

日本の安全対策 これまで、そして、これから

- 結果に結びついているのか(行動と結果の連関の明確化)
- 戦略を立て直して、人材と資金の再配分を
- 行動型(キャンペーン型)にシフト
- ★ゾーン2を攻めよ!
- 社会への訴求と資源確保

2007/11/24

日本版10万人救命運動への期待

19

IHIキャンペーンの勘所

- リーダーシップ
- キャンペーン手法
- プロフェッショナル主導の医療改革
- その他のセクターの理解とサポート

2007/11/24

日本版10万人救命運動への期待

20

IHIキャンペーンが成立する前提

- エビデンスをつくるセクターの存在
- データ管理者、品質管理者
- 医師の行動変容可能性(看護師などコメディカルと医師との関係)
- コラボレーションカルチャー
- プロフェッショナリズム(自主性、前向きさ)
- 病院界、医療界への外圧(P4P・・・)

2007/11/24

日本版10万人救命運動への期待

21

市民の目からの期待

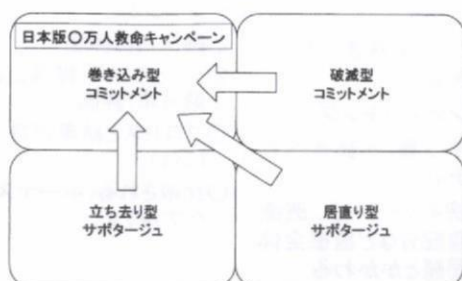
- 海外で有効と考えられていることになぜ取り組まないの?(不作為の罪を犯さない)
- 発生率の施設間格差があるなら、放置していいの?
- カイゼンと均てん化の重視を
- プロフェッショナリズム主導の自律的改革のモデルになりえる
- PRとキャンペーン:社会に浸透させる“先端技術”の活用を
- 医療への信頼性の回復につながる

2007/11/24

日本版10万人救命運動への期待

22

プロフェッショナリズム主導の改革



2007/11/24

日本版10万人救命運動への期待

23

3万人?の命を“確実に”救済する、やるに値するチャレンジ

お知らせ
もう一つのプロフェッショナル主導の医療改革運動
「医療事故:真実説明・謝罪普及プロジェクト」
<http://www.stop-medical-accident.net/>
にも、ご支援ください。
* ウェブ検索:「医療事故」+「STOP」

山本 修三

社団法人日本病院会 会長

日本病院会は、昭和 50 年から医療事故対策委員会を立ち上げまして、医療安全活動を展開してまいりました。平成 13 年に医療安全対策と変えまして、セミナーを開催してきました。また、15 年から 16 年にかけて、四病院団体協議会で厚生科研費をいただき、そこで医療安全管理者の標準的な養成と活動方法のテキストを作成するといった活動を行ってきております。

エラー防止の基本的な考え方ですが、エラーと事故の関係、個人と組織は分けることはできないので、一体のものとしてチェックしなければいけないと思います。

システムの欠陥もよく言われていることですが、私はどちらかというところ、human error に大変興味がありまして、認知、判断、行動の過程で生じる間違いを human error と言っております。人間にはもともと間違える能力があるのではないかと思うぐらいに、限界を超えるとエラーが発生すると言われております。

例えば、月面のクレーターの写真を見ると、凹んで見えますが、反対から見ると、膨らんで見えます。一枚の紙をこちらから見るか、そちらから見るかで、見え方が違ってきます。要するに、申し次ぎでも、1 枚の温度表を向こうから見るのと同じこちらから見るのでは違ったものを見ているという人間の特性があります。

そういうことを踏まえて、人間工学的な欠点、ソーシャルエラーとして human error を考えています。こういう考え方を入れておくのは大事だと思っています。

これは今までの話で、もう一つ大事なことは、システム製品などの安全性を最適化するインターフェイス、すなわち今まではメーカーが薬を開発したり機械を開発したりして行政と一緒にやって、「できたから使ってください」というだけの世界でしたけれども、1988 年に NASA がいろいろな機械を自動化しようといったときに、自動化するに当たってデザインを開発する。あるいは新しい機器を開発するときに、必ず最初から現場を入れるというルールを作りましたが、私はそれを行うべきだと思っています。

例えば、簡単な話はサクシゾンとサクシンです。サクシンは息が止まるし、サクシゾンはホルモンですけれども、医療の現場からいったらサクシゾンなどという名前は絶対作って欲しくないと思います。そういうところから関与すべきです。インターフェイス・コントロールと言っていますが、こうしたことをきっちり考えていきたいと思います。

医療の安全という問題を考えたとき、品質管理で six sigma が出てまいりますが、確かに飛行機が落ちるとするのは six sigma を超えた、大変安全でございます。例えば同じ航空会社でも荷物の扱いはこのレベル、これは医者が処方せんを間違えるのと同じレベル

でございます。これはどこにいても大したことはありませんが、医者が処方せんを間違えれば人が死ぬということで、大変厳しい状況があります。

医療の安全性に関して、99%安全なら大丈夫だろうと思います。これはアメリカのデータです。99%の信頼性というのは、1週間の手術のミスが、アメリカで5,000件起こるといふことだそうです。これで本当に安全なのでしょう。要するに医療の安全性は、99.99%を求められておりますし、そこにしっかりと取り組もうと言っていたら、医師も看護師も参ってしまいます。ですから、我々は行動と目標によって、できることにしっかりと取り組みましょうというのが非常に重要なことだろうと思っています。

