

特 集

指導医として関わる医療安全

国立保健医療科学院 政策科学部 安全科学室長

相 馬 孝 博

2003年5月17日 新潟県厚生連医局会総会の記念講演として発表した演題「指導医として関わる医療安全」について、スライドを原稿として起こしてみました。患者安全が強調される昨今、改めて医療安全の面から院内組織を見直す参考にしていただきたいと思います。

キーワード：医療安全、患者安全、医療過誤の防止

表1. 企業体では、従来から品質 (Quality), 経費 (Cost), 販売 (Delivery), 安全 (Safety) が追及される。医療機関では特に安全性が重視され、対応しなければならない危険 (リスク, risk) には以下に記載した沢山の項目が含まれる：1. 患者安全、2. 法的 (訴訟を含む医療紛争)、3. 財務的 (経営)、4. 社会的 (医療廃棄物など環境影響やいわゆる風評被害)、5. 災害 (地震、火事)、6. 労災 (感染事故、労務管理) などである。今回は、狭義の患者安全に限定して述べた。また、部門別責任者としての医師が注意しなければならない医療安全についても詳述した。今回発表したスライドに沿って解説するので、後ろに一括掲載された図表より、該当する番号のスライドを参照しながら読んでいただきたい。

表2. 以下、A. 基礎知識 (表3~9)、B. 院内安全委員会と報告制度による「学んでゆく組織」作り (表10~21)、C. 医療安全のEBM (evidence-based medicine) (表22~27)、D. まとめ (表28~30) の順番に解説する。

A. 基礎知識 (表3~9)

表3. 戦後の医療は年代に沿って3つに区分され、医療供給側に重点のあるかつての「医療拡張」、「医療費抑制」、そして、医療需要側に重点を移した現在の「患者中心の医療 (patient-centered approach)、すなわち、評価 (evaluation) と説明責任 (accountability) と自己責任 (responsibility) と透明性 (transparency)」が問われる時代である。

表4. 医療安全が一般社会で認知されたのは、アメリカのダナファーバー事件、イギリスのプリストル小児病院事件、日本では横浜市立大病院手術患者取り違え事件が契機であろう。(各医療過誤の詳細に関しては文末注意参照) その後、1999年、米国医学会 (Institute of Medicine, IOM) はより安全な医療を

求めるための報告書を発表したが、その報告書のタイトルは「Too err is human: building a safer health system」であった (由来は古く、ギリシアのルキアノスに有るらしいが、18世紀の英国の詩人アレキサンダー・ポープ (Alexander Pope) の詩の一節「To err is human, to forgive divine. (過ちは人の常、許すは神の業)」に由来する)。過ちを犯すことを前提として、システムを見直そうということである。

表5~6. 日本においては、厚生労働省主導で、医療安全対策検討会議が設置され、中長期的かつ体系的な医療安全対策の基本的方針の策定が検討されている (詳細は医政局総務課医療安全推進室企画指導係へ照会)。

表7. 2002年4月、厚生労働省は、日本における医療安全に対する社会的要請に基づき、医療機関に対して、医療安全推進総合対策7項目を発表した。1. 安全管理指針の整備、2. 院内報告制度の整備、3. 安全管理委員会の開催、4. 安全管理の職員研修、5. 医療安全管理者の配置、6. 医療安全管理部門の整備、7. 患者相談窓口の設置。日本では、医療安全管理者は、いまだ病院管理者の諮問委員会責任者でしかない。が、医療安全管理者に相当する米国のリスクマネージャー (risk manager) は、経営幹部の承認の制限つきではあるが、職位規定書で明確に保証された職務権限を有する。その結果、自立した強権を有し、全病院の規模でのリスク同定・評価・対策、患者苦情処理、リスクに対する資金準備、医療訴訟時の弁護士との連携、職員教育、病院評価への対応、生命倫理 (脳死、蘇生しない基準) 判定への関与等を業務としている。

