

今求められている総合医

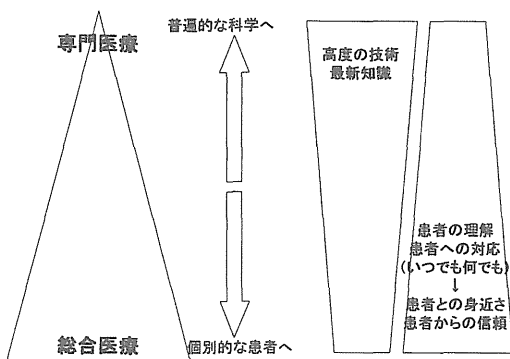
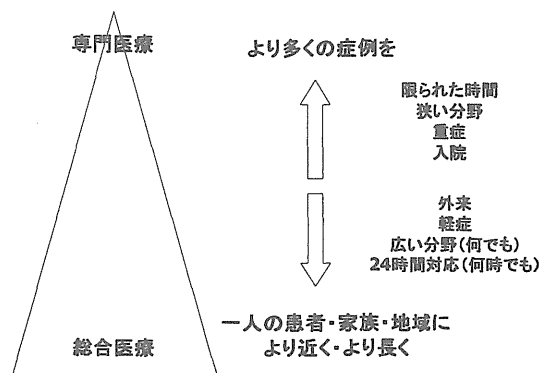
- 地域の一次医療を支える家庭医
 - いつでも(いつでもオンコール)
 - 何でも(日常的健康問題に)
 - 誰でも(小児、高齢者、妊産婦)
 - どこでも(在宅や施設、職場にも)
 - いつまでも(継続的な信頼関係)
- 専門医療の狭間を埋める総合医
 - 地域病院の病棟業務
 - 地域病院の全科当直
 - 地域病院の小児科診療
 - 地域病院の分娩支援

今求められている総合医

- 地域の一次医療を支える家庭医
 - いつでも(いつでもオンコール)
 - 何でも(日常的健康問題に)
 - どこでも(在宅や施設、職場にも)
 - 誰でも(小児、高齢者、妊産婦)
 - いつまでも(継続的な信頼関係)
- 専門医療の狭間を埋める総合医
 - 地域病院の病棟業務
 - 地域病院の全科当直
 - 地域病院の小児科診療
 - 地域病院の分娩支援

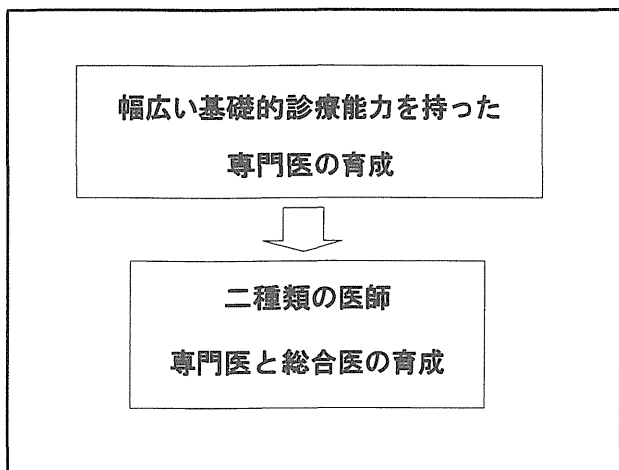
誤解

- 総合医は各科専門医療の集合体である
- すべての臨床医は総合診療を担っている
- 診療の質は専門医が上である
- 何でも出来る総合医は結局限界がある
- フリーアクセスが医療の質を保証する
- フリーアクセスを制限することは医療の質を低下させる



医療に対するアプローチ

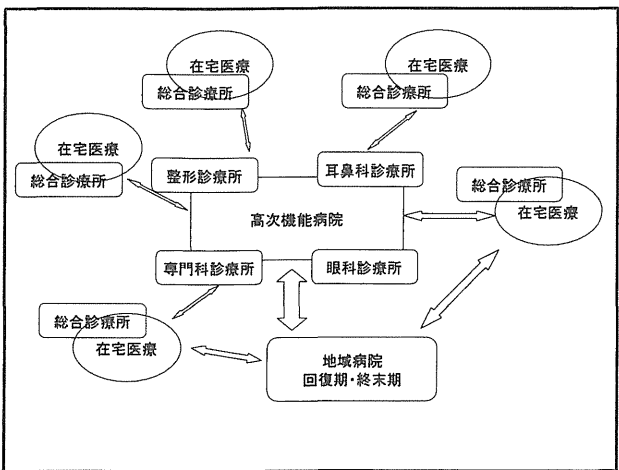
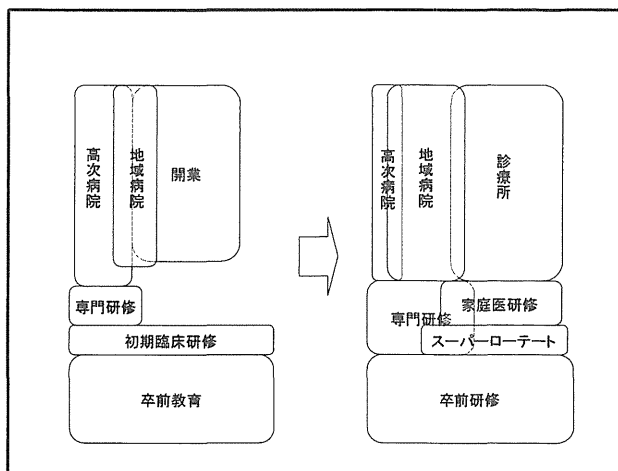
- | 専門医療 | 総合医療 |
|--------------------------|---------------------------|
| ■ 不確かなものを少なくする | ■ 不確かなものに耐える |
| ■ 正確な診断を優先 | ■ 安全な対処を優先 |
| ■ 複合的な問題を要素に分析する | ■ 複合的な問題を全体としてとらえる |
| ■ 疾患だけを問題にしようとする | ■ 病気を全体からとらえようとする |
| ■ 疾患を自分がどう解釈するか | ■ 病気が患者の人生にとってどのような意味があるか |
| ■ 自分の個人的な感情に左右されないように努める | ■ 自分の個人的感情を重要な要素として受け入れる |
| ■ 患者の個性を排除しようとする | ■ 患者の個性を大切に考える |



