎり他の家族・親族にも説明してください

医療安全対策 No.518

宗親上の献血拒否への対応

医療安全対策 No.485

同性の患者は入院患者の25%、市内の上位30の姓に集中

医療安全対策 No.46

告別・クレームを愛恨クレームと分ける

医療安全対策 No.445

医療安全対策 No.504

医療安全対策 No.561

診察券

漢字でサイン

### ISO 9001: H.17.91に認証取得 医療の質と安全

患者への定額診療0%削減

① H16: 240件

② H17目標値: 214件

③ H17: 187件 (33削減 少= 22.1%減少)

H17年度 安管活動 273件

A 不適切対応 [21件]	B 告別・クレーム対応 [61件]	C 事務・IT・施設対応 [74件]	D 予防活動と教育研修 [67件]
A-1: 医療サービス [4件]	B-1: 完備 [5件]	C-1: 院内発生事件 [14件]	D-1: 予防処置 [24件]
A-2: 診療記録 [22件]	B-2: IT・診療 [19件]	C-2: 院内発生事件 [18件]	D-2: 院内教育・研修 [21件]
A-3: システム [4件]	B-3: 危機感 [11件]	C-3: トラブル [20件]	D-3: 社会環境との連携 [8件]
A-4: その他の不適合 [1]	B-4: その他の苦情 2-5 [15件]	C-4: 緊急その他 [10件]	D-4: 予防活動 [12件]

予防

教育・研修

## 資料4 看護学生による「患者参加」に関する学習のまとめ

### 医療の質を高めるにはどうしたらよいか

—患者側と医療者側にできること—

東邦大学医学部看護学科 1年  
海老澤真紀・鹿島なつみ・叶内春花・榊原寿美玲  
佐藤彩香・妻田直人・中村有希・星野未希  
東邦大学医学部看護学科 中原るり子・量倫子

#### はじめに

医療の質を高めるためにはどうしたらよいか。これは、医療者にとっても患者にとっても長年のテーマである。しかし、いざ医療の質を高めると言われても具体像すら浮かばないのが現状ではないだろうか。私達は、研究の基礎という演習科目の中で、医療の質を高めるためには、医療に携わる人々が求める医療を明らかにする必要があるのではないかと考え、医療に携わる患者と医療者の双方が求める理想の医療をそれぞれの立場から探り、理想の医療に近づけるために双方ができることを明らかにした。文献を検討していくうちに、いくつかの限界があるにせよ医療における「患者参加」が医療の質を上げる方策になるのではないかと考えるようになったので、ここに報告する。

#### 方法

文献検討と第1回医療の質・安全学会のシンポジウム「医療の質と安全について考える市民と医療者の集い」に参加した結果を踏まえて、討議し以下の内容をまとめた。

#### 1. 理想の医療とは

文献検討の結果、以下のことが示された。

##### 1. 1. 患者が考える理想の医療

患者側が考える理想の医療には大まかに「人権に配慮した医療」、「安全で高度な医療」の2つに分けられる。前者の「人権に配慮した医療」とは、医療者と患者は対等であり、かつ、医療者が患者を理解した上で尊重し、しっかりコミュニケーションをとることのできる医療である。一方、後者の「安全・高度な医療」とは、疾患を完治する医療、そして「ゼロリスク」の医療と考えられる。ただし、どちらかといえば患者は「人権に配慮した医療」を求める傾向にあるように思われた。

##### 1. 2. 医療者が考える理想の医療

医療者が考える理想の医療も大きくまとめると、やはり「安全で高度な医療」、「人権に配慮した医療」の両方が含まれている。しかし、医療者の場合どちらかというところ「安全な医療」に重きを置いているように思われた。

##### 1. 3. 理想の医療のズレ

両者の求める理想の医療は、「安全で高度な医療」と「人権に配慮した医療」という点で一致している。しかし、患者側は、「人権に配慮した医療」を重視し、医療者は「安全で高度な医療」を重視している。この違いは両者の考え方の違いによるものであり、コミュニケーションの不足から生じているものかもしれない。