JCAHO (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organisation) という組織があります。ここは病院の評価を行いますから、安全に対して非常に重要な位置付けをしています。ペイシエント・セイフティーの最初のゴールとして、患者さんを間違えないようにコミュニケーションを改善することが挙げられています。それから、これが大事なのですが、ハイ・リスク・メディケーションです。人工呼吸器を使った肺炎患者さんの感染症を抑えるかということ、要するに重症患者であればあるほど、ミスが起こりうるチャンスが増えます。こうしたリスクをどうやって下げていくか。これをマニュアル化してやっていくことは、非常に重要な安全管理の部分だろうと思っています。

ロングサイト・サージェリー、これは後で話します。左右の間違いがいまだに、時々起きています。こういうことが、国際的には非常に単純なゴールを目指してやっていこうと言われています。

心臓と胸部を間違えてしまった患者取り違えの事例ですが、これを専門家が解説すると、たくさんの背後要因があって、それを全部チェックしなければいけないということになります。しかし、医療の専門家はそう言いません。取り違えの過程の中で、事象の事故に至る前にいろいろな問題がありますが、少なくとも私が卒業した外科教室の常識として、医師は患者さんと一緒に手術室に行くという教育をされています。もし行けないときは、麻酔医師は麻酔をかけないで手術室で待っています。主治医が来て、術者が来て、患者さんにちゃんと話をして、「これからやりますから、大丈夫ですよ。安心ですよ」という話をし、初めて麻酔をかけるということを教室のルールとして、以前からずっと行ってきました。これだけで患者さんの間違いはないわけです。

医療の専門家として単純に、患者さんのために何をしたら間違いがないのかという視点が非常に重要だと思っています。しかし、実態として、医療における作業環境が現在非常に厳しいです。そうした中で、「間違えるな」というのはなかなか難しい話です。

医療安全への行動の基本として、かかわる人すべてが、「一緒にやってみましょう」、「作業改善をしましょう」、「システムエラー、human error を常に一体なものとして見ていきましょう」、「ルールはシンプルほどよい」、「成果につながる、回避可能なエラーの防止から始まる」。これが、恐らく今度の100k運動の一番大事な目標だろうと思っています。私の好きな言葉は、「目標は行動を促し、成果は行動を持続させる」というものです。患者

さんのために、日本病院会もこの趣旨に賛成して、ぜひ一緒にやっていきたいと思ひます。

医療事故を減らすために Preventable errorの防止から

日本病院会会長 山本修三

日本病院会の医療安全活動

- 昭和50年: 医療事故対策委員会、医療事故防止セミナーを開始
- 平成12年: 医療事故対策活動状況を調査
- 平成13年: 医療安全対策委員会に改称、医療安全対策のためのセミナーとして再出発
- 平成15年: 四病印団体協議会として、厚生労働省科学研究事業の認定を受け、「医療安全管理者の標準的な養成及び活動方法の確立に関する研究」
- 16年 養成及び活動方法の確立に関する研究
医療安全管理者養成のテキスト作成

エラー防止の基本的な考え方

- 1 エラーと事故の関係
個人および組織システムエラーのチェック機能の強化
- 2 エラー・レジスタントとエラー・トレランス
エラーの発生自体を抑える → エラー・レジスタント
エラーを事故に結びつけない → エラー・トレランス
- 3 リスクマネジメント
組織的な事故防止対策
ハインリッヒの法則
組織全体で取り組む
リスクの把握・分析・対処・評価のプロセスの継続
- 4 リスクマネジメントの構築

システムの欠陥

- | | | |
|---|---|-----|
| <ol style="list-style-type: none"> 1 マニュアル・ルール 2 患者の情報の把握・共有 3 人材育成 4 診療方針 5 チーム医療と連携 6 機器の管理 7 労働環境 | } | の不備 |
|---|---|-----|

誤認; ヒューマンエラーの形態

認知 —— 判断 —— 行動

この過程で生じる間違い

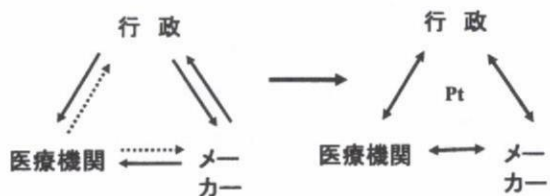
人間情報処理能力には限界がある

この限界を超えるとエラーが発生する

ヒューマンエラー: 2つの考え方

- 1 エラー行動の原因を設備、システム、環境の人間工学的欠陥として捉える。
- 2 システムの潜在要因に人間がはまり込んで起こすソーシャルエラーとして捉える。
(認知科学的)

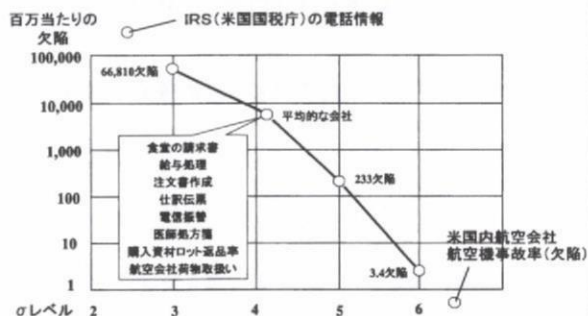
システム、製品などの安全性を最適化するインターフェース



インターフェース・コントロール (マネジメント)

