

歯科診療所における医療安全体制確保の実践

五十嵐 博恵¹、本多 真由美¹、志戸田 郁美¹、小野寺 さゆり¹、加藤 敦子¹、
吉成 瞳¹、浅野 綾子¹、柳原 知子¹、藤井 一維²、越智 守生³

¹Uクリニック五十嵐歯科、²日本歯科大学新潟病院歯科麻酔・全身管理科、
³北海道医療大学クラウンブリッジ・インプラント補綴学分野

【概要】

歯科診療所(常勤職員9名、非常勤職員8名、ユニット数7台、歯科医師臨床研修施設)において、医療の安全管理体制を構築するため全職員が共有できる仕組み作りに取り組んだ。職員の発案による診療室内整理、日常業務整理、模擬訓練の実施は職員間の共通認識を明確にし、さらに新しく導入したインターカムヘッドシステム(以下インカム)が情報共有と緊急時迅速対応を可能にし、院内の安全管理体制の改善を図ることができた。

【問題】

歯科診療所は局所浸潤麻酔を伴う外来小外科処置があり、老若男女の患者を含め安全認識の違う人が混在する現場である。全職員の共通認識と協力的行動がリアルタイムに構築されなければ患者の安全を確保することは達成しない。しかし職員の経験年数差、能力差、職責差から職員の経験に頼った不安定な安全管理体制の職場となっていた。

【取り組み】

診療室内を写真に記録。不潔、危険個所の認識を共有し、どう使うべきかを全職員参加して発案し診療室内を整理。写真に記録ルール化した。発案は業務内容に波及し、口述を記述に直し記録化した。周知内容が共有化され業務は改善した。業務伝達に時差が派生したためインカムを導入した。利用にあたって日常業務伝達方法およびダブルチェックのルール化と緊急時オールコールの取り決めを行った

【効果】

職員間の共通認識は日常業務を改善し、職員間同士の業務内容の把握が可能となり、相互の業務補完が行える余裕が生まれた。インカム導入により伝達ミスや伝達不足が減少し、患者への対応の予測を可能にした。また全職員の模擬訓練は、実際に待合室での患者急変を体験した際、練習通りの混乱のない対応を可能にした。

【教訓】

歯科は外来小外科であると理解し、安全管理体制の構築のために全職員が共通認識をもち協力的行動を起こせることが重要である。最悪を想定し普段から実際訓練を行い職員間の業務補完体制を作ることが大切である。

シンポジウム8-2

都市型高度医療クリニックにおける医療安全体制の整備と実践

梅澤 昭子

四谷メディカルキューブ

当院は、常勤職員約150名、ベッド数19床、外来患者一日あたり約160名、手術件数(局麻含む)一月あたり約80件の有床診療所である。2005年の開院から、医療の質の管理に取り組んできた。

【環境整備】

医療の質管理委員会を設置し、医療安全管理マニュアルを全部署の協力の下に作成、職員全員に配布した。また、職員全員が救命救急講習を受け、各フロアにAEDを設置した。講習は近隣の消防署で受講し、受講費用は更新も含め組織の負担にした。院内の必要箇所に救急カートを配備し、整備状況を医療の質管理委員が定期的にチェックした。

【マネジメント】

環境整備に加えて、インシデント報告制度を中心に品質管理手法を用いたリスクマネジメントの実践に取り組むことにした。【方法】①講演会の開催、②品質管理手法を通じた問題解決のための勉強会の開催、③インシデント報告制度、④インシデント審議会の開催、を行った。【結果】①講演会を通じて、PDSAサイクル、5Sの導入など品質管理手法を活用して医療の質管理を行うことを強調した。②2006年度は問題解決の手法を学ぶ勉強会を5題、それぞれ2回計10回開催した。職員全員を対象に就業時間外に約1時間で、参加はのべ107名であった。③インシデント報告は、当初、検査に関するものが多くを占めていたが、次第に薬剤に関する報告が増え、内容は施設の成長とともに変化した。④インシデント審議会は、対策の立て方に問題がないか検討した。例えば病室で生じた点滴間違いのインシデントに対し、勉強会で学んだ手法を生かして要因分析を行い、対策の具体的な立案を行った。要因分析による原因の可視化は、問題点の整理を容易にした。対策の立案は、PDSAサイクルが成り立つように留意した。【小括】医療の質管理にはインシデントレポートの活用が有用で、特に、問題点を明確にし対策を講じる過程が重要である。そのためには問題解決の手法を身に付ける必要がある。手法を理解するのは容易だが、実践するにはアドバイザーや経験を要する。

【まとめ】

医療の質管理において環境整備はスタートラインである。医療の「質」や「安全」には「達成」はなく、たゆまず追求し続けることそのものである。私たちは、「最初から正解を出す」ことを目標にするのではなく、まずやってみること、そして「たゆまず追求する」ことを掲げていきたい。

助産所の安全性確保のための日本助産師会の取り組み

岡本 喜代子

(社)日本助産師会 専務理事

はじめに

1990年以来、助産所での出産数は年間約1万2千件程度(1%)で安定している。自然出産を望む女性のニーズは根強い。しかし、連携したい医療機関が身近になく、助産所からの緊急搬送が受け入れてもらにくい現状がある。

平成18年10月の医療法の改正で、産科の嘱託医・嘱託医療機関の確保が義務化され、日本助産師会では、主に開業助産所の安全分娩を確保するための対策に主眼をおいて、以下の様々な活動に取り組んでいる。それらの活動の概要について、紹介する。

1. 安全対策委員会活動

「安全対策委員会」において、事故事例の検討、安全に関する研修会の企画・運営等を実施している。

2. 安全対策室の開設

平成15年9月より、一般の方からの助産所や助産師へのクレーム・相談や助産師からの相談に応じる「安全対策室」を開設した。

3. 会員の異常報告・事故報告の義務化

平成16年度には、会員が事故を起こした場合は、必ず本部・支部に連絡することを義務化した。

4. 「助産所業務ガイドライン」の導入

平成16年度にガイドラインを導入した。ガイドラインの内容は、①助産所における分娩の適応症リスト、②正常分娩急変時のガイドライン(分娩中・産褥期発症)、③同(新生児期発症)から成り立っている。分娩対象者をリスク度により、次の3種類に分類している。①助産所での分娩対象者、②産婦人科医と相談の上、共同管理をすべき対象者、③産婦人科医が管理すべき者の3種類である。平成20年度には、安全性をさらに高めるために改正した。

5. その他の取り組み

その他、下記のような取り組みを実施している。

1) 助産所機能評価への取り組み

2) 助産所責任保険等の保険加入推奨

3) 助産師の資質向上のための研修会の開催 等

シンポジウム8-4

事故分析から見えてきた小規模施設の医療安全に対する問題点 ～地域医師会は事故から何を学んだか～

荘司 邦夫

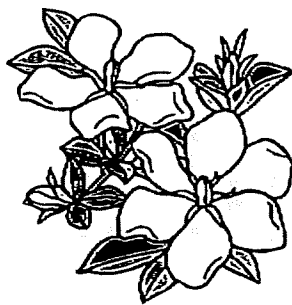
三重耳鼻咽喉科院長(津地区医師会副会長)

2007年、医療法が改定され中小規模の医療施設にも医療安全、感染予防に対する法整備が成された。しかしその後も中小医療機関における医療事故が多発し第Ⅱの医療ビックバンと称されている。当県においても昨年6月由々しき事故が発生した。発生原因が明らかになったので、その内容の詳細とともに、この事故が私たちに教えてくれたいくつかの重要点を報告した。又それを契機に県は全医療機関に対し医療安全管理の徹底について注意喚起を行い、医療安全管理や院内感染対策など18項目にわたる緊急の自主点検を行った。このアンケート方式で行われた点検内容と、結果を報告した。それらに基づき順次全医療機関に対し立ち入り検査が実施されている。検査対象の主なもの、①安全管理のための体制の確保等について。事故事例を収集して、分析改善し医療事故防止につながっているか。②院内感染防止対策について。マニュアルが作成され手指消毒等職員に徹底されているかの確認、等である。これらを踏まえ地域医師会として今後どのような活動をして、事故防止の一役を担えるか、その方法等について具体的に報告した。