表8. 一般通念としての認容できる危険度 (リスク) について再確認した。

表9. 医療過誤の防止と対策を纏めた。

A. 院内安全委員会と報告制度による「学んでゆく組織」作り (表10~21)

表10. 院内での安全管理体制のまとめである。医療安全の組織構築には、組織骨格、システム (人事、会計、意思決定)、人材配置に分けて考えるべきであろう。

表11. 組織図のルールと作成の仕方は、主たるライン

部門としての、病院冠部(A)から垂直に連結されている事業の実行部門である外来・病棟・検査部・手術部(EFGIJ)と、スタッフ部門として、水平に連結されているライン部門の支援部門(医局会・看護部B、総務課・医事課CDH)を配置する。ライン部門は一般に事業部性組織の形態をとり、総合診療施設では、治療者側は部門主義に陥りやすい。安全管理委員会は、各部門別でなく組織横断的職種として、経営会議や他の重要な委員会同様に、上位のスタッフ部門(B)に設置されるべきであろう。

表12. 委員会は組織横断的であることが重要で、どのようにその専門職能を超えた組織横断的職能を機能することを保証することが求められる。

表13. 委員会の運営上で重要なことは以下の5原則である：原則1：目的は患者安全であり、責任は全職員であり、安全に問題のある(unsafe、リピーター、high risk person)医療従事者を特定し人材配置などの対応の仕組みを作ること、そして、この配置転換は医者も例外ではないこと、原則2：業務工程の改善においては、プロセス設計で人間の限界に配慮する、具体的には、記憶への依存を回避、制限と強制、人的監視への依存の回避、重要プロセスの簡略化、作業プロセスの標準化等、原則3：職員研修による有効なチーム機能を強化する、原則4：事前に安全を脅かす診療プロセスを検討・改善し不測の事態に備える、原則5：学ぶ環境を創造する、すなわち、どんなに些細なインシデントでも必ず報告してもらい改善の糧とする、その為には、懲罰としての始末書扱いにするのではなく、報告をしやすい環境が提供されなければならない。個人攻撃の無意味さは、リングルマン・ラタネの社会的怠惰理論(social loafing)に因ります。1913年のリングルマンの実験によれば、綱引きの実験では、綱を引く人数が増えるほど、全力で綱を引く人数が減少することが指摘されています。1979年のラタネも拍手の強さの実験で、拍手する人数が増えるほど、一所懸命に拍手する人数が減少し、5人を超えると個人の頑張りも半分以下にも減少することが指摘されています。チーム医療の充実には、手を抜く人を責めると有責者数に際限が無くになるので、手を抜き易いシステムこそ改善することが有効であることが理解されます。ただし、アクシデントに対しての責任は分散(diffusion of responsibility)されるべきであるが、誤った責任の分散「いわゆる民主主義的にみんなでやろう、誰もが責任者である」ということは、真の責任者が誰もいないということになる。誰かがやるだろうと思ってしまう、結局誰も何もしなかったということになる。責任者が責任をとらない、または責任者に問題解決能力がないと非常に危険な状態になる。これについては、ダナファーバー事件の決着が回答を与えているのかもしれない。責任者には強い指導力が求められそして強い権限が与えられる一方大きな責任が伴う。

表14~16. 危機は未遂状態の時はリスク(risk)と呼ばれ、実際に発生した時はクライシス(crisis)と呼ばれる。すなわち、クライシスはインシデントとアクシデントを含むこととなる。院内報告形式には

アクシデントレポート(incident report、ヒヤリ・ハット報告書)とインシデントレポート(incident report)があるが・・・練習問題として、別表の質問表「例題-報告すべきでしょうか、インシデントでしょうか、アクシデントでしょうか」に自問自答してゆくと、インシデントかアクシデントかの区別は困難であることがわかっていただけたと思う。