- システムの目的、機能
- 製品の目的、機能、構成等
- 製品を使用する環境
- 製品を使用する人間
- 相互の責任分担

シックスシグマの位置づけ



出典: Charles A. Sengstack, Jr., Quality in the Communications Process, Motorola University Press. (Copyright 1988 Motorola, Inc. Used with Permission of Motorola University Press, USA (847)576-3142)

「99%の信頼性」

- 99%の信頼度であるあるということは……
- ・ 1時間あたりの郵便物紛失が2万件
 - ・ 危険なレベルにまで汚染が進んだ水を毎日ほぼ15分間飲むこと
 - ・ 1週間当たりの手術ミスが5000件
 - ・ 1日当たりの大手航空会社が起こす着陸ミスが2回
 - ・ 1年当たりの薬の処方ミスが20万件
 - ・ ひと月当たりの停電時間がほぼ7時間

出典: Mikel J. Harry, Ph. D., The Nature of Six Sigma Quality, Motorola University Press. (Copyright 1988 Motorola, Inc. Used with permission of Motorola University Press, USA(847)576-3142)

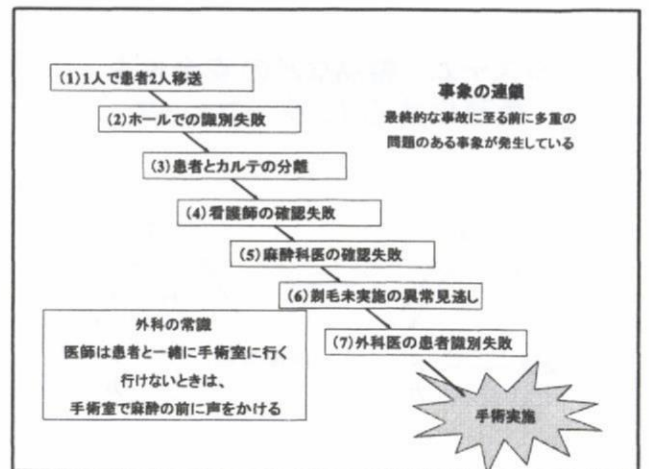
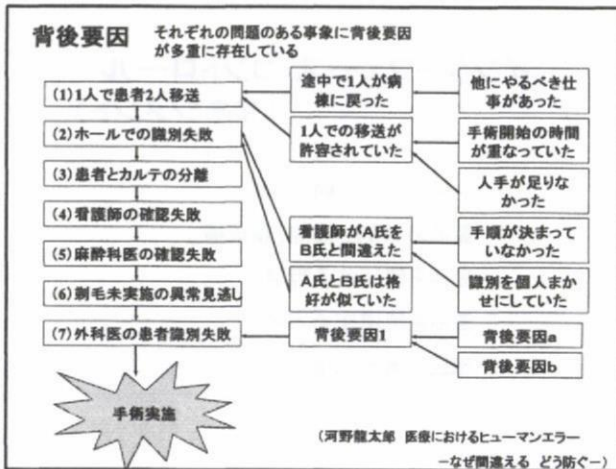
JCAHO Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organization

Accreditation

- Establishing standards focused on safety
- Encouraging error reporting
- Sharing of lessons learned
- Engaging patients in safety
- Establishing annual safety goals

The first international patient safety goals

- 1 Correctly identify patients
- 2 Improve effective communication
- 3 Improve the safety of high risk medications
- 4 Eliminate wrong-site, wrong-patients, wrong procedure surgery
- 5 Reduce the risk of health care acquired infection
- 6 Reduce the risk to patients from falls



医療における作業環境

- 行為の対象が人間
- 作業が不定形 錯綜、割り込み
- 作業側の特性に配慮
- 作業機能区分、作業分担
- 製品、機器が機能的、量的に多彩
- 複数職種間の情報共有と連携

医療安全への行動の基本

- 医療に係るすべての関係者による医療安全の構築
- 作業環境の改善
- システムエラーとヒューマンエラーの関係を視野に
- ルールはシンプルなほど良い
- 成果につながる回避可能なエラーの防止から始める

目標は行動を促し、成果は行動を持続させる

医療事故を減らすために - Preventable error の防止から

木下 勝之

社団法人日本医師会 常任理事

医療事故が起こりますと、医療紛争が起こります。これは患者の医師への不信の構図の基本だと思います。今までは医療事故後の問題を中心にいろいろ議論されてまいりました。我が国は過失責任主義ですから、事が起こって過失があるとしますと、民事責任、刑事責任、行政処分に問われるわけです。その結果として、賠償責任を果たさなければなりません。今、最大の問題となっております刑事責任を問われますと、業務上過失致死傷罪となります。行政処分も、結果としては刑事処分を受けた方は行政処分を受けて、医療停止6カ月になるなど、いろいろな問題が起こってまいります。