専門医療と総合医療の役割分担

高次医療	対象疾患	一次医療
特殊重症疾患	対象疾患	日常病
急性期	病期	病初期・慢性期
専門的検査	診断法	基本的診察
先端治療	治療	一般的治療
専門分野	疾病	全科
重症救急対応	時間外	常時オンコール対応
入院主体	診療形態	外来主体
短期	診療期間	長期
単一疾患	診療対象	患者家族全員

- 総合医の得意分野
- 在宅診療
 - 包括的診療
 - アクセスの保証
 - 高齢者医療
 - 包括的診療
 - 継続的診療
 - 病初期診療
 - 原因臓器未特定期(疾患未分化期)
 - 軽症日常的健康問題
 - 地域包括ケア
 - 調整的能力
 - 終末期ケア
 - 信頼関係
 - 家族的包括性



日本家庭医療学会認定後期研修プログラム

家庭医を特徴づける能力

- ・ 患者中心・家族志向の医療を提供する能力
- ・ 包括的で継続的、かつ効率的な医療を提供する能力
- ・ 地域・コミュニティをケアする能力

教育・研究

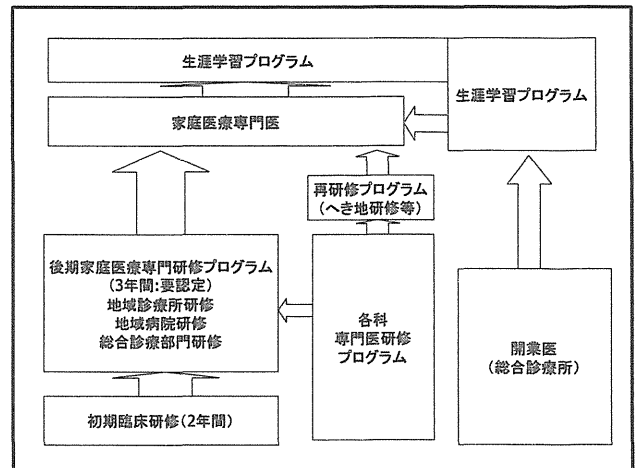
家庭医が持つ医学的な知識と技能

- ・ 健康増進と疾病予防
- ・ 幼小児・思春期のケア
- ・ 高齢者のケア
- ・ 終末期のケア
- ・ 女性の健康問題
- ・ 男性の健康問題
- ・ リハビリテーション
- ・ メンタルヘルス
- ・ 救急医療
- ・ 臓器別の問題

すべての医師が備える能力

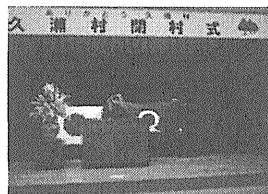
- ・ 診療に関する一般的な能力と利用者とのコミュニケーション
- ・ プロフェッショナルリズム
- ・ 組織・制度・運営に関する能力

- II 研修に含まれるべき項目（認定医として働くべき内容が研修できる必要がある。）
- II-1 次の診療科目における研修が含まれていること。
- (1) 産科研修（産科研修中に最低6ヶ月）
 - (2) 内科（内産・外来研修） ブロック期間（産科研修中に最低6ヶ月）
内科（産科研修でないこと）、総合（一般）内科、総合診療科で研修が行われる必要がある。
 - (3) 小児科（内産・外来研修） ブロック期間（産科研修中に最低3ヶ月）
総合的に小児科領域が研修できる必要がある。
- II-2 次の領域における研修が含まれていることが望ましい。
- （以下の項目は、研修プログラムごとに施設上期間を設ける。必ずしもブロック研修とは限定しない）
- (1) 外科
一般外科等、専門診療科外科を併修していない施設での研修が望ましい。
 - (2) 産婦人科
 - (3) 精神科またはその他内科
 - (4) 救急医学（1次または2次救急施設での研修が望ましい。）
 - (5) 産科外科
 - (6) 皮膚科
 - (7) 泌尿器科
 - (8) 眼科
 - (9) 耳鼻科
 - (10) 放射線科（診断・治療）
 - (11) 臨床検査・病理検査
 - (12) 薬 剤



地域と共に歩む(相互で築く信頼)

医師を選ばなかった患者
と
長く居ついた医師



シンポジウム 2

World Now : Introduction of Safety Initiatives in Oversea Countries

SY2-1

Global overview of patient safety research

Takeshi Morimoto

Research Tracks, World Alliance for patient safety research, WHO

お話しする内容は、World Alliance for Patient Safetyで行っているリサーチのアクションと、私どもがやっているアジェンダグループの活動で、これまで世界でどんなリサーチがされたかということについてのまとめと、世界でこれからどういうことをしようかという話です。また、リサーチについては他に幾つかのグループがありまして、そのプロダクトについてもご説明します。それから、今、どういうことが世界で動いているかという話をします。