今回自院の医療安全の取り組みについても発表することになっている。三重耳鼻咽喉科は開院以来28年、「安心、安全、納得のいく医療」をモットーに運営してきた。スタッフは耳鼻咽喉科専門医2名、看護師5名、他13名である。ヒヤリハットは平成16年より開始し、今までの報告は119件あり、活用している。平成18年には日本医師会医療安全推進者養成講座を1年間受講、翌年修了証を授与されている。その後、毎年日本医師会の医療事故防止等の研修会には積極的に参加してきた。現在津地区医師会において医療安全対策担当副会長を務めている。自院の医療安全の理念は、Crew coordinationの構築である。以前、全世界で飛行機事故が多発した時期があり、その頃Crew coordinationがうまく構築されている機は事故が起きにくいという事を知った。これらは医療にも全く同様に通じるものと考え実践してきた。又、日本医師会の研修会で学んだ様に、最善の医療安全策は①十分な説明、②十分な記録、③コンサルテーション受診、④医学的知識の継続的向上 と心得、カッサンドラの予言を念頭に置き、より良質な、安全な医療を提供出来るよう努力している。

ないと効果が出ないことがあり、評価が困難なことがあります。手術手技の問題としては刺入時の脳出血や刺入部感染が起る可能性がありますし、刺激誘発性副作用としては発汗、ジスキネジア、構音障害、無動の悪化などの運動症状、複視、霧視などの視覚症状、開眼失行、うつ症状などの精神症状が起ることがあります。ジスキネジア以外は一過性ですが、ジスキネジアは慣れるのに数日から数週間かかることがあるようです。以上パーキンソン病の病態から治療まで述べてきました。病態自体は進行性の変性疾患であり、経過とともにADLが低下するとは免れません。したがって就労年齢の患者さんは失業したり、精神的に落ち込んだりする患者さんが多いようです。そのためパーキンソン病の治療とともに介護保険、特定疾患や身体障害者の申請を行い、社会的にサポートをしてあげることが必要です。パーキンソン病友の会などに積極的に参加させることにより、病気をより理解し、同じ病気の人たちと交流することで精神的に安定を図ることも必要と考えます。今回は病診連携講演会も兼ねているとのことですのでその事についてもお話しします。現在当院神経内科外来にて数十

名のパーキンソン病の患者さんを診察していますが、その多くは比較的安定した状態にあります。そのような安定した状態にある患者さんはなるべく近くのかかりつけ医に診ていただくのがいいと考えております。したがって今後積極的に患者さんを御紹介していくつもりですが、今回の講演が会員の先生方の診療のお役に立てれば幸いです。



医療安全に関する講演会



医療安全、一〇年の課題

平成二二年五月八日

京都大学医学部附属病院
医療安全管理室

室長 長尾 能雅

一九九九年の患者取り違え事故から一〇年が経過した。この間さまざまな医療安全対策が行政主導で導入され、成果を上げつつある医療機関も見受けられるようになったが、「本邦の医療事故は減少した」と胸を張って謳うことができないフェーズには至っていない。この一〇年間に残された課題、見えてきた課題等について述べる。

① 個の中に発生する

“Story generation”

人間は自分にとって不都合なできごとと直面すると、事態を最も楽観的に捉えて解決しようとする心理作用が働くといわれ、これをStory generation

という。これは医療に限ったことではないが、予想外の結果に直面することが多い医療現場では高頻度に経験する現象であり、院内の事故抽出の妨げとなる。医療機関は有害事象発生直後に現場がそのような心理状態に陥ることを予見する必要がある、組織全体がStory Generationに陥らないよう注意しなくてはならない。人間が医療を司る以上、この心理現象はなくなる。向き合い続けなくてはならない課題の一つである。

② “事故抽出”なくして医療安全なし

医療機関が自施設内の事故抽出をしなければ医療安全はスタートしない。抽出には幾つかの方法があるが、インシデント・レポート・ディングシステムもその一つである。特に医師からの報告は重症感の高い事象を含み、組織の透明性を確保する上で重要な役割を担う。二〇〇八年度の京大病院のインシデント報告数は年間七、七九五件を数え、うち医師からの報告が六一七件となった。これは二〇〇四年度の約五倍であり、重大事象の抽出力は増加した。それに伴い、急性期事故対応や院内事故調査会も増加し、救命・改善・再発防止に寄与している。医療機関におけ

る事故抽出力の獲得とその維持は重要な課題といえる。

③ 集団の中に発生する

「Cosmetic compliance」

ミスが減らすためには「業務の標準化」が有用とされ、各医療機関でさまざまなルールが運用されているが、実際の遵守率は一〇〇%に到達しない。これらは類似事故が発生することに露呈され、医療現場は「Cosmetic compliance」などと即称される。現場がルールを遵守できない理由は、職員の怠慢に起因するというよりは、医療業務の複雑さ、多重業務・中断業務の発生、指示の連鎖が発生させる責任の所在の不明確さなど、医療現場特有の業務形態に起因するところが大きい。何故ルールが守られないか、守る必要があるのか、守るには何を工夫すればよいか等について検討すると同時に、業務のスリム化をはかることも直面的な課題である。

④ 組織の中に発生する「先端医療における原始的なミス」

大学病院などでは先端医療を使命と自認している施設が多いが、本来基本的な医療安全活動ができていなければ

それらを担う資格はない。高度な医療は独立した部門のみでクリアできるのではなく、職種間や診療科間の連携が重要となる。しかし現実には、十分とはいえない安全体制のまま、難易度の高い手法や大規模な治療が実施されてきた歴史があり、大病院での医療事故が明るみになるにつれ、無視できない課題として浮かび上がってきた。先端医療という華々しいミッションの下で、医療安全活動が軽視されているのであればそれは倫理的に許容される話ではない。医療安全の確保・セクシヨナリズムの撤廃と、先端医療は逐次的に達成されるのが理想であろう。

⑤ 中小医療機関における医療安全対策

昨年中、診療所における感染管理に起因した事例が複数報道された。診療所や助産所、歯科クリニックといった、いわゆる中小医療機関の医療安全体制の構築は今後の大きな課題である。この一〇年、医療安全の整備は大規模医療機関を中心に進められてきたが、全国に約一七万件存在する多様な中小医療機関において、医療安全の教育ツールや監視システムは十分機能しているとは言えない。現在厚労班研究では中

小医療機関を診療行為別に三タイプに分類し、それぞれのタイプに応じた医療安全教育を実施していく方策が議論されている。

医療に恒常的な安全状態はない。しかし、だからといって医療者が安全な医療を目指す努力を放棄していいというものではない。医療を行う以上、有害事象は発生するのだから、それを予見しながら事故を抽出し、迅速に治療し、患者への事実の提供と説明責任を果たすことは医療機関に求められている基本的足腰であり、それがあって始めて事故原因の究明、共有、再発防止が可能となる。これらを達成するには個人や組織の中に自然発生する心理現象や社会現象を回避する必要があるが、そのためにはやはり組織の力を上手に利用した「組織的知恵」としての医療安全管理活動が重要となる。



診療所における安全管理対策の意義

——医療における“第2のビッグバン”