## 2. 理想的の医療を実現するために

### 2. 1. 現状と理想を比較

今日医療の進展により、高度な医療技術が可能になり、今まで不治とされていた病気も治るようになった。また、最近では医療の安全性が論議され法改正も進みつつある。これらの現象は一見、患者と医療者が目指す理想の医療へと近づいているかに見える。しかし、その反面、医療における安全性や患者の人権が脅かされる事態が生じたり、医療者への負担につながっているという側面もある。近年の医療は医療者主体で進められ、高度な医療が重視されたために、医療の安全性や患者の人権が脅かされ、患者の満足感が高まらない事態が引き起こされている可能性がある。では、医療者、患者の両者が目指す安全で高度な医療、人権に配慮した医療を達成するためにはどうすればいいのだろうか。

### 2. 2. 「患者参加」という提案

近年、医療の質の向上の分野では「患者参加」という概念が注目を集めている。以前から患者中心という概念はあったが、1964年の「ヘルシンキ宣言」の作成や1973年の「患者の権利章典」などの影響を受けて患者の権利が認められるようになり、医療のあり方が次第に患者参加型医療に変化している。

近年徐々に広がってきた「患者参加」という考え方は、「患者中心の医療」すなわち、医療を受ける者である患者の主体的な意思を尊重した医療であり、患者が受身になるのではなく積極的に医療に参加することを意味している。患者参加型医療において、重要なキーワードとしては「患者の自己決定権」、「インフォームド・コンセント」、「セカンドオピニオン」「カルテ開示」「医療情報の提供」「患者アドボカシー」などがある。

### 2. 3. 「患者参加型の医療」の定義

患者は医療消費者で、この患者の主体的な意思が中心におかれる医療を「患者参加型医療」と呼ぶ。これは、「単に病気を治療するだけでなく、患者の幸福と満足感を追求することが医療の本質である」という考えに基づき、「患者の立場に立って、医療を実践すること、また、それを支援・促進する体制のこと」といわれている。患者中心の医療は患者が不平・不満・不信を言う「患者のわがまま」がまかり通る医療ではない。患者が「こういう医療を受けたい」という明確な意思を持っていることが前提となっている。患者は自分の意思を医療者に伝え、医療者は患者とともに実現する医療のことである。

患者参加では、これまでのような「お任せ医療」が解消されることが期待されている。さらに、医療安全の面で言えば、患者が医療ミスに気づき事前に医療事故を防ぐことが期待され、医療はますます安心なものへと繋がるといわれている。このように、患者がこれまでとは違う形で一歩医療に踏み込むことによって、医療が変化しているとしたら、現在「患者参加」はどのような形で行われているのであろうか。



### 3. 「患者参加」の現状

#### 3. 1. 具体的な取り組み

「患者参加」の種類は、個人・組織・社会の三つに分けられる。まず、個人の主な活動としては、医療機関の選択、医療者への情報提供、院内規則の厳守、医療安全への患者参加などが挙げられる。組織では、医療ボランティアとしての活動、意見箱への投稿、評議会への出席などがある。最後に、社会の活動としては、医療政策への参加、患者会の主催、オンブズマンとしての市民参加、闘病記の出版、医療者教育、臨床試験への参加などが実施されている。

#### 3. 2. 「患者参加」について患者の声

上野氏の発言を聞くと、新聞記者として社会情勢にいくら明るくても、一歩医療の分野に患者として踏み込むときには、全くといっていいほど知識がない“素人”であったという。上野氏は自分が病気についてなかなか理解できないことを医療者にわかって欲しかったという思いを持ったとも語っている。また、上野氏はインフォームド・コンセントの導入により医師から病状について詳しい説明を聞いたり、インターネットや文献検索を通じて得られる医療情報は、以前に比べて飛躍的に増加したが、その反面、患者はそれらの多様な医療情報を全て引き受けなければならず、精神的にとっても辛かったと語っている。フロアからも、患者には、積極的に参加すると医療者に敬遠されてしまうのではないかと、患者参加によって医療者が責任逃れをしようとしているのではないかと不安の声も上がっていた。つまり、患者が医療に参加することは、患者側の権利を拡大する一方で患者の責任をも拡大することになってしまうのである。