World Alliance for Patient Safetyは2006年から2008年にかけて、ここにある四つのリサーチに関するアクションエリアがあって、そのうち1つがアジェンダです。リサーチのプライオリティーのアジェンダを作るのですが、国によってレベルが違いますので、レベルに合わせて作ります。他に、メソドロジーの開発やインフラの構築、途上国についてのリサーチ支援です。

リサーチのプライオリティー・セッティングでは、David Batesを中心にResearch Priority Working Groupというものを立ち上げました。

まず、Patient Safety Researchがこれまでどんなことをしたかということをもとめました。いろいろなリサーチについての構造的な問題、プロセスの問題、アウトカムについてフレームワークを作り、それぞれについて、23のメジャートピックを明らかにし、それらについての疫学や重症度、介入の可能性などについて記述しました。それから、今分かっていることと今後やっていかなければいけないことのギャップについても明らかにしようと試みました。

どのようなことが分かったかということ、unsafe careが相当ある、つまり、よくない医療、人間に対して非常に大きな負荷があるということです。また、ほとんどのリサーチが今のところ、先進国から出てきているということです。特にアンダーライニング、背景のプロセスなどの構造については、先進国でもあまりよく分かっていません。さらに、その先進国で分かっていることをどのように途上国や中間国に移していくかが分かっていません。よく分かっている疫学や知識と介入などの間には、大きなギャップがあるということが分かっています。

まず、今後進めていくglobal priority、優先度を定める作業をして、その中で、先進国で必要なこと、中間国で必要なこと、途上国で必要なことを明らかにしました。例えば、途上国についても20近いリストがあるのですが、途上国では、特にローカルで使える介入を明らかにしようという話です。

それから、中間国は途上国とほぼ似ていて、費用対効果性であるとか、特に途上国では粗造医薬品などが少なくありません。先進国である日本からすると、あまり関係がないのですが、そういう問題があります。

先進国では、コミュニケーションとかコーディネーションなどの構造的な問題について今後優先して取り組んでいかなければいけないだろうということが分かりました。それからもちろん組織の欠陥もあり、構造上のシステムの問題も解決しようという話になっています。

リサーチのグループは他にも幾つかありまして、まずメソッドやツールを明らかにしようというグループがあります。これまで使っているメソッドを整理して、どういうものが使えるかというのを明らかにします。それから、ストラテジーを作ろうということのグループがあり、また、途上国と中間国をリサーチするグループでは、直接中東など幾つかの領域でデータが出てきております。

それ以外に、例えば World Alliance for Patient Safety の Patient Safety に関するリサーチグループがサポートして、EUが資金を出し、ヨーロッパの国々の中で、リサーチのアクティビティをどんどん進め、ワークショップをしたり、ローカルなプレゼンテーションを出すという作業をしております。

また、ネットワーキングに対しては、やはり非常に大掛かりな支援が出てきております。

最後になりますが、医療安全の研究が非常に重要であるということは分かってきています。特に先進国では、多大な努力がなされております。日本もそれなりに貢献しなければいけないのですが、まだあまり出ていないというのが現状です。

Global Overview of Patient Safety Research

Takeshi Morimoto, MD, PhD, MPH

森本 剛

Research Group, World Alliance for Patient Safety, WHO

Center for Medical Education, Kyoto University

京都大学大学院医学研究科 医学教育推進センター

Presentation

- ❖ Research actions of World Alliance
- ❖ Research agenda group
 - ◆ Accumulation of patient safety research
 - ◆ Global priorities
- ❖ Products of other groups in research
- ❖ Concurrent research activities

World Alliance: Action Areas for Research 2006-2008

- ❖ To produce an agenda of research priorities for patient safety research worldwide
 - ◆ Stratified by development level
- ❖ Produce inventory of methodologies used in patient safety research
- ❖ Build infrastructure for research networks across cultures
- ❖ Foster research in developing countries

Accumulation of patient safety research

- ❖ Create framework for approaching topics
 - ◆ Structural factors – Processes - Outcomes
- ❖ Identify major topics in patient safety
 - ◆ 23 major topics
- ❖ Describe the epidemiology, severity and potential for intervention
- ❖ Identify gaps in knowledge to inform priority setting

Structural Topics

Organizational determinants and latent failures
Accreditation and regulation to advance patient safety
Safety culture
Inadequate training and education; workforce issues
Stress and fatigue
Production pressures
Lack of appropriate knowledge and availability of knowledge, transfer of knowledge
Adequate measures of patient safety
Devices, procedures without human factors engineering

Process Topics

Errors in care through misdiagnosis
Errors in care through poor test follow-Up
Errors in care: counterfeit / substandard drugs
Errors in care: unsafe injection practices
Bringing patients' voices into patient safety

Outcomes Topics

Adverse events and injuries due to medical devices
Adverse events due to medications
Adverse Events due to surgical errors
Adverse events due to health-care associated Infections
Adverse events due to unsafe blood products
Adverse events due to falls in the hospital
Injury due to pressure sores and decubitus ulcers
Patient safety concerns among the elderly
Patients safety among pregnant women and newborns