昔から、労災に関しては、ハインリッヒの法則が唱えられている：1件の大事故の背景には29件の中小の事故が潜在し、更に、その背景には300件のニアミスが潜在しているという。実際に、ダナファーバー事件後、ハーバード大公衆衛生学部職員による、ハーバード大付属のマサチューセッツ総合病院(MGH)とプリガム・婦人科病院(BWH)2病院の半年間の医療ミス264件を発見した。39件はアクシデントであり、他は小さなミスや投薬時のミスであった。参考までに、同時期における看護婦・薬剤師による医療ミス発見数は83件と、少なかった。重要なことは医療過誤になりかねない潜在的リスクをより多く発見報告することであり、結果的にシステムの改善に有用であることを自覚することなのである。

また、潜在的危険因子が顕在化(インシデント、アクシデント)するメカニズムはスイスチーズモデル(Swiss Cheese Model)の「多重防護壁の穴が貫通した時に事故が起こる」にたとえられ、システムに内在する無数の潜在的危険因子にたまたま小さな過誤が発生するだけでアクシデントとなりうる(図1)。皮肉なことであるが、図を見ると容易に理解できるが、仮により大きな過誤を犯してもアクシデントにつながらないこともあるのである。

表17~20. 院内報告書は、解析して、フィードバックすることが重要である。解析は、すべての原因から結果にいたる解析過程を魚骨の様に並べ、院内報告書(インシデントレポート、アクシデントレポート)用紙を問題点別にその魚骨の上に重ねてゆくことから始まる。解析後は、対策をその部門に最適なように指針をたて、実施することとなる。

表21. 指針は、その強制の度合いによりガイドライン、パス、マニュアルに分類される。一例として、誤薬防止としての対策とその有効性の一覧表を示した(誤薬防止一覧表を参照)。

B. 医療安全のEBM (evidence based medicine) (表22~27)

表22. 米国では、医療安全システムの他分野との研究・応用がなされている。

表23~27. 米国厚生省(AHRQ)より提唱されている内容を一部紹介する。

C. まとめ(表28~30)

表28,29. 「安全管理委員会・マニュアルに基づいて、職員がともに研鑽・評価し、患者への説明責任を負うことが重要である」という当たり前過ぎる程の結語となるのであるが、「仏作って魂いれず」の安全管理委員会が許されない時代であることを再認識し

ていただきたい。英国の詩人アレキサンダー・ポープも喝破しているように、To err is human, to forgive divine. (過ちは人の常、許すのは神の業)ではあるが、error (過ち)や mistake (誤り)が failure (取り返しのつかぬ失敗)にまで繋がらぬよう、日常の努力が必要であろう。

注意：過去の医療過誤の解説：

(1) ダナファーバー事件：

1994年、米国の3大がんセンターの1つであるハーバード大学医学部付属ダナファーバー癌研究所 (Dana-Farber Cancer Institute, DFCI) で、2例の進行乳癌症例に抗癌剤サイクロホスファミドを予定の4倍量投与してしまい、1例が死亡した。医師が過量処方、その処方に対する他の医師の確認サイン、薬剤師の見逃し、看護婦の見逃しが原因であった。病棟にはプロトコルが無いので、点滴した看護婦の責任はない。臨床試験を兼ねていたので、異常血液検査成績は臨床検査として保存されたが、患者カルテには記載されていなかった。1例は抗癌剤による心不全で3週後死亡し、他例は非可逆的心不全を合併した。抗癌剤過剰投与4ヶ月後、臨床試験データを整理していた職員がその過剰投与に気づき、所長と臨床部長に報告し、翌日家族に事実が伝えられた。関係した医師2名と薬剤師3名は配置転換され、院内原因調査委員会が編成され、委員長には学外のエール大がんセンター部長 (元国立がん研究所所長) を招き調査の公平を期した。5月目に報道され、州公衆衛生局への報告を怠っていたことより、外部査察を受けた。研究発表で多忙な高名な基礎研究者が経験のないまま臨床部長となっていたことも問題となった。施設幹部がリスク・マネジメント構築を怠ったとして、所長・常務・評議員・薬剤部長が解雇された。その後のリスク・マネジメントは、改善委員会への患者参加、スタッフの研修、部門別ミーティング、コンピューター管理による警告システム、中央管理室によるチェックを導入した。インシデントレポート提出の推奨は、「人は過ちを犯すものであり、医療ミスが起こっても故意でなければ責任を追究してはいけない。システムが悪いから過誤が起こるのである。そのシステムを改善する為にこそ報告が必要である。」に基づく。