#### 3. 3. 「患者参加」について医療者の声

一方、医療者の間でも「患者参加」については賛成・反対の両方の意見がある。シンポジストである山田氏が患者と共同してクリティカル・パスを作ったときに、患者から「自分の治療がどこまで進んでいるのかわかりやすくなった」、「次の治療は何なのかわかるようになった」の肯定的な評価をもらい、その評価を聞いた医療者からは患者参加に肯定的な意見が多かったと報告している。しかし、その反面、医療計画が計画通りに進まないため、「業務に支障をきたすのではないかと」「時間外業務に対応できるだけの人的・時間的余裕がない」「自ら積極的に参加することができない患者をどうするか」といった意見もあったという。医療者の間でも患者参加のメリットとデメリットが議論されているようである。

### 4. 「患者参加」の必要性

さて、「患者参加」は本当に医療に必要なのであろうか。素人である患者が医療に参加するためには、説明に関する資料作成や設備の充実といった医療者側の負担が増えることが予測される。過重労働が問題視される医療現場に新たな業務が追加された場合、医療の質が低下してしまうことも懸念される。患者側にしても病気を治すことで精一杯の時期に、多量の情報を提供され意思決定を促されても患者の負担が重くなるだけで患者のメリットにつながらない可能性もある。まして、医療に知識や関心のない人や患者の疾患が悪性であった場合には、両者の負担は

相当なものになるだろう。しかし、われわれは患者の命や健康はもともと患者のものであり、その当事者である患者自身が医療の意思決定に参加しなければ意味が無いと考え、以下の観点から「患者参加」の必要性を結論づけた。

#### 4. 1. 「安全で高度な医療」の観点から

医療者の中には、「本当に患者が医療ミスに気づけるのか」といった声もあるが、患者は自分自身の生死を決定する問題であるため、医療ミスが起こらないように必死である。そういった熱意ある患者が医療チームに加わることにより、医療者同士の馴れ合いが少なくなり、緊張感のある医療が行われるようになる。つまり、患者と医療者が連携して治療を進めことができれば、医療ミスの防止につながると考えられる。加えて、患者が今までより病気について深く理解するようになれば、患者と医療情報を共有することが可能になり、医療者の負担も軽くなると考えられる。

#### 4. 2. 「人権に配慮した医療」の観点から

患者が望んでいる「人権に配慮した医療」の観点は患者側から発信されなければ把握できないものである。患者の意見を医療に取り入れるために両者が多くのコミュニケーションを図るようになれば、互いに個人として尊重できる可能性が広がる。対話が進めば、相互理解が促され、信頼関係が生まれると考えられる。

### 5. 理想的な医療に近づけるためにできること

質のよい医療にするためには、誰かがやってくれるだろうといった安易な考えではなく、互いにできることを尽くすことによって現状を変えていくのだと考える。ここでは、患者側・医療者側と双方からの視点で考えてみることにした。

#### 5. 1. 患者側ができること

- ① 自分の病気について自ら学ぼうとする。
- ② 医療者と関わろうとする。
- ③ 納得のいくまで質問をする。
- ④ 自分のことを理解するために情報提供・情報開示を申請する。
- ⑤ 医療は100%安全ではないことを念頭におく。
- ⑥ 患者会に参加する。

#### 5. 2. 医療者側ができること

- ① 患者の声に耳を傾け・関心を持ち・配慮する。
- ② コミュニケーションの向上につとめる。
- ③ 患者の学習環境を整備する。
- ④ インフォームド・コンセントを必ず行う。
- ⑤ クリティカル・パスで情報を共有する。

### 6. まとめ

文献の検討と第 1 回医療の質・安全学会のシンポジウム「医療の質と安全について考える市民と医療者の集い」に参加して、様々な課題はあるにしても、医療に患者が参加することによって、「人権に配慮した医療」、「安全で高度な医療」が実現する可能性があることを確認した。

参考文献：

- 1) パトリス L. スパス・長谷川友紀（訳）平原憲道（訳）和田ちひろ（訳）：患者と減らそう医療ミス エルゼビア・ジャパン 2005
- 2) 大熊由紀子・開原成充・服部洋一：患者の声を医療に生かす 医学書院 2006
- 3) 和田ちひろ：全国『患者会』ガイド ガッケン 2004
- 4) 上野直人：最高の医療をうけるための患者学 講談社 2006
- 5) 坂本すが：患者参加を謳う前に考えておきたいことー「患者参加」で、何が変わったかー看護 57(11) 2005
- 6) 和田ちひろ：何が「患者参加」なのかー「患者参加」で、何が変わったかー看護 57(11) 2005
- 7) 唐澤秀治、鈴木久子：患者参加型の医療安全対策 20 カ条を実施ー「患者参加」で、何が変わったかー看護 57(11) 2005