Results

❖ Major findings

- ◆ Likely substantial burden from unsafe care
- ◆ Nearly all the data from developed nations
- ◆ Lack of data about underlying processes, structures
- ◆ Unclear how these translate to developing and transitional countries

❖ Large gaps in knowledge about solutions

Global Priorities for Patient Safety Research

- ❖ Developed a set of global priorities for patient safety research
- ❖ Stratified by level of development
 - ◆ Developed
 - ◆ Transitional
 - ◆ Developing

Developing Countries

1. Development & testing of locally effective and affordable solutions
2. Cost-effectiveness of risk-reducing strategies
3. Counterfeit and Substandard Drugs (including traditional medicines)
4. Inadequate competences, training and skills
5. Maternal and Newborn Care

Transitional Countries

1. Development & testing of locally effective and affordable solutions
2. Cost-effectiveness of risk-reducing strategies
3. Lack of appropriate knowledge, transfer of knowledge
4. Inadequate competences, training and skills
5. Lack of communication and coordination (including hand-offs)

Developed Countries

1. Lack of communication and coordination (including hand-offs)
2. Latent organizational failures
3. Poor safety culture and blame-oriented processes
4. Cost-effectiveness of risk-reducing strategies
5. Developing better safety indicators (including a global safety indicator)

Other Research Group

- ❖ **Advancing Methods & Tools Working**
 - ◆ To assess strengths & weaknesses of methods for research on patient safety
 - ◆ To inform on best methods & tools for specific research questions and data settings
- ❖ **Strategies to Build Capacity for Patient Safety Research**
 - ◆ To develop recommendations to strengthening infrastructure and capacity for the support of research for patient safety globally

Other Research Group

- ❖ **Research in Developing and Transitional Countries**
 - ◆ To estimate the size and nature of patient harm from health care, in developing and transitional countries
 - ◆ To develop methodologies for measuring patient harm in data-poor environments
 - ◆ Through measurement, to build local awareness of patient safety problems and build will to act to reduce patient harm



PORTO 2007

Patient Safety Research
shaping the European agenda
24-26 September 2007, Porto, Portugal

- ❖ **Foster patient safety research activities in European Union**
 - ◆ Workshops and Presentations
 - ◆ Networking
- ❖ **European Commission Sixth Framework Programme for Research and the Portuguese Ministry of Health supported**



Conclusion

- ❖ **Awareness of importance of patient safety research**
- ❖ **Large efforts to foster patient safety research worldwide, especially in developed countries**
- ❖ **Japan should contribute research products**

Research Priority Working Group

- | | |
|------------------------------------|--------------------------------|
| ❖ Chairman | ❖ Takeshi Morimoto, Kyoto |
| ❖ David W. Bates, Boston | ❖ Peter Norton, Calgary |
| ❖ Member | ❖ Ryan Sidorchuk, Winnipeg |
| ❖ Peter Angood, Chicago | ❖ Anuwat Supachutikul, Bangkok |
| ❖ Zufiqar Bhutta, Karachi | ❖ Eric Thomas, Houston |
| ❖ Peter Davis, Auckland | ❖ WHO |
| ❖ Daniel Grandt, Germany | ❖ Tikki Elka Pang |
| ❖ Maimunah Hamid, Kuala Lumpur | ❖ Itziar Larizgoitia Jauregui |
| ❖ Ashish Jha, Boston | ❖ Benedetta Allegranzi |
| ❖ Jorge Insua, Buenos Aires | ❖ Selma Khamassi |
| ❖ Robinah Kaitiritimba, Kampala | ❖ Douglas Noble, London |
| ❖ Thandinkosi Madiba, South Africa | ❖ Nittita Prasopa-Plaizier |

SY2-1

Initiatives on Patient Safety in New Zealand

Don Matheson

Director of International Relations, Ministry of Health, New Zealand

患者安全に関連してニュージーランドで何が起きているかについて簡単にお話しをいたします。この問題というのは、まさに普遍的なもので、日本の医療あるいはニュージーランドの医療だけの問題ではなく、近代の医療での問題ということが言えると思います。

そこで、我々がニュージーランドでどういったアプローチをしているのかということをお話しします。ただ、これはまだ発展途上の方法であり、完全な回答ではないということをご了承ください。また、それぞれの国でもいろいろな対策が打たれていると思います。いずれの国におきましても、すべてを解決しているアプローチというのはないのではないのでしょうか。

我々のアプローチとしてはまず、ソリューションについて検討し、そして、良いことと悪いこと全ての経験から学ぶということをしてまいりました。

具体的に申し上げますと、最初に、戦略を策定することから行いました（スライド 3）。Improving Quality 戦略というものです。2003年にこの戦略を作ったわけですが、これにより、共通の目標、ビジョン、言語を打ち立てました。そして、体系的なアプローチをとったわけです。スティーブン・ジックスは「ナースやドクターの問題だけではない、病院だけの問題ではない、政府の問題ではなく全員の問題である。そして全員がこれを正す機会を持っているのだ」と言っています。ですから、体系的なアプローチが重要だと考えています。

次に、システムの中でのコーディネーションを取りました（スライド 4）。ここには5つの要素があります。我々は安全をクオリティの一部であるという見方をしました。つまり、全体の枠組みはクオリティであって、そのうちの一部がセーフティ、安全性であると考えたわけです。その他の要素として患者中心という考え方があります。それから医療へのアクセスと公平性、効果、効率、こういったものがこのクオリティの要素となります。