Yoshimasa Nagao

長尾 能雅

京都大学医学部附属病院 医療安全管理室長

1969年、鳥取県米子市生まれ。1994年、群馬大学医学部卒。全科ローテート研修後、公立陶生病院呼吸器・アレルギー内科、名古屋大学病院呼吸器内科医員、土岐市立総合病院呼吸器内科医長、感染症科部長を経て、2005年10月より現職。

医療の質・安全学会評議員、日本呼吸器学会専門医、日本プライマリケア学会認定医、京都府医師会医療安全対策委員、医学博士。

趣味：古美術鑑定

はじめに

医療安全は大病院や有床無床診療所といった施設形態の違いや診療規模の違いによってその水準が異なるといわれるものではない。医療を行う以上、どの医療機関、あるいはどの医療者にも共通する安全管理や感染管理の基本概念が必要であり、それらは正しく教育され、実践されることを前提とすべきである。特に17万件を数える小規模医療機関の存在は、本邦のプライマリケアの枢要であり、その安全性の確保は国民全体の安全を考えた場合、重要な役割を担う。しかしながら安全導入のための具体的な方法論が大病院と小規模医療機関間で同一であるべきかについては、定まった見解はない。

この10年間の取り組みを振り返ったとき、大病院には大病院としてのハードルが存在したように、おそらく診療所には診療所としてのハードルが存在する。安全管理体制整備に向けて小規模医療機関の抱える問題と、目指すべき方向性について考える。

大規模病院発の“ビッグバン”

本邦における医療安全管理活動が本格化したのは1999年1月の横浜市立大学医学部附属病院における患者取り違え手術事故が発端といわれる。1998年には221件しかなかった主要新聞社5紙における医療事故記事数は2年後の2000年には1606件を数えるに至り、この現象は後に「医療におけるビッグバン」と呼ばれ社会問題として衆目を集めた。“ビッグバン”の本質は決して急激に医療現場で過誤や事故が増加したのではなく、従来存在していた事象が公に顕在化したに過ぎない。当時のメディアは「何故このような単純なエラーが先端医療の担い手とされる大病院や都市部有名病院で発生するのか」という疑問を持つと同時に、長きにわたりミスの経験を共有せず、改善しようとしてこなかった医療界の閉鎖的な体質に目を向け、厳しい批判を展開した。これは大病院における医療システムが不安視された結果であり、クリニックなどの小規模医療機関が直接的に関与したのではない。

大規模病院をモニターした 医療安全管理行政

それゆえ“ビッグバン”以降、医療安全管理の達成状況は必然的に大病院を中心にモニターされた。ヒヤリハット収集事業にせよ、院内安全管理委員会の設置にせよ、その施策対象のほとんどが大病院であった。特に2007年4月に第五次医療制度改革として医療法の一部が改正され、無床診療所・助産所を含む全ての医療機関に医療安全管理体制の整備が義務付けられるまではその傾向が強く、小規模医療機関における医療安全は良くも悪くも自施設内での自助努力に委ねられてきたといえる。“ビッグバン”から10年を経た今日であっても、大病院の医療安全改革は道半ばであるが、少なくとも院内外において変化に適応したグループとそうでないグループのコントラストが可視化されつつある点は評価に値する。小規模医療機関はこの点において未開拓であると指摘せざるを得ない。

小規模医療機関発の “第2のビッグバン”

しかし2008年度になって、今後の本邦の医療安全の展開において重要な意味を持つと思われる3件の医療事故が報道された。5月の高根県益田市「おちハートクリニック」における血糖測定器使い回し事例、6月の三重県伊賀市「谷本整形外科」における点滴作り置き事件、2009年2月の東京都中央区「銀座眼科」におけるレーシック術による大量感染事件がそれである。3事例はいずれも「小規模医療機関における不十分な感染管理体制に起因」した事例という特徴を持ち、大病院のみならず小規模医療機関が重大な医療事故の震源となり得ることを改めて世に知らしめた。

筆者らは2009年3月に東京で開催された「中小医療機関における患者安全のためのシンポジウム」にてこれらを“第2のビッグバン”と命名して報告したところ、九州・四国・中国・東北地方を中心に複数の地方新聞やインターネットメディアが関



写真1

心を持って取り上げた(写真1)。小規模医療機関の医療安全対策は今まさに転換点にあるといえる。

厚労省班研究に参加して(小規模医療機関における医療安全管理の課題)

厚労省は2008年度に慶應義塾大学の嶋森好子教授を主任とする「医療機関の規模や特徴に応じた職員研修の具体的で効果的な研修カリキュラムの作成と実際の活用と普及」に関する行政研究をスタートさせている(筆者も研究を分担)。当研究班は小規模医療機関における医療安全研修のためのプログラム作りを目標としているが、その前段階として各地の有床・無床クリニックへの訪問調査、医師会や歯科医師会・助産師会などへのインタビュー、三重県・島根県など事故報道のあった自治体のその後の取り組み調査など、多角的なフィールド調査を行っており興味深い。研究成果は年度末に最終報告書としてまとめられるが、中間報告書において、本邦の小規模医療機関に潜在する幾つかの課題が指摘されているので紹介する。

①施設形態・診療行為が多様：小規模医療機関は標榜科のみならず、老人保健施設、助産所、歯科、ホスピス、在宅診療所など、開業形態が多岐にわたる。また、小規模であっても手術や分娩、抗癌剤治療などハイリスクな診療行為を担う施設とそうでない施設が混在する。教育が特定の領域に偏り、ベーシックな安全・感染教育が疎かになっている可能性があるが、そもそも施設開設に必要な医療安全プログラムとは何かは明らかでない。

②施設長の認識が多様・開設時教育の弱さ：開業時、安全・感染管理に関する資格認定や教育・履修が義務とされておらず、施設長の認識にばらつきが生じている。施設長がリーダーシップを発揮し、高い水準での安全体制を実現している施設が存在するが、国内で十分共有されているとはいえない。

③監視システムの弱さ：従来、診療所には保健所による3年毎の監視が義務付けられているが、達成できていない自治体が多い。これは施設数の多さや、診療所の対応可能な時間が限られることなどが原因として挙げられる。

④事故抽出力・共有力の弱さ：“家族的”に運営される診療所においては、自浄的な事例抽出システムや客観的事故調査などのピアレビュー(同僚評価)が成立しにくい。医師会からインシデントレポートシステムが推奨されているが、活用状況は十分でない。共通の公表規準を持たず、事例共有の場も乏しい。情報公開に伴う社会的ダメージや風評被害への抵抗感を訴える開設者も多い。

⑤人材確保・コストベネフィットの問題：職員が少なく担当者を配置できない、職員の教育背景が多様であり適切な人材を獲得しにくい、コストがかかり経営に直結する、などの問題がある。

表1 中小規模医療機関の件数

病院：8,862件 (5.0%)	300床以上：1,596件 (0.9%)
	100～299床：3,875件 (2.2%)
	20～99床：3,391件 (1.9%)
診療所：99,532件 (56.5%)	1～19床：12,399件 (7.0%)
	0床：87,133件 (49.5%)
歯科：67,798件 (38.5%)	
合計：176,192件	

平成19年10月1日 厚生労働省 統計報告

⑥施設数が莫大：平成19年10月時点における本邦の診療所数は99532件、うち無床診療所数は87133件、歯科診療所数は67798件存在する。いわゆる20床以上の病院は8862件であり、件数だけで見れば全医療機関数のわずか5%にすぎず、300床以上の病院は0.9%にすぎない(表1)。95%以上の医療機関の医療安全対策が端緒に終わったばかりであり、対策規模が甚大となることが予想される。