平成18年度厚生労働科学研究費補助金 医療安全・医療技術評価総合研究事業  
研究課題番号 H18-医療-一般-005

「医療の質・安全を確保する新しい医療システムを実現するための戦略に関する研究」

## ワークショップ発表資料

わが国における医療の質・安全の取り組みの現状と課題  
(医療の質・安全学会第1回学術集会特別企画における報告及び発表の記録)

# 目次

■ ビデオメッセージ	
Donald Berwick	1
■ 特別講演	
医療の質・安全に求められるもの 佐藤 隆巧	7
■ シンポジウム 1	
「患者安全のシステムを創る－医療の質・安全と医療者の労働環境」	
基調講演 Keeping Patients Safe : Transforming the Work Environment of Healthcare Workers Johns Hopkins University Donald M. Steinwachs	15
1-2 患者への薬剤師の貢献－現状と課題 伊賀 立二	28
1-3 患者安全のシステムを創る－人的資源の観点から医師の役割を考える 相馬 孝博	36
■ シンポジウム 2	
「医療の質・安全学会が果たすべき役割について－質・安全にかかる諸学の役割と緊急研究課題」	
基調講演 医療の質・安全学会が果たすべき役割について －内閣府総合科学技術会議の役割とライフサイエンス分野推進戦略の紹介－ 山本 光昭	43
2-1 医療の質・安全学会が果たすべき役割について －質・安全にかかる諸学の役割と緊急研究課題 稲垣 克巳	47
2-2 学会が果たすべき役割について 相互観察 小松 秀樹	51
2-3 医療の質・安全学の確立に向けて 飯塚 悦功	56
2-4 医療の質・安全学会が果たすべき役割について －質・安全にかかる諸学の役割と緊急研究課題 出河 雅彦	60
■ ワークショップ 1 「医療の質・安全の取組みの現在－病院の取組み」	
1-1 クリニカルパスと質管理 副島 秀久	63
1-2 TQM（総合的質管理）による医療の質・安全確保に向けた取り組み ～医療のTQM 推進協議会の目指すもの～ 北島 政憲	65
1-3 医療の質・安全の取り組みの現在－日本医療機能評価機構における取り組み 大道 久	72
1-4 国立大学病院医療安全管理協議会における医療安全への取り組み 中島 和江	77

## ■ワークショップ 2

### 「医療の質・安全の取組みの現在－行政・業界と第三者機関の取組み」

2-1 医療事故情報収集等事業の現況について	後 信	81
2-2 医療の安全と医療機器業界の取組みの現状	石川 廣	87
2-3 医薬品における医療事故防止への取組み	吉澤 潤治	91
2-4 医薬品・医療機器に関連した医療安全対策	山田 雅信	99
2-5 医薬品医療機器総合機構における医療安全対策（医薬品・医療機器の観点から）	木村 宇一郎	105
2-6 今後の医療安全対策について（行政の立場から）	佐原 康之	110

## ■ワークショップ 3「医療事故被害者救済の取組み

－被害者とは誰か、救済とは何か、取り組まなければならないことはなにか－

3-1 「医療事故被害者救済の取組み」を考えるにあたって	稲葉 一人	117
3-2 悼みを分かち合うこと、事実を伝えること、関係の修復、補償、そして赦し	長谷川 剛	122
3-3 「医療事故被害者救済の取組み」について患者・被害者の立場から考える	豊田 郁子	130

## ■ワークショップ 4

### 「医療の質・安全の取組みの現在－プロフェッションと学会の取組み」

特別発言	埴岡 健一	135
4-1 医療崩壊を防ぐための医療安全に関する日本医師会の取組み	木下 勝之	142
4-2 日本看護協会における医療安全対策	佐々木久美子	149
4-3 外科系学会としての医療の質、安全への取組み	高本 眞一	155
4-4 医療の質・安全の取組みの現在－プロフェッションと学会の取組み	藤村 正哲	162