安全を顧みずにアクセスを達成したとしても、何にもなりません。この国際会議の中で、今まで医療安全に関して少し強調し過ぎではないかと発言した方がいらっしゃいました。例えば、医療安全に対する懸念がアクセスを悪くするのではないかと、というわけです。つまり、仮に病院で400%の病床占拠率だったとすると、病院が混み合い過ぎてサービスのレベルが落ちる。だから、きちんとしたサービスが提供できないのだといことです。確かに、それは間違いではないと思いますが、医療制度そのものの見方に欠陥があるのではないかと思います。アクセスももちろん重要ですが、同時にやはりクオリティも重要であります。ですから、両方を達成しなければならないと思います。

ハイクオリティのサービスだけを病院に来る人だけに提供してもだめなわけです。きちんとしたサービスを国民全員に提供できなければ意味がないと、我々の保健省は言っています（スライド 5）。

これらの要素を一緒にして一つのシステムにする、そして、いわゆるアクセスと公平性の価値を確立し、また、効果と効率を上げることも重要だと思います（スライド 6）。特にこの中で重要なのは、やはり、患者中心であるということです。また、患者および家族、特に先住民はニュージーランドでは家族を大事にします。患者が中心であるということが基礎になり、医療がより高度化し複雑化する中で、患者、そして患者の役割が減少してきました。この活動の中でもう一度、患者を医療の中心に持ってくる必要が出てきたわけです。

しかし、これだけでは十分ではありません。一つのクリニックがチームで医療を提供するというのではなく、病院、役員会、そして全体のシステムで活動していく必要があるわけです。

今お話しをしたのは全体の枠組みでありまして、ニュージーランドでは先住民の人たちに気を配りながらこういった枠組みをつくっています。ニュージーランドには、保健省に対する諮問委員会として、Quality Improvement 委員会が設置されています（スライド 7）。正しい情報を入手することによって正しい意思決定ができるようにし、そして、実際に何が起こっていて、臨床的なアウトカムを向上させるためにはどうしたらいいかというエビデンスを集めるということも重要です。

また、投薬のミス、寿命のレビュー、検討、それから感染予防、こういったものがすべて会議でカバーされています（スライド 8）。我々もこういったところに焦点を置いておりますし、また患者の声を吸い上げることで、患者中心の医療を目指しているわけです。

特に、こちら（スライド 9）、ジョークなのでなかなか訳せないかもしれないのですが、私も私が臨床家だったときに患者に何を投与するかということで、患者との相談がかなり長引いたことがあります。そのときにナースが来て、「もし分からないのであれば、誰も読めないような字で書いてくれれば院内薬剤師が適当なものを処方しますよ」と言ったことがあります。やはり投薬に関しても、安全が非常に重要になっています。英国、米国、ニュージーランド、日本においても恐らく同じようなことが起こっているのではないかと思います。こういった投薬ミスというのは間違いなく普遍的な問題です（スライド 10）。ニュージーランドでは投薬ミスへのインパクトというのは交通事故と同じくらい大きいと言われているわけです（スライド 11）。医療コストは投薬ミスによって非常に大きくなってきています（スライド 12）。経済的にもインパクトが大きいというわけです。ですから、患者、システム、そして経済的なインパクトが大きいということが分かります。

ニュージーランドのシステムでは、ほかにも重要な要素があります（スライド 13）。これらの要素に従っていろいろな委員会が設置されています。例えば、死亡率検討委員会ですとか、また医療従事者の能力保証法というようなものも可決されていまして、活動の一環

となっているわけです。

次に、システムの一部となっておりますヘルス・アンド・ディスアビリティ・コミッショナーについてお話をしましょう（スライド 14）。これは、我々の制度の一環をなすものがあります。特に、ヘルス・アンド・ディスアビリティ・サービスを使う患者の権利を保護し促進をコミッショナーが行っています。そして、特に、サービスの品質の向上と、患者と事業者間の問題を解決するということを目的としています。

その活動をするために、患者の権利を守るということが大事です（スライド 15）。その権利ですが、尊重して治療を受けることができること、差別や強要やハラスメントを受けないこと、独立性と尊厳の遵守、さらに、インフォームド・コンセントの権利、サポートをする権利、内容のあるコミュニケーションをとる権利、苦情を申し立てる権利等があります。

クオリティ・インクルーブメント・コミッティ、そしてヘルス・アンド・ディスアビリティ・コミッショナーという二つの委員会についてご説明をしました。また、これは、日本だけの問題ではなく、ニュージーランドの問題でもあるということを示すものです（スライド 16）。月曜日の朝刊に出たものなのですが、まず一つめの記事は、「病院内の医療安全の改善は遅すぎる」という見出しが出ています。次の記事はヘルス・アンド・ディスアビリティ・コミッショナーについてです。病院内における医療安全に焦点をあてた記事で、医療行為で死亡した患者に対する提言が記事になっているわけです。

詳しくお話しすると、2004年に、64歳の男性が入院しました。数日間入院していたのですが、肺炎を患い、過量投薬で病棟にて亡くなりました。ヘルス・アンド・ディスアビリティ・コミッションがこれについて詳細な調査依頼を出しています。このコミッショナーは、ニュージーランドの全ての病院および行政機関に幾つもの勧告書を送りました。つまり、同じようなことが起こったら、同様の事故を予防するシステムがあるかどうかを聞いたわけです。そして、これらの病院からの回答を集めて報告書を作成しました。この医療安全に焦点を当てた改革の必要性を主張した報告書は、保健大臣に伝えられました。