米国での取り組み

研究班では米国での中小医療機関における医療安全への取り組みにも注目した。鮎澤の分担報告(表2)³⁾によれば、米国では改めて診療所レベルの医療安全の重要性が意識されており、JCAHOでは、2001年から「Office-based Surgery Accreditation Program」がスタートするなど、すでに中小医療機関を評価・認定する体制がある。さらに評価・認定を受けると賠償責任保険、各団体などへの加入がし易くなる、保険料が安くなるなどのインセンティブが働く仕掛けがある。また、施設の「規模」ではなく「特徴」によりプログラムが設定される傾向があり、例えば「侵襲的処置」「麻酔やセデーション」などを行う施設においては独立したプログラムを設ける必要があると判断している点が興味深い。さらに、学会や各種団体の協力によって作成された「自己点検評価システム」や「教育教材」があり、インターネットから無料でダウンロードできたり、ITを活用した自己採点・ランキング表示

表2 米国における取り組み：結澤報告

- ・外来診療の多様化などを踏まえ、新しい時代の中で改めて診療所レベルの医療安全の重要性が高識されている
- ・中小医療機関を評価・認定する仕組みがある：JCAHOプログラム(2001年からOffice-based Surgery Accreditation Programがスタート)
- ・評価・認定を受けるインセンティブが働く仕掛けがある
→賠償責任保険、各団体などへの参加がし易く、保険料が安くなる
- ・「施設の規模」ではなく「診療の特徴」によりプログラムが設定
- ・「侵襲的処置」、「麻酔やセデーション」を行う施設においては独立したプログラムを設ける必要があると判断している
- ・医療安全に関する基本の徹底の仕組みと、「Time Out」など、確実に成果が上がる安全策の徹底の仕組みがある
(National Patient Safety Goals(NPSG)として分類される8つの領域)
- ・多彩なサポートの仕組みがある
 - ・「自己点検評価システム」・「教育教材」の準備がある
 - ・教材が各方面の関係団体の協力によって作成・運営されている
 - ・「鍵となる領域」を選択し、網羅的ではなく集中的な内容で構成
 - ・無料ダウンロード、ITを活用した低コストでの客観評価など、取り組みやすい環境を整備
 - ・自己点検評価システムを通してデータを蓄積できる仕組みが機能
- ・「事故報告制度」や「評価・認定」など、州によっては様々な医療安全に関する法的義務付けの仕組みがある

サービスがあるなど、多彩なサポートの存在も見逃せない。

州によっても異なると思われるが、米国は網羅的な対策を好まない。鍵となる標的領域を定め、効果が明らかな方法に各医療機関が取り組まざるを得ないような体制を作って集中的に改善を促し、継続的な評価とフィードバックを目指している。この点において、本邦も見習うべきものがあるように思われる。

診療所のタイプ分類と医療安全研修の考え方の提案

当研究班ではこれらの議論を踏まえ、中小医療機関における医療安全研修の考え方のモデルを策定した(図1)¹⁾。まず、中小診療所を規模により大きく2群に分け、さらに侵襲的医療行為、危険薬剤使用、高度機器使用をハイリスクな医療行為と捉え、そのいずれかの有無により、さらに2群に分類し、計3タイプの診療群を想定した。また、行われるべき医療安全教育を「基本プログラム」「基本プログラム+オプション」「フルオプション」に分けた。オプションとはその施設に必要な専門性の高いカリキュラムをイメージしている。

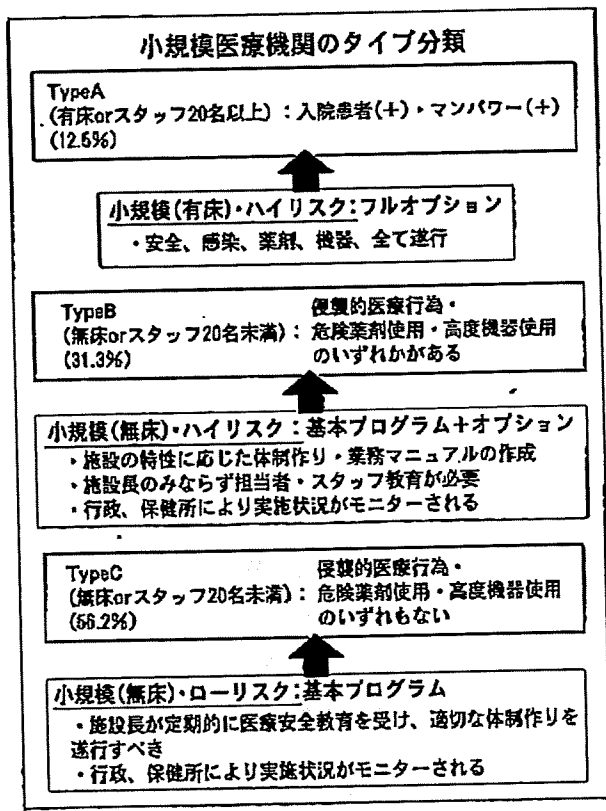


図1

①タイプA(有床診療所、または無床だがスタッフが20名以上いる):このタイプの診療所では入院患者がいる以上、小規模であってもハイリスクな医療行為が必要となる。また、無床でもスタッフが20名以上いれば人員の確保が可能となる。すなわちタイプAでは可能な限り病院に近い安全教育の適用が求められる。具体的には改正医療法に則り、医療安全、感染管理、薬剤、機器に関する責任者を配置し、基本安全プログラムに加え、精度の高い教育プログラムが施設長、担当スタッフ・その他全スタッフを対象に定期的に展開されるべきである。

②タイプB(無床でスタッフが20名未満だがハイリスクな医療行為を行う):このタイプの診療所は規模が小さく無床であるが、ハイリスクな医療を行うため適切な安全教育が必要となる。基本安全プログラムに加え、行われる診療によって精度の高い教育プログラムがオプションとして選択され、施設長、および担当スタッフを中心に定期的に展開されるべきであろう。

③タイプC(無床でスタッフが20名未満でありハイリスクな医療行為がない):このタイプの診療所は規模が小さく無床である上、ハイリスクな医療行為が行われることがほとんどない。まずは基本安全プログラムの教育を定期的に、特に施設長を対象に確実に展開することをベースとし、スタッフには必要に応じた教育が行われる体制とする。

ある自治体で診療所を対象にアンケートを行ったところ、自施設をタイプAと評価した施設が12.5%、タイプBが31.3%、タイプCが56.2%であった。いずれのタイプであっても上記の達成状況、および診療の特徴は行政機関や保健所等によって定期的にモニターされる必要がある。

診療所における医療安全の課題と展望

上記のようなモデルを具現化しようとした場合、次の課題として浮かび上がるのは安全教育における基本プログラム(カリキュラム)策定である。診療所における基本安全確認行動(ダブルチェック・フルネーム確認など)は統一されておらず、その教育機会も乏しい。それらが正確に遂行されているかどうかを第三者がチェックするためのリストや規準もなく、整備が必要である。また、医療圏全体で安全を推進していくためには現場からのインシデント抽出や改善策の共有、事故調査体制、事故公表規準の共有など、診療所単独では困難が予想される自浄的活動のためのネットワーク作りと地域中核病院(大病院)との連携が必要と考えられ、これには行政的な支援が欠かせない。大病院の経験から、専任の安全管理者は1000病床あたり1~2名確保されれば、日常的な業務そのものは機能する。例えば複数の診療所や診療群がインシデントレポートをセキュリティレベルの高い電子システムで共有し、決められた施設の安全管理担当者が輪番でこれを分析、一斉に改善策を提供するといった仕組みづくりも技術的には可能である。将来的には、施設間での相互チェックや公表規準の共有、重大事故調査が可能となるかもしれない。また、優れた取

組みをしている模範的な医療機関を抽出し、そのコンピテンシー^{※1)}を共有する仕組みや、2008年5月から進められている医療安全全国共同行動の診療所版のような取組みも期待される。なによりも重要なのは、医療安全に力を注ぐ施設、診療群、医師会、あるいは自治体が住民から高く評価され、選択されること、そして“安全を目指すための健全な競争”が惹起されるような文化が医療界の中に醸成されることである。