## ■ワークショップ 5

### 「医療の質・安全と費用（コスト）」

5-1 医療の質・安全と費用（コスト）	池田 俊也	171
5-2 医療の質と診療報酬体系	遠藤 久夫	173
5-3 医療安全投資を考える3つのレベル	安川 文朗	177
5-4 安全を確保する新しい医療システムについて	真野 俊樹	181
5-5 医療現場における医療安全対策の現況	小笠原敬三	187

## ■ワークショップ 6

### 「医療の質・安全とジャーナリズムの役割」

6-1 医療の質・安全とメディアの役割	米本 昌平	193	
6-2 医療の質・安全とメディアの役割	ジャーナリズムが果たしてきた役割 ～ごくごく個人的な経験から～	大熊由紀子	199
6-4 医療消費者と医療システムのコミュニケーション推進を期待する	福井トシ子	208	
6-5 医療安全とメディアのありかた	中澤 堅次	212	

## ■ワークショップ 7

### 「医療安全管理者と推進者に求められる能力」

7-1 医療安全管理者の役割・機能、業務内容を再考する	寺井美峰子	215
7-2 医療安全管理者と推進者に求められる能力	種田憲一郎	223
7-3 医師の安全参加を促すために	長尾 能雅	232
7-4 看護管理者の立場から	松月みどり	239
7-5 安全文化の構築を目指して	根本 裕一	242

## ■ワークショップ 8

### 「医療専門職の育成と医療安全」

特別発言	岩崎 榮	279
8-1 実践的な医療安全教育と今後の展開	後藤 英司	250
8-2 新人看護師に対する医療安全教育の実際	田沢 弘子	257
8-3 薬剤師の場合	古川 裕之	263
8-4 中心静脈カテーテル挿入に関する技術研修プログラムの構築と医療安全対策	渡部 修	269
8-5 研修医と医療安全 ―現場からの報告―	喜多 洋輔	274
8-6 医療専門職の育成と医療安全	三浦 公嗣	281

## ■ワークショップ 9

### 「安全のための技術開発」

9-1 産業界における安全の考え方	田中 健次	283
9-2 安全のための技術開発	杉山 良子	291
9-3 医療機関における医療機器の安全管理から	佐藤 景二	299
9-4 セーフティマネジメントに対する企業としての取り組み	生野 利子	307
9-5 医療の質・安全に対するシミュレーション・ラボセンターにおける教育の有用性	中西 成元	314

ビデオメッセージ



**Donald Berwick, MD, MPP**  
**CEO and President Institute for Healthcare Improvement**

---

Hello! My name is Dr. Donald Berwick. I'm a pediatrician by training and I'm President and Chief Executive Officer of the Institute for Healthcare Improvement – IHI. IHI is a non-profit organization, headquartered in Cambridge, Massachusetts, in the United States, with the mission of helping to accelerate the improvement of healthcare systems around the world. I'm also a clinical professor of pediatrics and healthcare policy at the Harvard Medical School and professor of health policy and management at the Harvard School of Public Health.

Let me express my great thanks for allowing me to join you this way at this enormously interesting and important and exciting time, as you open the first annual congress of the Japanese Society for Quality and Safety in Healthcare.

Quality and safety in healthcare is now a global issue. For many, many years, only a few scientists who studied healthcare processes and outcomes knew how hazardous and sometimes damaging healthcare really is. No one doubts, who understands the situation, the good intention or the hard work of the healthcare workforce: doctors, nurses, pharmacists, therapists are trying every single day to do the right thing for their patients. But what we also know now is that healthcare is an immensely complex enterprise, involving many interfaces and interchanges, transfers, a growing and overwhelming body of knowledge. Techniques, like machines and procedures, that have hazards built into them. Very ambitious, audacious undertakings to try to do well by our patients. This is a complex system and we understand as students of safety and quality that complexity lead to error and injury in all too many environments.