医療安全にも、政府と医療分野でのリーダーたちの間での対話というものが重要なのです。政府のトップ、それから医療機関のトップの関与が不可欠です。スティーブン・ジェンクス先生が言いましたように、「一人のプレーヤーの問題ではない、システムの問題である」と我々も考えています。そして、いろいろな間違いから我々は学んでいます。このような記事が出ることによって、オープンなディスカッションができるようになりました。もちろん、システムが機能していないところもありますが、そうしたケースでは報告書を作成し、システム全体に解決策を並行展開していくということを現在行っています。



Initiatives on Patient Safety in New Zealand

World Now- initiatives on patient safety in overseas countries


The 2nd Annual Congress of Japanese Society for Quality and Safety in Healthcare

Dr Don Matheson, Director of International Relations, Ministry of Health, New Zealand.




This presentation will:

- Describe the strategy for addressing safety
- Describe the function of the Quality Improvement Committee
- Describe the function of the Health and Disability Commissioner





The "Improving Quality" Strategy 2003 -Aims

- provide a shared purpose, vision and language to enable enhanced quality improvement
- enable a systems approach to quality improvement
- enable improved co-ordination of quality improvement activities in the New Zealand health and disability system.



Safety is one of the five components of quality in the New Zealand approach


- safety(安全)
- people-centred(患者中心)
- access and equity(アクセスと公平さ)
- effectiveness(効果)
- efficiency(効率)

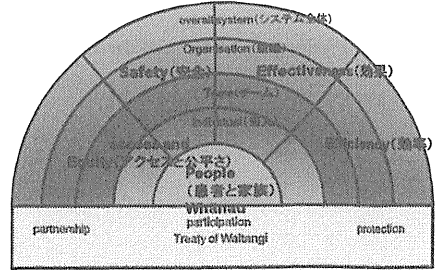
Access : an integral part of quality

"It is not sufficient just to provide high quality services for those who 'walk in the door', but quality means providing an appropriate service for the whole population".

(National Health Committee 2002)



Quality Dimensions for the New Zealand Health and Disability System



The diagram illustrates the quality dimensions for the New Zealand Health and Disability System. It is structured as a semi-circle with three concentric layers. The outermost layer includes 'overallsystem(システム全体)', 'Organisation(組織)', 'Safety(安全)', 'Effectiveness(効果)', and 'Efficiency(効率)'. The middle layer includes 'People(患者と家族)', 'Access and Equity(アクセスと公平さ)', and 'Partnership(パートナーシップ)'. The base of the semi-circle is labeled 'Whānau participation Treaty of Waitangi'.

Quality Improvement Committee

- To provide independent advice to the Minister on quality improvement in the health sector
- To advise on data which needs to be collected, and streamlining existing data collection systems where possible, to enable national conclusions to be drawn.
- Give advice on priorities for epidemiological studies that will assist in improving clinical outcomes.

Current Safety Initiatives of QIC

- Safe Medication Management
- Management of Healthcare Incidents
- Infection Prevention and Control
- National Mortality Review Systems
- Education and Training for quality improvement
- Consumer voice and participation Safe Medication Management



Medication Errors: A universal problem

Blendon et al. May/June 2003 *Health Affairs*

Medication errors – the human effect

- 320 people suffer permanent harm or die from preventable medication errors
- NZ road toll 2004 deaths 397

Medication errors: the \$ effect

- Cost of adverse events = \$10, 264 per AE
- Preventable adverse events = \$590 million
- Wasted money = 30 cents in every health dollar goes towards treating adverse events*
- Medication errors – largest subset of adverse events.

*Paul Brown et al. *Cost of Medical Injury in New Zealand: results from the NZQHS*. Journal of Health Services & Research Policy, 2002..

Other important elements at the National System Level:

- Mortality Reviews Committees (Youth, Child, maternity)
- Reportable Events Monitoring System
- Health Professionals Competency Assurance legislation
- Accident Compensation Corporation
- Health and Disability Services (Safety) Act 2001
- The Health and Disability Commissioner

The Health and Disability Commissioner NZ an independent agency set up to:

- promote and protect the rights of consumers who use health and disability services;
- help resolve problems between consumers and providers of health and disability services; and
- improve the quality of health care and disability services.

The Code of Health and Disability Services Consumers' Rights applies to all health and disability services in New Zealand

- Right 1: the right to be treated with respect.
- Right 2: the right to freedom from discrimination, coercion, harassment, and exploitation.
- Right 3: the right to dignity and independence.
- Right 4: the right to services of an appropriate standard.
- Right 5: the right to effective communication.
- Right 6: the right to be fully informed.
- Right 7: the right to make an informed choice and give informed consent.
- Right 8: the right to support.
- Right 9: rights in respect of teaching or research.
- Right 10: the right to complain.

Acknowledgements

- Gillian Bohm, Principal Advisor Quality Improvement & Audit for the provision of the background material.
- Mignonne Ferreira for producing the slides.