このようなことから、医療訴訟が増加しておりますし、警察でも届け出義務がある以上は、刑事訴追が増えているということが起こっております。

我々の取り組みとしては、例えば日本医師会ですと、医師賠償責任保険の順調な運営が必要でございます。事後の問題としては、責任があれば賠償責任の履行を果たさなければなりません。

現在、産婦人科領域においては、脳性まひが起きると大体が訴訟に発展します。それは過失の有無にかかわらず起きますから、「訴訟を何とか減らしましょう、患者さんに対して補償しましょう」ということから、産科無過失補償制度を実現するために、制度化が進んでおります。

現在、大変な問題になっている、医療事故に対する刑事訴追をなくす取り組みが厚労省でも行われております。診療関連死を中立的な第三者機関への届け出の仕組みの法制化を今進めております。

こうしたことが中心でしたが、こういった問題を起こさないためには事故を起こさなければいいのではないのでしょうか。今まではそういった取り組みがなかったわけでありまして、医療事故前の対策をもっと真剣に考えなければいけないということで、考えてまいりました。

私たち日本医師会としては生涯研修を行っておりまして、単純にやるだけではなく、各診療科の狙いは違いますが、ガイドライン等によって生涯研修も徹底して、レベルを上げる取り組みをやらなければなりません。安全安心な医療の質の向上は、基本的なことだと思います。

今、進めておりますことは、日医の雑誌に連載するかたちで、事故事例を分析と再発予防のためには具体的にどうするかということを行っております。国からも求められている「医療安全のマニュアル」も作成し、会員への徹底を図っています。

一つの病院や診療所だけの問題ではなく、我々の国は診療所、無床、有床、小病院、大病院、中核病院がありますが、病診連携、病々連携の体制をきちんと確立しなければいけないと思います。また、地域を考えると、連携医療機関による症例検討会、つまり、何か起こったときに隠すのではなく、その場で具体的に検討しながら切磋琢磨していくという仕組みも大切であると思います。

上原先生から、「米国における『10万人の命を救え』キャンペーンがあるので、頑張っ一緒にやろうではないか」というお話がございました。それを聞いてはっと思いましたことは、必ずしも大病院ではなく、有床診療所でも同じような考え方でできるのではないかとということで、日本医師会版も考えております。別々になるのも良くないので、足並みを揃えて進めていこうと思います。

医療事故の削減対策としては、国民と医師との信頼関係の回復につながっていくわけですから、具体的には医療安全マニュアルの実践が必要であり、院内感染や医薬品、あるいは医療機器の問題が全部マニュアル化されておりますが、本当に実行するかどうか問題があります。

国はこういったことを求めておまして、一般病院、有床診療所、無床診療所、特定機能病院等におきまして、すべての院内感染、医薬品、医療機能の整備が必要になりましたので、私たちはそれらを作りまして、各会員に配布いたしました。

医療法の改正によって、施設規模において医療安全対策が網羅されています。先述のような、院内感染対策、医薬品にかかわる医療安全確保体制の構築、医療機器にかかわる安全確保体制の構築に関する話です。本やマニュアルを自院用として常備することによって、医療安全に関する監査基準に達すればいいということだけではなく、大事なことは本当に実践することであり、これから各診療所、病院に対して求められることといえます。

医療事故の分析による再発予防対策とはどういうものかというイメージとしてはあるかもしれませんが、自分が本当に事故に遭っていなければ深刻感はないと思います。したがって、本当にどういうことが起こっているかをあまり知らないと思います。日医では、「医療の係争事例から学ぶ」と題しまして、日医の雑誌に掲載を始めました。日医の医師賠償責任保険審査委員会では事故を審査し、原因の追及を行っております。医師賠償責任保険審査委員会報告書というのは当事者以外には見ることはできませんが、過去10年間に渡り、大体5年間の中で千数百件程度の事例があり、1年ごとに全例を調べ、どういう事例があるかということ調べました。

全例調査いたしますと、各診療から事故を起こしやすい診療項目が分かりますので、その留意点をきちんと個条書きにして皆さま方に提示していくという動きです。小さな事例から徐々に出していこうと考えています。当事者についての情報は分からないように事例の概略を示し、問題点を個条書きにして、その疾患に対する一般論的な解説を記載します。そして、具体的に再発予防のための取り組みとして個条書きにするという仕組みで、一つずつやり始めました。

日本医師会には全ての診療科がありますから、自身の診療科とあまり関係のない方々は読まないかもしれませんが、一般的なこととしてぜひ目を通していただくということから始めました。目的はそれだけではなく、全て我々からトップダウンで何かをしようとしても無理ですので、各県のレベルから上に持ち上げていこうという試みになっています。

全ての診療科で、実は医療側の問題としては、医師が未熟だとか、知識・経験不足というのが明らかになることもあり、医師の注意不足とか、患者さんを抱え込んでしまってなかなか離さない、結果として後になって診断が遅れてしまうということもありますし、医師の説明不足というようなこともあるわけです。

しかし一方、患者さんの過剰な期待があったり、医学的には無理な要求というのがあります。避けられない偶発性もあります。そうしたことを整理していくと、例えば内科では、見過ごしの問題、C型肝炎、B型肝炎の対応の仕方とか、カルテの記載、内視鏡の穿孔、アナフィラキシーショックなどがよく出てくることが分かります。外科系では縫合不全や、小さな傷だけでもきちんとした対応をしなかった結果、破傷風になるなどの問題があるということが分かります。整形外科でも同じような問題、例えば関節からの感染の問題とか、左右の取り違えというのは未だに起こるわけで、麻酔科も含めて各領域でいろいろな問題があるわけです。