(2) ブリストル小児病院事件：

1998年、乳幼児心臓手術の死亡率が異常に高いのに手術を継続した理由で、英国ブリストル病院 (Bristol Royal Hospital for Children, 英国イングランド南西部地域を管轄する United Bristol Healthcare Trust (UBHT) を構成する特定機能病院の1つ) で心臓手術を担当していた3名の医師を診療禁止とした。7年間に、D医師は38例のスイッチング手術 (大血管転位症に対する switch operation: 大動脈と肺動脈の入れ替え手術) を実施し、20例が死亡した。R医師は4年間に、15例の心内膜欠損症の手術を行い、9例が死亡した。これらの死亡率は通常の2~4倍と指摘された。英国では、政府が出資するナショナルヘルスサービス (NHS) が医療の80%を担当し、イングランド南西部では公費の小児心臓手術はNHSに属するブリストル病院に限定され、患者の両親はどこで自分の子供が心臓手術を受けるかの選択権はなかった。[100人位

の乳幼児がブリストル病院での心臓手術で死亡したのではないか」との抗議・報道や、手術を受けて死亡した子供や脳障害を負った子供の家族からの損害賠償請求が提訴された。ブリストル小児病院ではその後新たな小児心臓手術の専門チームが編成され、ブリストル小児病院で再開された。その後、大血管転移症『の手術死亡率は3-5%に低下した。

この事件後、英国胸部外科学会 (The Society of Cardio-thoracic Surgeons) は心臓外科部門を持つすべての病院に対して、外科医ごとの手術死亡率を報告するよう求め、平均よりも著しく死亡率が高い場合には、個別に詳しい調査が実施されることになった。

1998年の日本胸部外科学会の統計では、新生児の大血管転移症の手術死亡率は20%であった。岡山大学の佐野俊二教授は死亡率を3%と報告し、施設ごとに手術成績に著しい差があることを指摘し、「投量の差と医療事故の分岐点を引くことが困難である」(総合臨床2002; 51: 2831.)と述べた。足立は以下のように考察している『日本においても手術成績を公表することが求められるであろうし (現に厚生労働省に対して、主要な心臓手術実施施設はすでに手術件数と手術成績を報告済みである)、平均と比較して成績が著しく不良な場合には手術の中止が勧告されるであろう。医療担当者がそれを拒むことはできない。医療は患者、国民のためにあるからである。一方、著しく成績が不良な施設で手術をうけ、不幸にも亡くなった場合に、家族はどのような気持ちになるであろうか。今や手術成績を含む医療情報の公開と、結果についての責任を明らかにすることは、世界共通の流れとなっている。』(1)

(3) 横浜市立大病院患者取り違え手術：

1999年横浜市大病院において、一人の看護婦が、70才代男性と80才代男性の、心臓手術と肺手術予定の2人の患者を二台のストレッチャーに乗せ、手術室入口に搬送したところから事件が始まる。手術場受付での患者受け取りの際に患者を取り違え、そのまま、誤った予定手術が両者に施行されてしまった。術後、誤って心臓手術を施行された患者は、不整脈を発症し永久ペースメーカーとなり、5ヵ月後に予定の肺手術が施行された。誤って肺手術を受けた患者は11ヵ月後胃癌で死亡した。関連した医療関係者18名中6名が起訴された。事故後、病院改革委員会が設置されたが、その後も2件の医療事故が発覚した。すなわち、1. 消毒薬に内服薬のラベルを貼り患者に誤飲させた。2. 体内にガーゼ留置した。更に、その事実が半年後に公開されるなどその透明性にも欠けていた。以上より、取り違えの直接原因は患者確認の機会が複数あったのに上手く出来なかったことであるが、相互監視のみで、フェイル・セイフ機序のシステム構築が欠如していたと推論されている。

文 献

1. 足立秀雄. 『ブリストル病院事件』の衝撃.
http://www.jichi.ac.jp/ocvcs/adachih.htm
2. 相馬孝博. 安全管理からみた院内組織とその機能. 保健医療科学 2002; 51: 131-6.
3. 相馬孝博. 入院患者に対する誤薬予防システム構

- 築. 保健医療科学 2002 ; 51 : 194-8.
4. 相馬孝博. 観血的診療に対する患者安全方策の導入—中心静脈カテーテル (CVC) 留置関連項目を例とした問題点. 保健医療科学 2002 ; 51 : 210-1.