In many industries, like aviation or nuclear power or defense, where complexity is part of the situation and hazards abound, there are decades of excellent work to minimize hazards and injuries and to assure extreme reliability in safety and performance. We know a lot about quality and safety. Indeed, for production systems, like manufacturing of consumer products and in many service industries, it is your country, Japan, that led the way in the 1950s and 60s and 70s to teaching the entire world about how to make systems perform at the level they can, with quality and safety, and to continually improve those systems in a never-ending journey. My country, the United States, learnt a tremendous amount from yours in the latter part of the 20<sup>th</sup> century, about how to take scientific forms of improvement into complex production systems. But somehow, medicine, healthcare, medical care stayed outside that trend in both our countries. I think maybe because healthcare is proud. Because it's generous. Because we know we come to work every day to help, we somehow escape the self-scrutiny to study the rates in which we fail to help, sometimes even do harm. That's started to change in the late 1990s. An important study was done at Harvard – the Harvard Medical Practice Study – that looked at injury rates at hospitals in one state of the United States – New York – and later on in Colorado and Utah, and discovered an enormous amount of injuries to patients because of failures and unreliability in care systems. Not through the intentions of doctors and nurses, but because of the complexity of those systems. Indeed, in the United States, we came to

learn that something between 44 thousand and 98 thousand Americans each year die in hospitals from their care, instead of from their disease. That would place healthcare as the 4<sup>th</sup> or 8<sup>th</sup>, depending on which number you choose, most significant public health problem in my country!

At the turn of the 20<sup>th</sup> and 21<sup>st</sup> century, our national academy of sciences, the Institute of Medicine, took this problem under advisement and held several long series of committee discussions and meetings, to produce two reports, which established for my country, an agenda for the improvement of healthcare. The first report was called ‘To err is human’ and it was about injuries to patients in care from errors and flaws. The second report was called ‘Crossing the Quality Chasm’ and it laid out an agenda of six improvements badly needed in American healthcare. Those improvements were called Safety (don’t harm people), Effectiveness (be reliable in use of science), Patient-Centeredness (put the patient at the center and give them power and dignity; honor their choices), Timeliness (avoid waiting when it’s unnecessary, and it often is), Efficiency (don’t waste money) and Equity (make sure that we’re not denying people what they need because of race or gender or ethnicity or wealth). Safety, Effectiveness, Patient-Centeredness, Timeliness, Efficiency and Equity. That became the American agenda for the improvement of care. My organization – the Institution for Healthcare Improvement – had been involved for many years in trying to make improvements along those dimensions and these reports led to an increasing surge of activity in the United States for the improvement of care. That improvement is intended to be scientific. It is intended to be guided by knowledge – not assumption, not habit and certainly not by blame. We now know that blaming the individuals involved in problems in care is the worst possible solution; it has nothing to do with systems thinking. We’ve learnt to bring systems science to the job of improving care, just as we brought systems science to the job of making better consumer products in other service industries.

Sometimes doctors and nurses and others get offended when we use analogies to other industries and apply them to healthcare, but I assure you the analogy holds. Our work is different, the care of a human being, the sick, is not the same as the production of a product, but many of the same principles, of systems science, measurement, participative management and a focus on reliability, can help with healthcare even more than they’ve helped in other industries that have begun to use modern methods for the management and improvement of quality and safety.

There is science behind this and crossing the quality chasm requires a research agenda as well as a teaching and change agenda. We have a lot to learn yet about how to construct technical systems of care that flow smoothly, are highly reliable and very, very safe. We have a lot to learn about teamwork – how to build inter-disciplinary work and inter-dependency as the hallmark for better work, rather than sub-optimizing individual professions and separating people, who really need to be working together as teams. We need to learn from the field of high reliability organizations, HRO – high reliability organization theory is well developed; it applies in healthcare, in many of our environments; we just don’t use it. We need to learn more about simulation – how we can put people in safe environments to learn and practice skills and to grow those skills

without having patients pay the tuition of injury. And we need to learn about learning – we need to make healthcare organizations, hospitals, clinics and the entire continuum of care, in essence, a learning organization that can, every day, get better at what it does. Not just technically, not just through the invention of new drugs or new techniques, but through better and better systems.