そして、私は産婦人科医ですが、産婦人科の事故は約7割が分娩中に起きるものであり、辛いことではありますが、脳性まひとか新生児死亡ということがあります。いろいろ調べてまいりますと、かなり具体的な問題が分かってきます。

そして、具体的に言うと、例えば大腸内視鏡の検査が挙げられます。合併症の一つとはいえ、非常に深刻なことが起こります。合併症としては人工肛門になってしまうとか、場合によっては腹膜炎でお亡くなりになるということもあるわけです。

このようなことを学んでまいりますと、基本的に忠実な診療が絶対的なことであり、カルテの記載を適正にするとか、症状が改善しない時には専門医の受診を勧めるとか、感染対策のために手洗いを実践するとか、解剖に則った手術をするとか、アナフィラキシーショック等の救急対応訓練等が必要ということが分かってくるわけです。

そうした中から、財産である過去の事例をもとにして、再発防止策を具体的な形にしていこうと我々は取り組んでいるわけです。

今回の全国医療安全共同行動の取り組みは、特に急性期病院を扱うということですから、診療所は規模が合わず、対象にならないかとも思いましたが、19床以下の有床診療所でも問題は起こります。

この取り組みに参画いたしますけれども、もっと小さいレベルでも項目を具体的に出来なにかと思っております。協力することにはやぶさかではございませんし、具体的な取り組みをみますと、医薬品の問題、感染の問題、医療機器の問題、事故原因の分析など、我々が今、具体的に行っていることをまとめて行っていくということですので、違和感はないわけです。各論的にあまりたくさんを言われてしまったらとても出来な

いと思いますが、この取り組みが今後本当にうまくいくために、もう少し、具体的に一つ、二つの「最低これだけは守れ」ということがあれば、皆で一緒に取り組めると思いますので、我々はそのような支援をしていきたいと思います。

各地域の医師会が主体となって診療関連死をなくすことを目標として共通の施策を共有すること、これは決して上からではなく、下から上がってこなくては絶対に達成できませんので、その気にさせるということが我々の役目だと思っております。どういうことを一緒になって共有していくかということこれから考えてまいりますので、先生方の取り組みと医師会も含めて、この取り組みをぜひ成功に導きたいと思います。

1. 医療安全マニュアルの実践

安全管理体制の整備

	一般病院	市民 診療所	慢性 診療所	特定機能 病院(事業)
医療安全管理体制の整備				
・医療の安全を確保するための指針の策定	○	○	○	○
・委員会の開催	○	○	○	○
・従業者に対する研修の実施	○	○	○	○
・医療機関内における事故報告	○	○	○	○
・医療安全管理者の配置	△	△	△	○(専任者)
・医療安全常務部門の設置	△	△	△	○
・患者相談窓口の設置	△	△	△	○
院内感染対策の体制の確保				
・院内感染対策のための指針の策定	○	○	○	○
・委員会の開催	○	○	○	○
・従業者に対する研修の実施	○	○	○	○
・医療機関内における事故報告	○	○	○	○
・院内感染対策担当者の配置	△	△	△	○(専任者)
医薬品に係る安全確保のための体制の確保				
・医薬品に係る安全確保のための指針の策定	○	○	○	○
・委員会の開催	○	○	○	○
・従業者に対する研修の実施	○	○	○	○
・医療機関内における事故報告	○	○	○	○
・医薬品安全管理者の配置	△	△	△	○(専任者)
<small>資料：平成19年10月(青森県) 平成19年4月(山口県) 平成19年11月(徳島県) 平成19年4月(奈良県) ○:義務化 △:推奨(指導) ×:不要(適用除外)</small>				

本マニュアルの目的と使用法

- 平成19年3月医療法改正による施設規模に応じた医療安全対策を網羅
- 院内感染対策
- 医薬品に係る安全確保体制
- 医療機器に係る安全確保体制
- 本マニュアルを自院用として、常備することにより、医療安全に関する監査基準はクリアー
- 医療安全対策→マニュアルの実践

2. 医療事故事例の分析による再発予防対策

- 『医療係争事例より学ぶ』シリーズを日医雑誌に10月号より、掲載開始
- 日医医師賠償責任保険審査委員会報告書を全例調査し、各診療科で、事故をこしやすい診療項目の留意点を解説

<執筆項目>

1. 事例の概要 (350字前後)
2. 本事例の問題点
3. 一般論的な解説
(見出しは適宜疾患名などを入れてもよい
例:未破裂脳動脈瘤の解説)
4. 再発予防のための取り組み
(対策、留意点を箇条書きで目立たせる)

医療事故削減対策

日本医師会
木下勝之

医療事故→医療紛争

患者の医師への不信の構図

医療事故後の問題

わが国は過失責任である

- ◆民事責任→賠償責任
- ◆行政処分→医業停止6ヶ月等

問題:

1. 医療訴訟の増加
2. 警察への届出義務(医師法21条)
→刑事訴追の増加

事後の対策

1. 賠償責任の履行
→日医医賠責保健の順調な運営
2. 産婦人科における訴訟を減らす仕組みの制度化
→産科無過失補償制度の実現
2. 医療事故に対する刑事訴追をなくす取り組み
→診療関連死は中立的第三者機関に届ける仕組みの法制化

医療事故前の対策

事故予防

- ◆日医生涯研修、各診療科ガイドラインによる生涯研修の徹底
→安全安心な医療の質の向上
- ◆日医雑誌連載事故事例の検討→原因究明、再発予防
- ◆医療安全マニュアルの実践
- ◆病診・病病連携体制の確立
- ◆地域連携医療機関による症例検討会
- ◆米国における10万人の命を救えキャンペーン
の日本医師会版

医療事故削減対策

—国民と医師との信頼の回復—

各科共通のkey word

○医療側の問題

- ・ 医師の未熟, 知識・経験不足
- ・ 医師の注意不足
- ・ 患者の抱え込み(診断の看過)
- ・ 医師の説明不足
- ・ カルテ記載不足

○患者側の問題

- ・ 患者の過剰な期待
- ・ 医学的・倫理的に見て無理

○避けられない偶発症

内科

- 患者の抱え込み(診断の看過)
- B型C型肝炎による発癌など
- カルテ記載不足
- 内視鏡での穿孔
- アナフィラキシーショック(造影剤等)等

○外科

- ・ 縫合不全
- ・ 犬猫による咬傷
- ・ 小さい外傷後の破傷風の予防

○整形外科

- ・ 薬, 手術, 関節内注射に伴う避けがたい偶発症
- ・ 患者の過剰な期待
- ・ 左右の取り違い

○麻酔科

- ・ 非専門医による麻酔
- ・ 麻酔薬一量, 濃度の確認
注意不足

患者の体質

○脳神経外科

- ・ 予防的手術—未破裂脳動脈瘤
- ・ くも膜下出血の診断遅延

○耳鼻咽喉科

- ・ 耳垢除去, 鼓膜切開

○眼科

- ・ 白内障・緑内障手術後の失明

○小児科

- ・ 発熱疾患の対応の遅れ

○産婦人科

- ・ 脳性麻痺, 新生児死亡
- ・ 母体死亡
- ・ 急性腹症
- ・ 妊娠中絶手術における事故
- ・ 卵巣癌, 子宮体癌, 乳癌の見落とし

『大腸内視鏡検査による大腸穿孔を如何に防ぐか』

内視鏡検査直後に起こる場合

- 3~4日後に起こる場合
- 初期症状などなど
 1. ポリープ切除後の穿孔
 2. 内視鏡による穿孔

合併症

- 汎発性腹膜炎, 骨盤内膿瘍, 出血
- 腸管切除, 腸管吻合, 人工肛門など

医療係争事例から学ぶこと

基本に忠実な診療

- ◆カルテを記載する
- ◆症状が改善しないときは、専門医の受診を進める
- ◆消毒操作を励行(手洗いの実践)
- ◆解剖に則った手術を行なう
- ◆基本救急対応の訓練→アナフィラキシーショック等

Partners to Protect Patients ppp2008~09

- 急性期疾患を扱うDPC病院
- 『医療の質・安全学会』の取り組みに
日本医師会は全面的に協力

- participation and partnership (患者・市民の医療参加とパートナーシップ)
- adverse Drug Events Prevention (危険薬品の誤投与防止)
- rapid Response (急変時の緊急対応体制)
- thromboembolism Prophylaxis(術後肺塞栓症の予防)
- nondestructive Procedures(危険手技の安全な実施)
- eradication of Healthcare Association Infection(医療関連感染症の撲滅)
- CA to Quality Improvement (事例要因分析から改善へ)
- safe Operation of Medical Devices(医療機器の安全な操作と管理)

診療関連死をなくすための 日本医師会の取り組み

- 対象: 無床、有床診療所、中小病院
- 各地域医師会が主体となって、診療関連死をなくすことを目標として、共通の施策を共有すること
- 医療安全の具体的な施策を検討中

看護協会の取り組みと共同行動に向けての提案

楠本 万里子

社団法人日本看護協会 常任理事

日本看護協会は横浜市大の事故以来、専門の部署を設け、医療安全の問題に取り組んでまいりました。二本柱がございまして、一つは事故防止に向けた情報の提供です。もう一つは、事故発生時の組織への相談支援です。それから最近、看護職賠償責任保険制度を設けまして、この適正な運用を加えた三本柱です。今日はその1本目の話をしっかりとさせていただきます。よろしくお願いいたします。

日本看護協会では、医療安全推進体制づくりを推進してまいりました。これは都道府県協会と地区別での組織・人材づくりということです。情報共有をいち早くすること、それから様々な情報を収集することを目的としてやっております。各都道府県の組織化の状況ですが、委員会を設置しているところ、それから担当部署を設置している都道府県協会もあります。それから、専門専従の医療安全担当課長を置いて取り組んでいるところもあります。

そして、その下部といいますか、それぞれの看護協会に対応できないこと、あるいは広域な人材養成や情報共有ということで、地区別の医療安全推進会議というものを持っております。これが北海道、東北、関東、甲信越、中国・四国が稼働しておりまして、今年あたり東海、北陸、近畿がそろそろ組織化が可能かと思っております。