おわりに

当面本邦の医療安全は、大病院での取り組みを省みながら小規模医療機関へと展開していくことになる予想されるが、これは「大病院の医療安全の体制作りが一段落したので次は中小医療機関を整備する」という短絡的な作業ではない。冒頭に述べたように小規模医療機関は本邦のプライマリケアの礎であり、地域住民の多様なニーズに応えてきた歴史がある。それゆえ日本の地域医療の安全性が高い水準で達成されるために重要な役割を担っていると同時に、その実現には診療所特有の困難が予想され、方法論は大病院のそれと同一ではない。しかし、だからといって大病院と小規模医療機関の医療安全を切り離すのではなく、理想的には地域における医療安全が大病院も含めたネットワークとして成立する方向を目指すべきである。繰り返すが、全国の医療機関の中にはすでに優れた取組みを実施している施設が存在する。また日本医師会、歯科医師会、助産師会など関連団体の医療安全に対する意識は高く、組織的な取組みのための準備がある。既存の成功事例を連結し、各施設が何らかのインセンティブを感じられながら小規模医療機関の安全への取組みが活性化され発展していくことが望ましく、行政・市民はこれらの動きを積極的に支援すべきと考える。

(参考文献)

1)厚生労働科学研究費補助金事業「医療機関の規模や特徴に応じた職員研修の具体的で効果的なカリキュラムの作成と実際の活用と普及」に関する研究 平成20年度 総括・分担研究報告書(2009.3.)研究代表者 嶋森好子

2)中小医療機関の医療安全研修の考え方 ～大規模病院での教訓に学ぶ～

長尾能雅 小林美雪 福永秀俊 鮎澤純子 嶋森好子. 厚生労働科学研究費補助金事業「医療機関の規模や特徴に応じた職員研修の具体的で効果的なカリキュラムの作成と実際の活用と普及」に関する研究 平成20年度 総括・分担研究報告書(2009.3.)48-57.

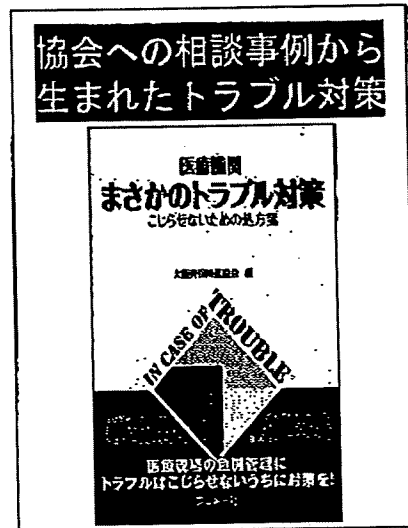
3)医療安全研修の基本的な考え方 ～日本の中小医療機関、特に診療所に求められる医療安全研修の基本的な考え方～

鮎澤純子. 厚生労働科学研究費補助金事業「医療機関の規模や特徴に応じた職員研修の具体的で効果的なカリキュラムの作成と実際の活用と普及」に関する研究 平成20年度 総括・分担研究報告書(2009.3.)58-75.

(脚注)

※1) J C A H O (Joint Commission on Accreditation of Health Care;米国民間医療施設認定合同委員会):1951年、病院のケアの質を改善する目的で米国外科学会等によって創立された。米国民間医療施設の評価認定事業を実施し、認定と医療保険査定がリンクし、認定に強いインセンティブが働いている。

※2)コンピテンシー(competency):学歴や知能レベルが同等でありながら優れた成績を上げる人物が有する「成果を生むための行動特性」や「高い成果を生み出すために発揮している思考・行動特性」のこと。



【医療機関 まさかのトラブル対策】

協会特価1300円(税込)

◇ 2007年5月、プリメド社刊

◆ 注文先

大阪府保険医協会 総務部

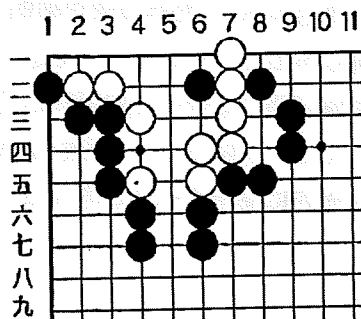
電話 06-6568-7721、

FAX 06-6568-2389まで。

詰将棋 問題

出題 九段 本田邦久

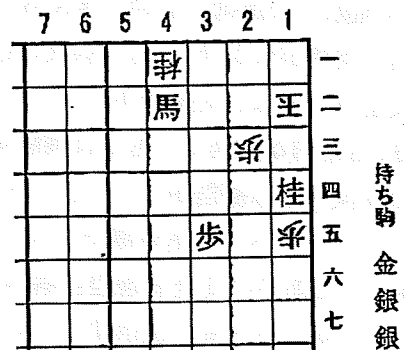
黒先
捨石の筋。



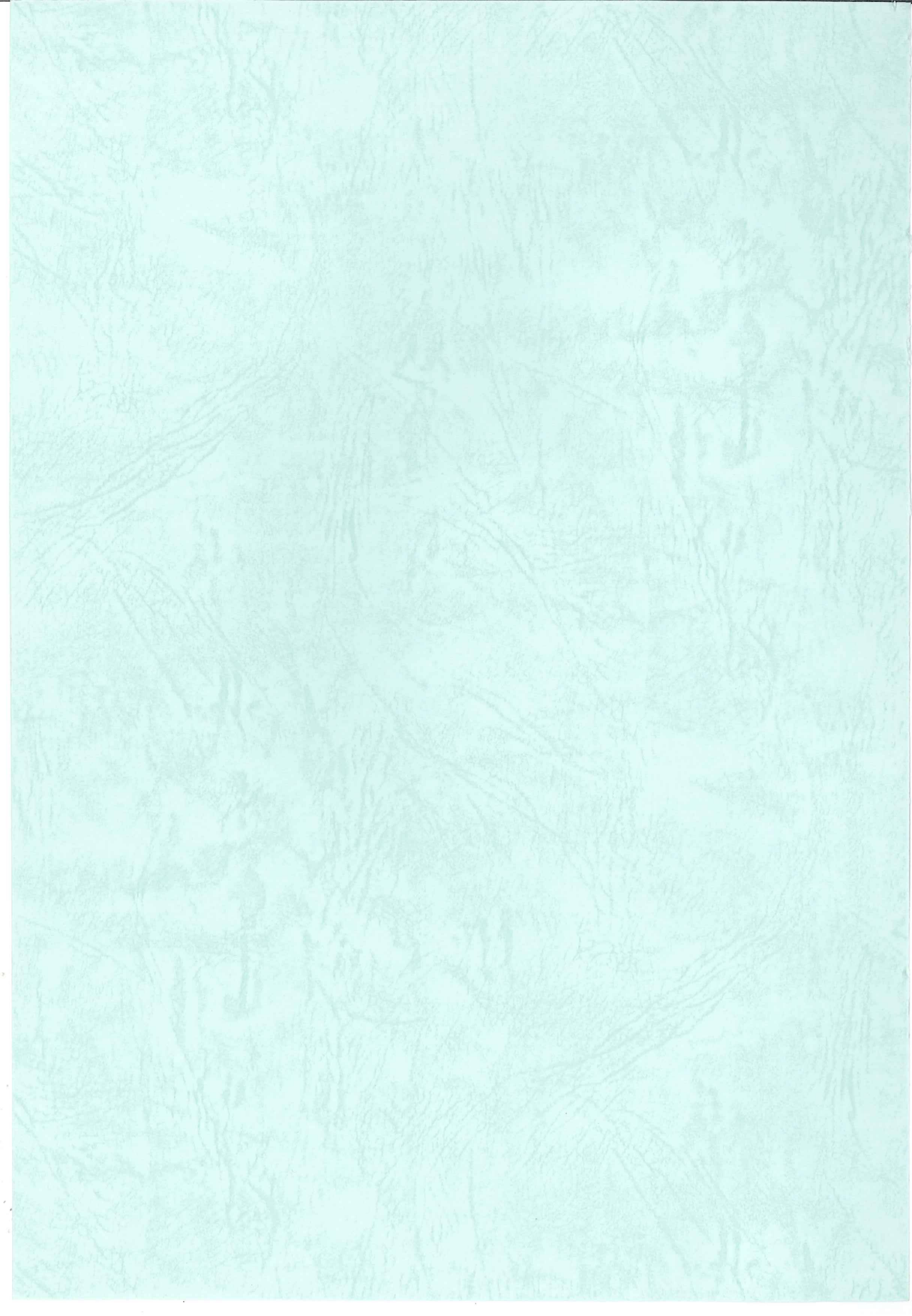
(解答は24ページ)