英文抄録

Medical safety by leading doctor as a specialist in guidance —Recent trend and new ground design for patient safety—

Room of Safety Sciences, Department of Policy Sciences, National Institute of Public Health

Takahiro Soma

I spoke on "Medical safety by leading doctor as a specialist in guidance" as a commemorative lecture on May 17th, 2003, and tried to make it an article to refer it at a review of patient safety in your hospital.

Key Words : medical safety, patient safety, patient-centered approach, risk management, crisis management, incident, accident, crisis, prevention of medical malpractice

(編集部より)

本文は相馬先生に許可を得、講演聴取及びスライドより原稿を起こしました。



図 1. スイスチーズモデル

表一覧

**指導医として関わる
医療安全**

2003.05.17. 厚生連 医局会 総会

国立保健医療科学院 政策科学部
安全科学室長 相馬 孝博

本日のトピック

- 基礎知識
- 院内安全委員会と報告制度
→「学んでゆく組織」作り
- 医療安全の EBM (米国)
- まとめ

医療の3つの革命

A.S.レルマン: ニューイングランド医学誌1988

1950	第1次医療革命 医療拡張の時代 病院急増・医師増加・医療の技術革新
1960	医療保険カバー拡大
1970	第2次医療革命 医療費抑制の時代 医療費急増: 国民総生産の 4→11%
1980	政府雇用主 支払い拒否 マネジドケア・前支払い制度 総額予算制・医療計画による規制・技術評価
1990	第3次医療革命 評価と説明責任の時代 <i>Outcome (Management) Movement</i> 公平性・満足性・適合性・適正価格・安全性

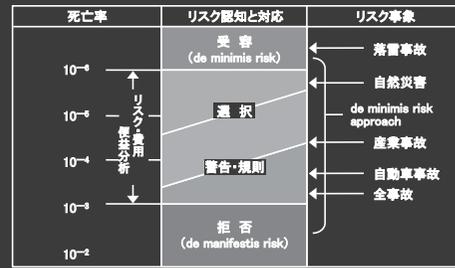
3

医療安全 比較年表

	<英>	<漢>	<書>	<日>
1995	ダナファーバー事件		医療事故賠償 研究発表	
1996	第1回アンヘルベルグ会議		質作業班 最終報告書	
1997	患者安全財団 NPSF 設立	フレストル小児病院事件		
1998	新庁連絡会議 QuJC 設立	A First Class Service		
1999	COM第一報告書 To Err Is Human			手術患者とり違え事件
2000	QuJC報告書(行動計画)	戦略計画 Organization with Memory Safety First	戦略計画 Safety First	
2001	COM第二報告書 Crossing Quality Chasm	行動計画 Building a Safer NHS	行動計画 National Action Plan	医療安全対策検討会議 患者安全年
2002	COM第三報告書 Leadership by Example			検討会議 報告書 安全管理体制の整備
2003	JCAHO戦略計画			

4

リスクの社会的需要レベルによる 経験的規制のアプローチ



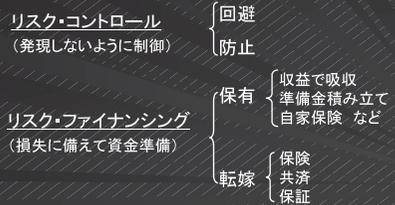
日本の医療安全対策



5

リスク・マネジメントの基礎知識

-----リスク処理方法の体系-----



9

報告書 2002.04. の概要

- 医療安全対策の基本的考え方 (組織管理と科学的根拠)
- 各主体の取組み方針
 - ・医療機関: 体制の整備と安全対策
 - ・医薬品医療用具企業等: 安全な製品の提供
 - ・教育研修機関: 安全に医療を実施する医療従事者の養成
 - ・国等: 環境の整備 (報告制度・第三者評価・相談体制)
- 国として当面取り組むべき課題