Relevant web addresses:

Quality Improvement Committee <http://www.qic.health.govt.nz/>
 Health and Disability Commissioner [http:// www.hdc.org.nz](http://www.hdc.org.nz)
 Ministry of Health <http://www.moh.govt.nz/>

SY2-1

The Australian Quality and Safety Agenda

Vivian Lin

Professor of Public Health La Trobe University

Key Messages and Outline

医療の質・安全は、長きに渡っての課題でしたが、その間に、多くの基礎が作られてきました。クレームの調査結果を見ても分かるように、患者の関心には、重要なものと、そうでないものがあります。しかし、質と安全を切り分けることは難しく、両者はお互いに関連し合っています。

労力をかけて対策が立てられることがあります。それは、重大な事故が起きた後であることがあります。これは残念なことで、そうならないためにはどうすればいいのか、幾つかの例をご紹介します。

オーストラリアには8つの州とテリトリーがあります。非常に地方分権な国なのですが、遂に医療の質・安全に関する委員会が国に設置され、基本原則が採択されました。

Foundation Stones - Quality and Safety closely linked

それでは、医療の質・安全の基礎となるものを見てみますが、まず、全ての州、テリトリーにおいて、それぞれの認定制度があるということが分かりました。

また、オーストラリアには、地域をまたがり19の登録機関があり、ここには、医師、看護師、心理学者などが参加しています。最も重要な任務は、公衆衛生と医療安全を担保するということです。

次に、苦情処理委員と代表患者についてです。ニュージーランドと同じように、各州に苦情処理委員が置かれ、多くの病院では、患者を代表する人たちがいます。彼らは、お互いに円滑なコミュニケーションをとることにより、問題が発生した際に、裁判に持ち込むことなく、円満に解決することを目指しています。

また、全ての州で患者満足度調査を実施して、結果を公表しています。病院のシステムがどのように機能し、どういう方向へ向かっているのか公開しているということです。ここで、幾つか調査結果を見てみましょう。

Health Services Commissioner Complaints (2006-2007)

これはビクトリア州の調査結果です。ヘルス・サービス・コミッショナーというのが私たちの苦情委員です。彼女の役割は調停なのですが、去年、およそ4,000件にのぼる苦情に対応しました。苦情の内容が重大な問題である場合、例えば、医療者の過誤というようなことであれば、登録機関に提出され、軽微なものであれば、彼女が担当することになり

ます。そのうち約 20%が治療に関するテクニカルな問題だったということで、医療安全と
いうところに目を向けがちですが、調査結果によると、それだけではないということが分
かります。ご覧の通り、アクセス、コミュニケーション、権利侵害なども、医療安全の問
題と密接に関係があるということが分かります。

Chinese Medicine Registration Board: complaints statistics (87 between 2004-2007)

これらは鍼灸師の登録機関の調査結果です。特に鍼灸院が危険だということではなく、
一例としてお出ししているに過ぎません。ここには、患者に関連した問題が約 28%を占め
ており、最も苦情が多い部分だということが分かります。

主な問題としましては、わいせつ行為、有害事象の発生、無資格者による治療などが挙
げられています。これらの職業は、危険性が高いとは考えられてはいないのですが、注視
しなければならない問題が山積みであるということが分かります。

Recent Crises have focused Public and Political Attention

3年前、オーストラリアでは大きな事件があり、新聞でも報道されました。クイーンズラ
ンド州で起きた事件ですが、これは、オーストラリアで最も深刻で有名なケースです。

ある医師が、89 件の死亡事故を引き起こしたと言われています。彼は自分が臨床研修を
受けていない手術をしたり、病院のキャパシティを超えた医療行為を行ったりしていま
した。事件があったのは郊外の病院で、彼はアメリカで免許を取り消されたのですが、そ
れに気づかれないまま、再び採用されました。彼は、病院のために政府からの予算獲得に
尽力したという、地域社会のいわゆる名士で、地域社会の人たちから尊敬されていました。
そんな彼が間違いを犯すとは看護師も思っておらず、最初の事故が発生した時も、彼がそ
んなことをするとは思えなかったと言っています。最終的には、ロイヤル・コミッション
にかけられ、クイーンズランド州の医療制度全体が問われることになりました。

二つ目の事例は、1ヶ月前に起きた事件です。ある妊婦がシドニーの救命救急センターに
行きました。彼女は出血していましたが、真剣に取り合われず、待合室で放置されたため、
トイレで流産してしまいました。

先週、ニューサウスウェールズ (NSW) 州政府は病院で何が起きたのか調査を始めまし
た。以前は、こういったことで政府が腰を上げるということはなかったのですが、これは
チームワーク、コミュニケーションの問題であり、またスタッフの問題でもあり、病院全
体の問題でもあったわけです。

こうした重大な事故があったわけですが、恐らくこれは氷山の一角でしょう。そして、
こういった事件が起きて初めて、政府が動き始めたわけです。

Australian Commission on Safety and Quality in Healthcare

1994年以降、様々なイニシアティブが出され、2006年1月に、国家レベルで医療の質・安全委員会が設立されました。この委員会の主な役割は、医療の質・安全に関わる問題を特定すること、知見を普及すること、質・安全についての状況の公開であり、他にもデータセットの活用や質改善に向けた基準の推奨などとなっています。

Stakeholder Involvement = Broadly-based Board Composition

この委員会には、政府の役人だけではなく、質・安全に関わる様々な利害関係者が参加しています。委員長は医療の専門家ではなく、企業の顧問弁護士でした。委員を構成するのは、保健局長、病院の経営者、医師、医学部の教員、看護師、民間の保険会社などで、患者も委員として参加していました。このように、医療の質・安全というものは、これだけ多くの人に関わってくることが分かります。