出題 九段 有吉道夫

ヒント 馬の活用を工夫。



持ち駒
金 銀 銀



小規模医療機関の医療安全研修カリキュラム(案) と研修教材

平成 20・21 年度厚生労働科学研究

「医療機関の規模や特徴に応じた職員研修の具体的で効果的な
研修カリキュラムの作成と実際の活用と普及」に関する研究班

研究代表者 嶋森好子(慶應義塾大学看護医療学部)

分担研究者 小林美雪(山梨県立大学看護学部)

福永秀敏(国立病院機構南九州病院)

鮎澤純子(九州大学大学院医学研究院)

長尾能雅(京都大学医学部附属病院)

平成 22(2010)年 3 月

目 次

1. 巻頭言	1
2. 執筆者一覧	3
3. 本冊子作成の意図と使い方	5
4. 医療安全と中小医療機関での研修の取組み	7
～小規模医療機関の医療安全研修カリキュラム(案)作成に当たって～	
5. 小規模医療機関における医療安全研修の考え方(平成20年度報告書より)	11
6. 小規模医療機関の医療安全研修カリキュラム(案)	19
1) 小規模医療機関の施設開設者、医療安全管理者あるいはその準備段階 にある職員を対象とした研修カリキュラムと具体的な研修スケジュール(案)	
2) 小規模医療機関の全職員を対象とした医療安全研修カリキュラムと具体的な研修スケジュール(案) * パワーポイント「小規模医療機関の全職員向け研修資料」	
7. 小規模医療機関の医療安全の実践例と研修を行う上で参考となる資料	53
1) 小規模医療機関の医療安全確保の実践例	
(1) 耳鼻咽喉科系クリニックにおける医療安全の取組みと各種マニュアルの紹介 ・パワーポイント「小規模医療機関の医療安全の取組みと新規開業医療者への7つのアドバイス」 ・安全管理マニュアル紹介:医療安全管理指針・院内感染症対策指針・院内感染対策マニュアル・ 医薬品の安全使用のための業務に関する手順書	
(2) 歯科医師研修施設における医療安全体制の整備	
(3) 小規模医療機関の組織的な医療安全の取組み	
(4) 都市型高度医療クリニックにおける医療安全体制の整備と実践	
(5) 訪問看護ステーションの医療安全確保について	
2) 専門職能団体の取組み	
(1) 神奈川県歯科医師会による 「歯科診療所に義務づけられた医療安全自己評価とレーダーチャート」について	
(2) 「分娩を取り扱う助産所開業者への研修プログラムの開発に関する研究」に基づく、 開業助産師のコンピテンシーと開業時に備えておくべき要件及び助産所における 医療安全研修の評価と改善について	
(3) 津医師会における医療安全確保のしくみづくり	
3) 行政における医療安全確保のための取組み	
(1) 政令市における医療安全センターの取組みと医療監視の実際について	
(2) 重大事故発生後の医療安全確保に向けた取組みについて	
4) 医療安全に関する日本医療機能評価機構の取組みについて	
5) 医療安全全国共同行動の取組みの経緯と具体的な実践例	
8. 米英における医療の質と安全確保の取組み	165
1) 米国における中小医療機関、特に診療所を対象にした 医療安全の取組みの現状と特徴	
2) 英国NHSの病棟改善プロジェクト「プロダクティブ ウォード」の紹介	
9. 参考となる報告書	187
1) 医療安全の取組みについてのアンケート報告書 (横浜市健康福祉局・医療安全部・医療安全課)	
2) 伊賀保健所管内の医療機関で発生した「鎮痛剤の作り置きによる感染事例」に関する調査報告書の紹介 (伊賀地域医療事案対策本部特別調査班)	

巻 頭 言

本研修カリキュラム案は、平成 20・21 年度厚生労働科学研究「医療機関の規模や特徴に応じた職員研修の具体的で効果的なカリキュラムの作成と実際の活用と普及」に関する研究の成果として作成したものです。

1999 年に重大事故が大きく報道され、日本の医療の質と安全確保に大きな課題があることが明らかになりました。当初、注意喚起によって医療事故が無くなるのではないかと多く人たちは考えていたように思います。しかし、報道は過熱し、その事故報道の多くが、質の良い医療を提供していると思われていた、特定機能病院や公的病院での事故報道でした。

2001 年になって、厚生労働省は、医療安全推進室を設け、行政として医療安全確保に取り組む姿勢を明らかにしました。それに伴って、様々な医療安全推進のための活動が開始されました。2007 年 4 月には 10 年間の集大成ともいえる医療法の改正が行われました。改正された医療法では、それまで病院と有床の医療機関のみに義務づけられていた、医療安全体制整備が、助産所を含めた無床診療所や全医療機関に義務付けられる事になりました。

当初、大規模医療機関の医療事故が大きく報道されたこともあって、小規模医療機関には事故はないと公言する医師が出てくるほど、診療所を含む小規模医療機関の安全管理には問題がないかのように認識されていました。このような認識に至った原因としては、次の表裏となっている 2 つ点が考えられます。1 つは、大規模医療機関に事故の報告が義務化され、ヒヤリ・ハットや事故事例の共有化が有効な安全対策になることが認識され、事故発生時に積極的に公表する姿勢が明確になったこと。一方、小規模医療機関では、事故報道によって患者が来なくなる心配などから、事故を表に出さない傾向があり、そもそも開設者や管理者が、安全体制整備の必要性を認識せず、事故の発生そのものを把握できない状況にある可能性もある等の理由が考えられます。

2008 年から、当研究班は、医療法で義務付けられた小規模医療機関の医療安全のための研修を、どのように展開できるかについて検討してきました。その矢先、2009 年になって、小規模医療機関での重大な感染事故が報道されました。一つは整形外科診療所で、鎮痛剤の作り置きによって生じたセラチア菌敗血症による死亡事故です。また、眼科クリニックでは、未消毒の機器を使用したことによる感染によって、多くの患者が感染性角膜炎を発症したという事例です。

当研究班は、2 年間に小規模医療機関が安全確保の体制整備をするために必要な事項を検討するために、いくつかの小規模医療機関や助産所・訪問看護ステーションなどの安全対策について訪問調査とインタビューを行いました。また、医療安全を担当している県及び市の行政担当者や医師会・歯科医師会・看護協会などの専門職能団体の医療安全の取り組みについても同様にインタビューと現地調査を行いました。これらの情報を整理して、小規模医療機関における医療安全のための研修カリキュラム案を作成しました。特に小規模医療機関にとって重要な役割を果たす、開設者や管理者のための研修カリキュラム案も作成しました。

これらはいくまでも案であり、各医療機関が実情に応じて研修計画を立てる場合の参考にしていただくことを目指して作成したものです。本研修カリキュラム案が現場の医療安全のための研修計画策定に役に立つこと、また今後のさらなる医療安全に資することを願っています。