それから、地区別リスクマネージャー交流会を開催しておりまして、これは都道府県でのリスクマネージャーだけではなく、少し広めの情報交換といいますか、県だけだとリーダーになる病院が少ないということもあり、もう少し広めの情報収集や交流ができればいいということで行っております。

それから、各県別にリスクマネージャーの交流会というものを27県が実施しております。これは地区別の安全推進会議では日本看護協会のリスクマネージャー研修会を修了したリーダー層を育てるという意味がありまして、その人たちに限った交流会で、県別では様々な団体、または県で講習会を受けた人たちを中心とした交流会を行っております。

そして今度は県別のリスクマネージャー養成講習会、これも30県が取り組んでおります。本会がリスクマネージャー研修を始めまして、トータル5,000人余りを輩出しました。これに都道府県協会や他団体の者を含めると、かなりの数のリスクマネージャーの養成が進んでいます。

こういったことで、医療安全推進会議というものを年に1回開催しておりまして、そのときどきの医療安全推進の対策をどう進めていくかということ年全国的に共有して、そしてここで持ち帰って協議し、下ろしてくというような動きで推進体制を作っております。

そして、会員や所属施設に向けての相談支援をしていくという構造で進んできております。

情報収集ですが、看護職の関与した医療事故報道というのが2004～2006年の3カ年で95件、84件、72件と若干減ってきたというのが報道の状況です。そして、報道内容については、半数が共同行動の中で取り組んでいくものと該当しますので、看護にとってもこの共同行動は非常に意味のある重要なものということが分かります。

それから、会員施設を中心にこういった安全情報を出してまいりました。17年度も、急いで現場で取り組んで欲しいことを発信している状況です。公式ホームページや業界ニュースを通じて情報提供をさせていただきます。

そして、医療安全週間に一般の方々に向けて、患者参画という観点で医療にかかる場合、どんなことを患者さんは心掛けたらよいかといったことをまとめた本会の展示室があるのですが、そこで一般の方々への情報提供もしています。

こうした看護は体制づくりが着々と進んでいるといえます。この共同行動を進めていくに当たっての提案としては、様々なレベルでの連携共同体制の構築と情報共有の推進が非常に重要になると思います。そのためには、個々の医療機関の管理者に真剣に取り組む決意と行動とを促していくということ。それから、多くの医療機関、関係者が参画した取り組みを進めていくということでは、指針を提示したり情報提供、それから取り組みどころ、取り組み時の専門家によるサポート、これが非常に重要だと思われれます。

それから、コミュニケーションを増やし医療のイメージアップにつなげるということでは、国民、地域住民に対する広範なキャンペーンの取り組みが大変重要になってまいりまして、中央から発信するだけではなく、地域的な取り組みということも考えていく必要があります。そういった意味で、関係団体の連携共同、きめ細やかな地域的なレベルでの推進体制というものが必要になってくるのではないかと考えております。

提案の二つ目です。「コアとなる人材の活動支援」ということで、各医療機関での医療安全管理者の位置付け、権限を付与する資源の明示が必要となります。ここで申し上げたいのは、管理者にしっかりとリーダーシップを発揮して意思決定をしていただくことと、それからその下で働く多くは看護職だと思いますが、その人たちに対したきちんとした明確な指示、適正な業務内容と業務量に見合う人材の確保をぜひお願いしたいと思えます。

平成19年度の診療報酬改定結果検証に特別調査で中医協に寄与された資料では、医療安全管理者専従の人数で、一人というのが89.1%、二人が6.4%、3人以上というのが2.5%ですので、先ほどの共同行動をどう取り組んでいくか、このマンパワーではとても無理だということで、中核になることは間違いありませんが、この人達をサポートしていく体制づくりも非常に重要だと考えられます。

それから、医療安全管理者配置後の取り組みです。専従で配置した後に取り組んだ事故防止対策ですが、処方や予約、それから医療機器の使用や管理、転倒、転落対策等、先ほどの共同行動の提案の中の項目について、確かにリスクマネージャーが中心になって取り組んでいるというデータが出ております。

医療安全管理の配置の効果を見てみると、「医療安全対策の責任体制の明確化がなされた」、それから「医療安全に関する情報の一元的集約ができた」というようなところが、「大いに当てはまる」という回答が多くなっております。「スムーズな各部門間の連携・調整」が、平時、発生時も取り組みが進んで「大いに当てはまる」というところが4分の1ぐらいの状況です。こういったところを「大いに当てはまる」を増やしていく、これが多分この行動の目的とする指標の一つだろうと思っております。こういったことで、リスクマネージャーの権限と何をやるべきかということと、資源の付与をきちんと改めて考えていく必要があるというふうに思います。

それから三つ目です。エラーを削減するための勤務形態や職場環境の改善推進ということです。事故の背景要因を明らかにして、医療安全確保の観点から改善すべき看護の職場環境について提言を行うということは、医療安全には看護の職場環境を変えていかなければなかなか達成し難いということが、あちらこちらで言われております。これは看護だけではなく、医療環境、医療の職場の環境改善がぜひとも必要だと考えております。