→ 厚労省ホームページからダウンロード可能

院内安全管理体制

機能させるには

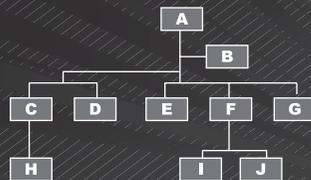
- ①指針 → 美辞麗句でない
- ②安全管理委員会 → 組織図中の位置
- ③報告制度 → まずルール作り
- ④職員研修 → (医師も含め) 全員へ

10

安全管理体制の整備の義務化

	特定機能	臨床研修	一般	有床診療	無床診療
平成14年10月施行	体制の整備	①指針	②安全管理委員会	③報告制度	④職員研修
平成15年4月施行	安全管理者	(電任者)			
安全管理部門					
患者相談窓口					

組織図の見方・作り方



箱: 組織ユニット(部署) 垂直線: 命令・報告関係

11

委員会とチーム

- **委員会**: 個人は、それぞれが属する部門の代表者として集まる。会議の内容は、各部門の意見の調整。
- **チーム**: 個人は、(出身母体が異なっても) それぞれの専門的知識と経験を持ち寄り、部門の代表者ではない。会議の内容は、個人の自由な発言に支えられ、部門の枠を超えることができる。

医療過誤の分類

米国空軍AFMCの試験研究 2001

- 過誤あり, 患者に達せず
- 過誤あり, 患者に達した, 何も起こらず
- 過誤あり, モニター必要, 障害なし
- 過誤あり, 要治療, 一時的障害あり
- 過誤あり, 要入院, 一時的障害あり
- 過誤あり, 重篤障害, 警告事象でない
- **警告事象 sentinel events**

会議の目的とやり方

1. 情報共有
フォーム・伝え方を揃える
2. 議論
議題(質問形式)は1週間以前に先渡し
集計結果をコピーしておく
3. 決定
事前に議論の内容を整理しておいてもらう
メリット/デメリット
利用資源 など

いかに参加する人の時間を有効利用するか

「報告」のその後は・・・

患者有害事象(アクシデント)
+
インシデント(ヒヤリハット)
↓
集計して分類するだけでは意味なし!

何らかの分析(RCA)とフィードバックが必須

症例を選別
→ みんな忙しいのよ

院内報告システム

個人の失敗を責めるのではなく、組織の失敗としてとらえる

起こったことから、予防策を考える。(反動的だが、具体的!)

- アクシデント(患者有害事象), とくに警告事象
- インシデント(ニアミス)

厚生省ヒヤリ・ハット事例収集分析は、始まっているが・・・

インシデント定義 (・・・実にアイマイ!)

- 事前回避
- 実施されたが患者有害事象でない

→ (練習問題) 報告すべき? インシデント? アクシデント?

分析方法の例 RCA 石川の魚骨法

根本原因分析 Root Cause Analysis;
数人の多職種からなるチームで、ブレン・ストーミング

米国 退役軍人病院(VA)による分類

医療事故と潜在的医療事故の定義

学術的分類	不可抗力や医薬品/輸血による副作用 (Non-malignant Adverse Event or Adverse Drug / Blood Reaction)	エラー(Error)		
		エラーによる医療事故 (Negligent Adverse Event)	幸運事例 (Not Intercepted)	発見・訂正事例 (Intercepted)
厚生省報告書	医療事故 (Adverse Event)	医療事故になる 可能性のあるもの (Potential Adverse Event)		
国立大学医学部 附属病院院長会議	アクシデント : (特に「医療過誤」)	インシデント		
米国の医療機関	事故	ニアミス (noninjurious error)		
		インシデント		

医師の報告はどうする?