嶋森好子 (研究代表者・慶應義塾大学看護医療学部)

2010 年 3 月

執筆者一覧

研究代表者	嶋森 好子	慶應義塾大学看護医療学部
分担研究者	小林 美雪	山梨県立大学看護学部
	福永 秀敏	国立病院機構南九州病院
	長尾 能雅	京都大学医学部附属病院
	鮎澤 純子	九州大学大学院医学研究院
研究協力者	高津 茂樹	社)神奈川県歯科医師会・高津歯科医院
	荘司 邦夫	津地区医師会 三重耳鼻咽喉科気管食道科クリニック
	岡本喜代子	社)日本助産師会・おたふく助産院
	五十嵐博恵	Uクリニック五十嵐歯科医院
	梅澤 昭子	医療法人社団あんしん会四谷メディカルキューブ
	安井はるみ	社)神奈川県看護協会
	内田 宏美	島根大学医学部看護学科
	坂井 浩美	財)日本医療機能評価機構医療事故防止事業部
	山元 恵子	春日部市立病院副院長 看護部長
	村上紀美子	医療ジャーナリスト

冊子作成の意図と使い方について

研究代表者 嶋森好子
(慶應義塾大学看護医療学部)

本冊子は、平成20年度・21年度に行われた厚生労働科学研究「医療機関の規模や特徴に応じた職員研修の具体的で効果的な研修カリキュラムの作成と実際の活用と普及」に関する研究の一環として作成したものである。小規模医療機関における具体的な安全対策の策定に役立つことを願って作成した。

平成18年の第5次医療制度改革において、診療所、助産所を含む全ての医療機関に医療安全管理体制の整備が義務づけられた。平成19年には改正医療法が施行されたが、平成20年に、小規模医療機関において、鎮痛剤の作り置きによるセラチア菌感染による死亡事故や眼科クリニックにおける未消毒器材使用による感染性角膜炎の発症など、基本的な感染管理が適切に行われていないために生じる事故が相次いで起きた。

平成20年度に、当研究班が行った調査によると、診療所や助産所などの小規模医療機関においても侵襲性の高い手術や治療がされていることが明らかになっている。しかし、病床数別の院内研修開催回数は、無床診療所では年間0回が約38%、10回以上が約29%、有床診療所は、年間2回が約31%、10回以上が約25%と両極端な回答状況である。これは、それぞれの医療機関の、管理者や職員の安全に対する取り組みの姿勢が様々であることを表している。逆に、医療機関の管理者の考え方によって、特色ある優れた取り組みが可能であることを示すものでもある。

本カリキュラム案は、これまで医療安全への取り組みの推進が難しかった診療所や助産所等の小規模医療機関で、それぞれの規模と機能に応じた研修を実施するために活用していただくことを期待して作成した。カリキュラム案は、小規模医療機関の要となる開設者並びに医療安全管理者のための研修カリキュラム(案)と、全職員を対象とした基本的な医療安全研修カリキュラム(案)を作成した。

本研究では、平成20・21年度にわたって、いくつかの診療所等の意欲的な取り組みについて訪問調査を行った。本冊子には、それらの診療所等の具体的な取り組みを紹介した。また、日本医療機能評価機構や医療の質・安全学会等の医療安全に向けた取り組みについても紹介している。

専門職能団体が会員施設に対する医療安全確保の支援として行う活動について、日本助産師会及び神奈川県歯科医師会の協力を得て調査を行った。

日本助産師会では、助産所の質と安全を確保するために助産所開設時に必要な事項を明らかにするとともに、会員助産師の開設する助産所の安全確保のために職能団体として行うべき医療安全研修の内容を明らかにした。

神奈川県歯科医師会の高津氏は、会員の歯科診療所が医療法で求められている安全管

理体制整備の状況を自己評価できるように、評価ツールと評価のための質問票を考案した。また質問に対する回答結果をレーダーチャートとして表示できるような仕組み考案している。このレーダーチャートは歯科診療所に限らず、一般診療所においても診療内容にかかわる部分を置き換えて使用可能である。

米国においても小規模医療機関の安全管理体制確保の問題は課題となっている。鮎澤氏の報告によると、JCAHOは、1975年に、それまで病院のみを対象にしていた評価プログラムに追加して、あらゆるタイプの外来診療を行う医療機関向けのプログラムを開始しており、その後2001年には外科的処置を行う診療所向けのプログラムを開始している。また診療所の安全確保のために「自己点検評価システム」と「医療安全に関する教育教材を」提供する仕組みを持った団体もある。このような取り組みは、日本の小規模医療機関の安全確保の上でも参考にできるものである。

村上の報告によると、英国のNHSはその取組において、質の良いケア提供の時間を生み出すための病棟業務改善プロジェクトを開始している。このプロジェクトでは、安全で効率的な医療提供のために、これまで習慣的に行ってきた病棟業務を改善して、生産性の高い安全なケアのための時間を作り出すことに力を入れている。これらの取り組みは、医療安全確保に向けた取り組みと同時に日本でも取り組んでいる、業務プロセス改善への動きに重なるものと考えられ、参考に出来る活動である。

小規模医療機関が、これらのカリキュラム案や資料を用いて研修を行うにあたっては、掲載している資料を改変して使っていただくことも可能である。各医療機関が実態に即した具体的な医療安全のための研修を実施し、日々の業務の中で医療安全行動を実践することが期待されている。それらの活動によって患者および職員の安全が確保され、医療現場の安全文化の醸成が図られるものとする。

なお、医療安全の取り組みは日々進化しており、医療に関する知識や技術・医療システムも進化している。現場で実施する研修カリキュラムには、そうした新しい情報が常に織り込まれていかなければならない。また、今後はITの普及により新しい研修の方法の検討も期待される。本研修カリキュラム(案)が現場の研修計画に役立つことと、また、今後のさらなる改善のための検討材料となることを期待している。

医療安全と中小医療機関での研修の取り組み

～小規模医療機関の医療安全研修カリキュラム(案)作成に当たって～

福永秀敏(国立病院機構南九州病院長)

医療安全を考える時、学問的には経験の蓄積と研究により毎年少しずつ進歩するだろうが、医療現場での安全対策にということでは、常に基本に戻り、飽きることなく何度も同じ研修を繰り返すことに尽きると感じている。

それは「人間は過ちをおかす」という性(さが)からどうしても抜けられないし、またいくら注意深い人でも時にエアポケットに迷い込んだかのようにうっかりする瞬間があるからである。おまけに昨今の医療現場での人の交替は激しく、院内の定期異動と新人の入れ替えを考えると、同じ部署で同じ仕事をしている人は数年でほとんどいなくなり、そっくり入れ替わる状況にある。このような新陳代謝の激しさに対応するには、きちんとしたきめ細かなマニュアルの整備と定期的な研修は欠かせないのである。

さて厚生労働省は主に大規模病院を想定して、平成 2006 年 4 月からの診療報酬改訂による医療安全管理加算を受けて、「医療安全管理者の業務指針および養成のための研修プログラム作成指針」を作成した(2007 年 3 月)。

ところが最近、中小医療機関でも大規模病院と同じように、さまざまな医療事故の報告が相次いでいる。2008 年には島根県でのクリニックでの血糖測定器使い回し事件、三重県の整形外科での点滴作り置きによる集団感染事件、そして 2009 年には東京の銀座眼科におけるレーシング術での大量感染事件などさまざまな事故が明るみに出た。

そのような背景もあって、中小医療機関を想定した医療安全教育・研修のプロトコール作成の必要性が生じたのである。それは昨年の報告書で長尾(分担研究者)も述べているように、数的には病院の 10 倍を超える診療所の医療安全を、大病院が終わったから次は中小の病院、あるいは診療所というスタンスではなく、地域医療を最前線で支えている診療所の医療安全の底上げなしには日本の医療安全は図れないというより積極的な意図による。国民の望んでいる医療の安全は、病院の規模や内容には関係ないことである。