今年の事業として、事故事例分析検討委員会を立ち上げ、アラーム関連の事故事例からの職場環境の改善の検討をしております。このアラーム対応の基準につきましては、ここに示しました第4段階があり、この段階一つ一つが確実に行われていることが事故の防止につながってきます。この5年間で23例のアラーム対応の事故が起こっており、刑事罰を受けてはおりませんが、民事ではほとんど負ける状況になってきております。これが少なくとも15分おきの監視が必要であったとか、到底実施でき得ないような状況での判決が出たりしてございまして、大変憂慮しております。こういったことを機器のメーカー、それから看護の業界はもちろん、私たち医療職としてどう取り組んでいくかということを検討委員会で提案して発言していきたいと思っております。

これまでの議論としては、「対応困難な環境で使用している現実と、この現状の背景にあるものを問題にしていくべきだ」とか、「病院側の管理の問題が原因であって、看護師個人の問題として片付けられる問題ではない」ということ。それから、「機器のマニュアルに書かれている内容は日々の医療現場では実行が不可能なものが多い」、「アラーム関連事故の視点からの事故調査報告書の公表が少ないので、国民の議論にはならず、再発防止につながっていない」、といったことが議論になってございまして、今後、現場の状況をしっかりと把握することや、それから既存の事故調査報告書等をこまめに分析していきたいと思っております。こういった提言もまた共同行動に向けた一つのデータになっていくと考えております。

医療の現場で夜間24時間覚醒しておりますのは看護職だけです。それから医師や薬剤の当直等がございます。こういった中で、夜間のリスクは大変大きいものがあります。これが提言されると判断されるリスク対策として、薬剤の24時間対応や夜勤診療重視、早出、遅出の勤務者の増員、それから臨床工学技士の24時間対応等と、やはりこれは人の問題を解決していかないと医療の安全はもはや守れないということも、私たちはこの共同行動の中

で取り組んでいく一つの側面であると強く思っている次第です。

以上、三つの提言をさせていただきました。看護はもう、共同行動に向けた準備はできております。組織的にどう動いていくかというところをきちんと詰め、かつ病院やほかの団体がどのような動きになるか、そしてどうそれを結んでいくかといったことに貢献していけるとよいと考えております。

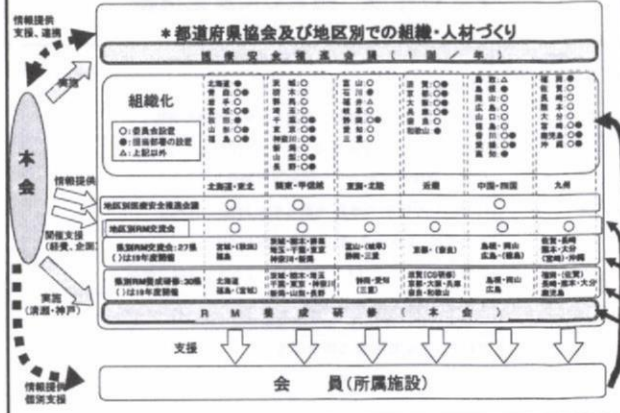
2007.11.24
医療の質・安全学会学術集会
医療安全を推進するための全国共同行動の提
案

看護協会の取り組みと 共同行動に向けての提案



社団法人 日本看護協会
常任理事
楠本 万里子

日本看護協会における医療安全推進体制づくり(2007年6月現在)



看護者の関与した医療事故報道(各年1.1~12.31)

大項目	分類No.	2004	2005	2006	2006年の事故の概要
日常生活 の事故	1	3	0	1	転倒による落下
	3	1	2	1	入浴中の溺水
	4	3	3	3	うつ伏せ寝による窒息、喫食による窒息
	5	0	5	5	転倒(浴室の滑り、配線等との接触、傷)、転落(ベッドから、窓から)
	7	0	1	0	
	8	2	1	4	歩行による転倒(階段、エレベーターからの落下)
	11	2	4	0	
	12	22	23	14	ワックスがけ(廊下)や掃除機、浴槽、浴室の滑り、手すりや杖の設置が不適切による転倒、誤飲(飲み水)による窒息、誤飲(飲み水)による窒息、誤飲(飲み水)による窒息
	14	4	1	1	浴室転倒
	15	25	21	20	浴槽の滑り、浴槽による溺水(浴槽内)、浴室転倒、浴槽内での転倒
	16	0	0	2	洗面
医学的 事故・管理	17	1	8	5	モニターアラーム対応、機器の故障、呼吸器管理のミス(アライフ)
	18	11	4	4	投薬(誤り)、電線(アライフ)、スリッパ(アライフ)
	19	1	0	0	
	21	13	5	8	誤飲による窒息(チューブ誤挿、誤への患者側の人、患者側の人による誤挿)、誤挿(誤挿)
	22	3	0	0	
	24	1	1	0	
	25	0	0	1	洗剤材料の誤用
	26	4	5	5	看護者の対応(誤り)、緊急時の対応、分岐時の誤り、他
	その他				
	合計		95	94	72

1)分類項目は、厚生労働省「医療安全対策ネットワークの整備事業(ヒヤット・エラー対策事業)」で活用されている分類に基づく。

日本看護協会
ホームページ
2002年2月15日掲載

日本看護協会
ホームページ
2003年1月15日掲載

日本看護協会
ホームページ
2005年5月2日掲載