T総合病院では、手術に定評のあるA部長とともに、若手B医師がチームを組んで働いている。B医師が執刀中、瘻管剥離を行っている時に、通常手術をはるかに上回る出血となり、ペデランのA部長と術者を交代することになった。

患者有害事象事例だろうか、報告すべき事例だろうか。

その後①術後通常の経過。
②輸血しなかったが造血剤を服用。
③輸血施行。
④入院遅延。
⑤死亡退院。

指導医の取るべき態度は？

T総合病院では、手術に定評のあるA部長の下、B医師がともに働いている。人間的にはA部長もB医師も申し分ない人柄である。患者Qさんに、術前の内視鏡検査をB医師が施行したが、たまたまうまくいかず、最終的には、A部長の助けを借りて終了した。手術の執刀医はA医師の予定だったが、Qさんは術前検査の時の恐怖から、是非A部長に執刀してもらいたい、と病棟病棟長に懇願している。

あなたがA部長だったら・・・

20

AHRQ推奨 感染予防関連7方策

1. 中心静脈カテーテル留置の際の囲い込み
2. 手術患者への抗生剤の予防投与
3. 中心静脈カテーテルの抗生剤コーティング
4. 尿道カテーテルの銀合金コーティング
5. 抗生剤の整理と使用制限

ほか

24

ガイドライン・パス・マニュアル

- **ガイドライン**: ある診療についてのエビデンスを集積し、有効性・実施のしやすさ・経済性なども考慮して、提示される診療基準。地域や年齢、性、基礎疾患などにより、異なるガイドラインが示されても不思議ではないが、分類が細かすぎると作成する意味がなくなる。半数以上の症例に適用可能であることが目標であり、すべての症例への適用ではない。
- **パス**: (ガイドラインをらまえ)、各施設における特性と、人員をはじめとする資源の有効利用などを勘案し、各施設の能力に応じて、カスタマイズ(特注)する工程管理表。目標は、ガイドラインよりは多くの症例への適用であるが、これもすべての症例には適用はできない。
- **マニュアル**: ある工程をたどる際に必ず守らなければならない手順を示したもので、最も「しほり」が厳しい。対象となった場合(症例)はすべてがこれに従うことになり、違反は許されない。

21

AHRQ推奨 手術関連9方策

1. リスク患者に対する「血栓性静脈炎」予防器具
2. リスク患者へのβ-ブロッカーの術前投与
3. インフォームドコンセントの内容を、患者さんに思い出して言ってもら
4. 重症術後患者への早期経腸栄養
5. 周期期の酸素投与
6. 多数例 施行施設への手術集申

ほか

25

米国 国家プロジェクト

医療安全システム開発に学ぶ



22

AHRQ患者教育ホームページ

医療事故を予防する20の秘訣

<http://www.ahrq.gov/consumer/20tips.htm>

- * 事故を防ぐためには、あなた自身も診療チームの一員となるべきです。
- * 医師が処方を書いたとき、それがあなたにも読めるかどうか確認しなさい。
- * 可能なら、あなたと同じ治療や手術が多く行われている病院を選びなさい。
- * 入院中は、あなたに直接手を触れるスタッフに、手を洗ったか聞きなさい。
- * 「もう少し何とか」というのは、必ずしもいいことではありません。

など

26

米国厚生省(AHRO)による情報提供例

題名: **医療をより安全に: 患者安全対策の批判的分析**
Making Health Care Safer: A Critical Analysis of Patient Safety Practice

手法: EBM手法による患者安全対策の批判的論評集

出版: Agency for Healthcare Research and Quality

作業: カリフォルニア大学サンフランシスコ校、スタンフォード大学 EBM実践センター

報告: 技術評価、科学的根拠報告43号、662頁 **2001.7.20**

内容: 第1部 第5部 方法論

第2部 報告関連

第3部 対策分野 45章 33分章

例 誤薬予防、転倒防止、院内感染予防、手術麻酔事故予防等

第4部 総合対策 5章

23

AHRQ患者教育ホームページ

手術を受ける前に聞く12のポイント

<http://www.ahrq.gov/consumer/surgery.htm>

- * どうしてその手術が必要なのか、
- * その手術の他に治療法はないのか、
- * その手術には、どんなリスクがありますか、
- * もしその手術を受けなかったらどうなりますか、
- * どこでセカンド・オピニオンをもらうことができますか、
- * その手術についてのご経験は、どのぐらいおありですか、

など

27

まとめ-1

指導医は病院全体を導く!