Issues of Interest - Most Popular Publications

ここに挙げられているのは、評価の高い発刊物です。

まず1番上にあるのが、患者教育に関するもので、患者参加の観点から作られています。次が、資格や資格の認定の観点から作られたものです。そして、高齢者医療において重要な転倒予防、投薬のミス防止といったものです。

Consistent Principles embodied in State and National Initiatives


最後に私たちが採択した原則についてご説明します。

まず、政府、専門機関、登録機関、病院、患者団体など、それぞれのグループがそれぞれのレベルに合わせた複合的なメカニズムを持つことです。

次に、患者教育、臨床的なガイドライン、質改善の委員会、有害事象の報告システムなどについての戦略です。これらは、医療を提供する側と医療を受ける側の両方に関わるものです。


3つ目として、ニュージーランドと同じく、オーストラリアにおいても、これは社会技術論的な問題であると認識されています。個人というのはミスを犯すものですが、組織が環境づくりをすることによって、医療の質・安全を守らなければなりません。それには、説明責任を果たし、日々学んでいくという文化を醸成することが求められると思います。

School of Public Health



The Australian Quality and Safety Agenda


Vivian Lin
Professor of Public Health
La Trobe University



School of Public Health

Key Messages and Outline


- Quality and safety of healthcare a longstanding concern – many foundation stones exist
- Consumers have both minor and serious concerns – as seen in complaints statistics
- Concerted action occurs when disasters strike – recent examples of crises
- National leadership needed but must involve all stakeholders – Australian Commission on Safety and Quality in Healthcare
- General principles



School of Public Health

Foundation Stones – Quality and Safety closely linked


- Accreditation – Hospitals, Community Health Services
- Professional Registration Boards (doctors, nurses, psychologists, etc) – “protect public health and safety”
- Complaints Commissioners and patient representatives
- Patient satisfaction surveys and report cards



School of Public Health

Health Services Commissioner Complaints (2006-2007)


• Access	1426 (36.6%)
– Delays, privacy	
• Communications	798 (20.5%)
– Poor information, poor attitude	
• Treatment	753 (19.3%)
– Medication errors, negligent treatment	
• Rights	465 (12.2%)
– Records, consent	
• Cost	236 (6.1%)
• Administration	220 (5.6%)
• TOTAL	3898



School of Public Health

Chinese Medicine Registration Board: complaints statistics (87 between 2004-2007)


• Advertising breaches	26%
• Breach of undertakings or conditions on registration	5.5%
• Consumer related Issues	28%
• General (receipts)	1%
• Poor outcomes	5%
• Rudeness	1%
• Sexual misconduct	8%
• Improper dispensing	1%
• Using unqualified staff	5%
• Failure to manage adverse events	8%
• Abandoning patient	1%
• Remote consultations	1%
• Infection control breaches	7%
• Use of endangered species	1%
• Fraud	19.5%
• Title/holding out offences	5%
• Character Issues	4%
• OH&S Issues	2%
• Financial exploitation of patients	2%




School of Public Health

Recent Crises have focused Public and Political Attention

- Dr Death Royal Commission (Qld)
 - Operating beyond clinical training
 - Operating beyond hospital capacity
 - Previous de-registration not discovered
 - Community support for local champion
 - Whistleblowers not taken seriously
 - Culture of not acting on problems
- Miscarriage in emergency department (NSW)
 - Patient concerns not taken seriously
 - Poor communication
 - Understaffing
 - Poor team work




 School of Public Health

Australian Commission on Safety and Quality in Healthcare

VARIOUS NATIONAL INITIATIVES SINCE 1994 (Study on Adverse Events)
NATIONAL COMMISSION ESTABLISHED IN JANUARY 2006


ROLES

- lead and coordinate improvements in safety and quality in health care in Australia by **identifying issues and policy directions, and recommending priorities for action**
- **disseminate knowledge** and advocate for safety and quality
- **report publicly** on the state of safety and quality including performance against national standards
- recommend **national data sets** for safety and quality, working within current multilateral governmental arrangements for data development, standards, collection and reporting
- provide strategic advice to Health Ministers on best practice thinking to drive quality improvement, including implementation of strategies and
- recommend nationally agreed **standards** for safety and quality improvement

 School of Public Health


Stakeholder Involvement = Broadly-based Board Composition

- Chair – corporate lawyer
- Head of health authorities (3)
- Hospital CEOs (public + private)
- Clinicians (2)
- Medical educator/academic
- Nurse
- Private health insurance
- Consumer

 School of Public Health

Issues of Interest - Most Popular Publications

- National Patient Safety Education Framework
- Partnerships for Health in Action: Promoting Consumer and Community Involvement in Health Care Improvement
- Better Practice Guidelines on Complaints Management for Health Care Services
- Credentialling and Defining the Scope of Clinical Practice
- National Guidelines for Credentials and Clinical Privileges
- National Report on Qualified Privilege
- Fall Prevention Guidelines
- Falls Prevention Resources
- National Inpatient Medication Chart

 School of Public Health

Consistent Principles embodied in State and National Initiatives

- Multiple mechanisms, at multiple levels – governments, professional organisations and registration boards, hospitals, consumer organisations
- Strategies needed at both supply side and demand side – patient education, clinical guidelines, quality committees, adverse events reporting, etc.
- A socio-technical concern – focus on both individuals and organisations; need to create culture of accountability and learning