1. 「トヨタ問題」からの教訓

今年に入って、「もの作り日本」の代表として全世界に質の高い商品(クルマ)を提供してきたトヨタの車に大量の不具合が生じ、またその後の対応の遅れなど情報公開の在り方に批判が高まっている。この問題の本質を考えると、質の安全と事後対応など、医療安全という視点からも教訓となる部分が多い。

一台のクルマは数千ともいわれる部品を正しい工程で組み立てることにより、正しく安全な作動を担保できるものである。もちろんクルマは完璧でも、運転する人の技量やさまざまな環境要因(道路であったり、気温など周りの状況)により、いつも安全に走行できるとは限らない。今回、トヨタ車で問題になっているのは、急速なグローバル化により部品の品質のチェックや性能、耐久性などの試験をおざなりにしてこなかったかということ、また社員教育、特に経験豊かなベテランの配置や「品質はいのち」というトヨタのよき伝統が海外の工場などの隅々まで行き渡っていたのかが指摘されている。

一方、もっとも問題にされているのが、「不具合情報の収集」と「事後対策のまずさ」である。トヨタは製造現場での品質「カイゼン」は得意としてきた反面、顧客の手に渡った後の品質情報の収集や分析が足りず、顧客の発する小さなシグナルを次の改善された設計へのフィードバックへの姿勢が足りなかったともいわれている。

医療安全対策の基本となっている、ヒヤリハットと報告の収集と分析、そしていかに迅速に対策をとるかという点では全く同じことになる。

また事故後の対応が、後手後手にまわった印象を世間に曝す結果となった。組織が大きくなると迅速な対応が難しくなるのは当然のこととして、「リコールには素早く対応し、「細かい反省は後でする」ことの基本を忘れてはならない。

経営トップの説明責任にも批判の矛先が向けられているが、この点に関しては「もっと早い段階で公式の場で、持ち得た情報を公表すべきであった」という意見と、「情報を十分に分析して、きちんと対応できる時点で包括的な対応がいい」という意見に別れる。ただ現在は、いのちに関する問題では、不安の解消のために消費者もメディアも迅速な説明と対応を求めており、トヨタの対応は遅かったといわざるを得ない。

今後の対応についてよく比較されることだが、松下電器の「石油ファンヒーター」問題で会社の対応が参考になる。テレビや新聞広告などあらゆる手段を使って、販売している全製品の一台まで回収するという姿勢と努力を世間に印象づけた。

病院も企業も、名実共に安全を第一としているという姿勢を世間に発信することは、この時代にあっては極めて重要なことである。

2. 古典的ともいえる医療事故が後を絶たない

最近、また古典的ともいえる、そして人命にかかわるような事故報道が目につくようになった。二つの事故をここで紹介するが、この種の事故は過去にも何度も痛い思いを経験してきたものである。知識不足や思い込み、確認不足、マニュアルの不履行など、複合的要因が重なって事故となっている。いつもどこでも、基本に戻ることの重要性を教えてくれる事故である。

今年(2010年)に入って島根県のある島の公的病院で、入院中の70歳代の人工呼吸器を付けた女性が「呼吸器が外れていて」死亡したとの報道があった。文脈から考えると筋萎縮性側索硬化症の患者さんで、かねて自発呼吸はない状況だったが、呼吸器は女性に装着されておらず、テストバッグに装着されていたという。

私が筋ジストロフィー研究班の班長をしていた平成11年から16年に、同様な人工呼吸器に関する事故はいくつかの病院から報道されていた。患者の体位変換や排尿や入浴などの時など、呼吸器の電源をオフにしないでテストバッグに付ける。すると呼吸器はそのまま普通に作動するため、つい患者のカニューレに装着することを忘れてしまう。

そこでマニュアルでは呼吸器の電源をオフにして、テストバッグに繋げないように改正した。もっとも患者のカニューレに付けることを忘れなくても、呼吸器本体の電源をオンにすることを忘れてしまっただけではどうしようもないことだが。最近の人工呼吸器は性能がアップして、睡眠障害にならないようにと作動音は極めて静かになっており、オンとオフでほとんど音は変わらない機種も増えている。

次も極めて古典的な医療事故といえる事例である。

ある公的病院で、結核後遺症など入院していた80歳代の男性が、経口摂取がままならなくなり中心静脈栄養(IVH)に切り替えていた。血液検査で血清カリウム値が下がっていることを確認し、主治医はアスパラK2アンプルを混注するように指示した。ところが経験一年目の看護師が指示内容の確認を怠り、IVHメインルートの側管から静脈注射してしまった。

事後の調査によると、医師から指示を受けたリーダー看護師は受け持ち看護師に指示内容と目的を伝えることになっていたが、リーダー看護師は他の看護師に指示を依頼し、当該看護師に正確な情報が伝わっていなかった。なおこの事例では、静注後に心停止になったが救命処置で速やかに回復し、2週間後には人工呼吸器から離脱し、呼吸・循環状態は事故発生直前の状態に復したという。事故の発生を完全に防止することはできなくても、事後の適切な対応で事なきを得た事例である。

3. 中小医療機関の医療安全研修とは

「はじめに」でも述べたように、2007年3月に示された「医療安全管理者の業務指針および養成のための研修プログラム作成指針」は、本来は大規模病院のみを想定した業務指針と研修プログラムではなかったが、結果的には専従の医療安全管理者が常勤している大規模病院で行える指針となっている。そのため、専従の医療安全管理者が常勤することの少ない中小の医療機関では、対応できる部分とできない部分がある。

ただ中小の医療機関と一口にいっても、昨年の報告書でも触れたようにその規模や診療内容は千差万別である。専門性に特化してハイリスクで高度な機能を担っている都市型のクリニックもあれば、ほとんど行わない施設もある。また歯科診療所や助産所なども含まれる。そのために研修内容も、基本プログラムとオプションを組み合わせたようなものが必要になってくる。

中小の医療機関の場合、開設者(施設長)の熱意や理解、方針により医療安全への取り組みは自ずから異なってくる。ただ時代を反映してか、中小の病院や診療所を基盤とする全国各地の医師会では医療安全対策に熱心に取り組み、講演会や研修会、発表会を行っている。私も昨年、鹿児島県医師会で講演したことがあったが、800人を超える参加者がありその関心の高さに驚いたことがある。またいくつかの診療所(歯科や産婦人科など)の医療安全への取り組みを取材したり、現場で実際に視察する中で、日常業務に繰り込む中での実践的な医療安全への取り組みを見聞できている。これらの優れた取り組みを、共有することも重要となる。

日常業務の中に医療安全や感染防止対策を落とし込む作業は、特に入院患者の場合にはクリティカルパスというツールを使用することで、時間や経費をかけることなしに有効に機能できるのではないだろうか。パスは職員間の情報の共有、また患者参加という点でも安全に期する部分が多い。リスクが高いと考えられる事象は、あらかじめパスの中に予防的に取り入れることで事故を回避できる。

また施設のトップは、医療安全はすべてに優先する課題であるという認識を持ち、職員の研修と安全文化の醸成により一層努めて欲しい。

また中小の医療機関では開設時に何らかの教育や研修が必要と考えるが、現在はほとんどなされていない。そして開設後も、定期的に保健所などによる安全や感染対策が正しく行われているかの監査も重要となる。

ただ中小の医療機関では、財政的にも人的にも貧弱な施設が多い。医療安全対策に対する正しい評価を行うとともに、財政的なバックアップや地域の基幹病院などとのネットワークを生かした連携体制の構築も必要になってくる。