安全対策 アクションプラン

- 指針→具体的な目標を(いつまでに誰が)
- 安全管理委員会→議事録と参加者の公表
- 報告制度→分析と確実なフィードバック
- 職員教育→各種マニュアル作り

↑

医療安全は組織横断

28

まとめ-2

- 指導する=(自分の守備範囲を知り)ともに学ぶ
- 開示に値する診療録の作成(日々の地道な努力)
→患者に関わるすべての記載
状態・判断・方針・説明内容など=証拠の源
→入(退)院時サマリとともに 患者は入(退)院
- 過去も現在も未来も、**透明性と説明責任**

29

FURTHER INFO

1. 国立保健医療科学院: **保健医療科学**
医療安全 特集 (本日持参)
2. **病院** 2003年 6月号
相馬: 医療安全の国際動向
3. **インターナショナル・ナーシング・レビュー**
2003年 6月号
相馬: 医療の安全文化の醸成

30

別表 自己診断表

例題——報告すべき事例でしょうか、インシデントでしょうか、アクシデントでしょうか

1. 同じ病棟に、2人の鈴木さんが入院していた。看護師Pが、鈴木Aさんへの薬を鈴木Bさんに渡してしまったが、服用する前に患者さんが気づいて、薬は患者さんの体内には入らなかった。
2. 同じ病棟に、2人の鈴木さんが入院していた。看護師Pが、鈴木Aさんへの薬を鈴木Bさんに服用させてしまったが、(完全に体内に吸収された頃になっても) 幸い何も起こらなかった。問題の薬は、総合ビタミン剤だった。
3. 同じ病棟に、2人の鈴木さんが入院していた。看護師Pが、鈴木Aさんへの薬を鈴木Bさんに服用させてしまったが、(完全に体内に吸収された頃になっても) 幸い何も起こらなかった。問題の薬は、抗がん剤だった。
4. 同じ病棟に、2人の鈴木さんが入院していた。看護師Pが、鈴木Aさんへの薬を鈴木Bさんに服用させてしまい、問題の薬が、抗がん剤だったことが2時間後に発覚した。患者さんは、その事実を知ってから気分が悪くなって吐いたが、その後落ち着いた。
5. 同じ病棟に、2人の鈴木さんが入院していた。看護師Pが、鈴木Aさんへの薬を鈴木Bさんに渡してしまったが、服用する前に患者さんが気づいて、薬は患者さんの体内には入らなかった。しかし鈴木Bさんは、「ウチの兄もここで投薬ミスで死んだんだ。こんな病院は許せない。ぜったい訴えてやる。」と言っている。
6. 同じ病棟に、2人の鈴木さんが入院していた。看護師Pが、鈴木Aさんへの薬を鈴木Bさんに渡してしまったが、服用する前に患者さんが気づいて、薬は患者さんの体内には入らなかった。但し看護師Pは、職歴は長いが、このようなエラーをよく起こすことで、職場内では有名であった。

7. (院内安全管理委員会 委員長のあなたに) 応用問題

鈴木 B さんが服用した薬は、抗がん剤だったことが2時間後に発覚した。患者さんは、その事実を知ってから気分が悪くなって吐いたが、その後落ち着いた。鈴木 B さんは、「ウチの兄もここで投薬ミスで死んだんだ。こんな病院は許せない。ぜったい訴えてやる。」と言っている。そして、看護師 P は、職歴は

長いが、このようなエラーをよく起こすことで、職場内では有名であり、鈴木 B さんは、そのことも知っていたらしい。