I think the hallmark of this kind of work is that it is inter-disciplinary, multi-professional and involves collaboration and cooperation across many boundaries that we've taken a long time to build up in healthcare. It's time to tear those boundaries down and embrace the challenge of synergy, toward achieving goals for our patients. I know and expect that the Japanese Society for Quality, Safety and Healthcare will strengthen the idea of synergy and inter-dependency and involvement and pursuit of the goal of safety and quality for patients. I also hope that by the establishment of your society, we're going to speed more exchanges between our countries in this field. We've made a lot of progress in the United States toward improvement – my own organization – the Institute for Healthcare Improvement – over the past 2 years – has run a campaign over the entire nation called the hundred thousand lives campaign, whose goal was to save one hundred thousand people from dying in hospitals, whose lives could be saved by improving their processes of care, by avoiding errors and decreasing hazards. That campaign was immensely successful, involved over 3000 hospitals and may provide some examples for you in Japan to build on as you build collaborative efforts as a nation. Equally, I'm absolutely sure that we can learn from you, through the work that you're undertaking, as the Japanese Society for Quality, Safety and Healthcare, you will be engaging in experiments, and learning opportunities and change processes that we need to hear about and learn from, because in the end, we are in the same undertaking here and that is to improve care for both of our populations.

I want to acknowledge that in the other fields, Japan has been an international leader – many would say THE international leader in teaching us how to make complex things better – I know, that in the field of healthcare, if you attend to the issue of transparency, if you are honest about the problems – as I know you will be, if you confront them from the leadership levels, if you decide to be safer and better for your patients, that you too will merge into the lead in an international level in tackling this enormously important global problem of making healthcare what it can and should be for patients and in a never-ending search to make it better every single day.

I want to thank you again for your willingness to let me join you this way –and I look forward to staying in very close touch with your efforts, as your new society finds its direction and begins to lead the world, as I know it will. Thank you very, very much.

米国医療質改善研最高経営責任者 ドナルド・バーウィック氏

こんにちは、ドナルド・バーウィックです。私の専門は小児科医で米国医療質改善研究所 (IHI: Institute for Healthcare Improvement)の最高経営責任者を務めております。IHIは米国マサチューセッツ州ケンブリッジ市に本部のある非営利組織で、世界中の医療システムの改善を促すことを使命としています。私はまたハーバード医学校で小児科学および医療政策学の臨床教授、ハーバード公衆衛生大学院で健康政策管理学の教授も兼務しています。

このたび、医療の質・安全学会の第一回学術集会が開催されるという、極めて重要で心躍るこの日に、このような形で祝辞を述べさせていただく機会を与えていただきましたことを厚く感謝申し上げます。

医療の質と安全は今や世界的な問題となっています。これまで長年にわたり、医療が本当はいかに危険であり時として患者の健康を損なうこともあることを知っていたのは、医療のプロセスと結果の研究に携わってきたごく少数の科学者に限られていました。そうした状況を理解している人々は、医療関係者が善意により重労働をこなしていることを誰一人として疑いません。医師、看護師、薬剤師、種々の療法士は患者のために正しいことをしようと日々努力しています。しかし私たちは、医療が交流、交換、移転など多くの相互関係と増加の一途をたどる膨大な量の知識を含む極めて複雑な業務であることも知っています。機械や処置などの技術には危険が潜んでいます。患者をよくしようという非常に野心的で大胆な仕事なのです。これは複雑なシステムであり、複雑さ故にあまりに多くの状況でミスや傷害を引き起こしていることを安全や質を学ぶ私たちは理解しています。

航空機、原子力、軍事など多くの産業では、複雑性がつきものであり危険性も大きく抱えています。数十年にわたる素晴らしい取り組みにより危険や傷害を最小限に抑え、安全とパフォーマンスにおいて究極の信頼性を保証しています。品質と安全について私たちは多くのことを知っています。実際に、消費者向けの製品を製造する生産システムや多くのサービス業では、日本が1950、60、70年代、品質と安全を確保しながらシステムを可能なレベルでいかに機能させるかについて全世界に教え、そのシステムの向上を今日も果てしなく続けているのです。私の母国であるアメリカは、科学的形態の改善を複雑な生産システムにいかに取り入れるかについて、20世紀後半に日本から非常に多くのことを学びました。ところがどういう訳か、医学や医療は両国ともにそうした流れの外にいました。私は恐らく医療界のプライドや寛容さによるものだと思います。というのも、私たちは患者を助けようと日々働いていますが、助けられなかった、また時には傷つけさせた割合を調査する自己検査をなぜか避けるのです。しかし1990年代後半から変化し始めました。ハーバードで重要な研究が実施されたのです。「ハーバード医療研究(the Harvard Medical Practice Study)」と称するその研究では、アメリカの州の一つであるニューヨーク州、そ