
 シンポジウム

1. イントロダクション

(病理診断学)

司会 向井 清

医療安全に関する社会の関心が高まっている。医療過誤による死亡数が年間5万人近いという推計があり、医療に携わる者としては医療安全に真剣に取り組む必要がある。医療は密室性が高く、医師の宰領が大きく、患者から過誤ではないかということを出し出すことが難しい。また医療側では事故という認識が低く、自己防衛意識が強いということもあって、これまでは事故調査も十分に行われていなかった。本シンポジウムを東京医科大学の3病院に於ける安全管理の取り組みや、将来への課題について再認識することを目指して企画した。

2. 東京医科大学病院における取り組み

(安全管理室長)

○鈴木 衛

(安全管理室)

中野八重美、平山 陽示、大竹美恵子
山岸 和義、三浦 夕未

はじめに

当院は、一連の医療事故から平成17年の特定機能病院指定取り消しという事態に至るまでの厳しい現実を直視して、医療安全の確保を最重要課題として種々の取り組みを行ってきた。それらを紹介し、これまでの成果と今後の課題にも触れたい。

なぜ今医療安全か、その背景

医療安全に対する社会の関心の高まりを受けて、安全確保に向けて国の施策も急速に進んできた。国民の側からみた医療側の説明不足や情報開示不足が医療に対する不満の大きな部分を占めており、医療事故報道の増加や医療知識の向上とあいまって患者側の権利意識も向上してきた。以上から、医療に対する不信が募り、医療者側の信頼回復には医療安全の確保と向

上が基本かつ不可欠との社会認識に至っている。とくに、1999年の某大学病院での手術患者の取り違え事故と某都立病院での誤投薬事故が引き金になったといわれる。これを契機に日本の医療安全対策が国政レベルで大きく変化し始めた。2003年には厚生労働大臣から医療事故対策緊急アピールが呈示され、人、施設、ものの3つの柱を基本に医療安全を推進するための新たな取り組みが提案された。新たな取り組みの基本は、事故の原因究明による再発防止と患者・医療側間での情報共有である。これを達成するには医療安全に新しい考え方が必要で、それはヒトは間違えるものという認識と、個人の責任でなく組織やシステムの問題を検証すべきという認識である。

以上を社会的背景として、当院の安全管理組織がこの数年間行ってきた活動を、1. 情報と事例の収集、2. システム構築、3. 人材養成・教育という安全管理体制構築の三点から述べてみたい。

活動内容の概要

1. 情報と事例の収集

1) インシデント・アクシデントレポート

正確な情報の収集は、安全管理対策の基本であり第一歩である。すでに医療安全対策ネットワーク整備事業としてヒヤリ・ハット、アクシデント事例の医療機能評価機構への報告制度が設けられてきた。当院でもインシデント・アクシデントレポートが各部署から安全管理室に届けられ、分析されている。これについては別項で詳しく述べられるので省略する。

2) 事例分析対策検討委員会

2005年8月に発足した。重大事例が発生した後、可及的速やかに病院長、副院長、安全管理室スタッフ、事例に関わったスタッフと専門分野に近い医師数名でチームを組織し、検討会議を開くものである。目的は現場での事実確認と把握、時系列での情報収集である。これらの事実に基づいて発生原因を分析し、予防に役立てる。発生当座の情報を中心とする分析なので、後日判明する事実があればそれを基に再度会議を開催することもある。要点は正確な情報の把握にあり、いうまでもなく個人の責任を追究するのではなく、システムの見直しとチェックが主眼との観点に立っている。外部委員の判断を必要とする重大事例は、従

来どおり院長の判断で事故調査委員会に委ねることになる。

これまで9事例の検討を行った。参加して下さった方々の協力に感謝申し上げる。この会議を開くことが職場内の横のコミュニケーションを改善することにも役立ったと感じている。

3) 手術、死亡例に関する情報の収集

心臓事故の評価を踏まえて、手術の録画が2006年8月から開始された。対象は全科手術例で、映像は手術室のネット映像配信室で管理している。各科の専用パソコンで閲覧できるが、指紋認証によるログインを必要とする。重要な個人情報でもあるので映像のコピーは最小限にとどめることとしている。コピーには申請書と個人情報取り扱いの宣誓書が必要である。運用管理規定も設けられた。

術中出血量1,000 ml以上、または手術時間が予定の2倍以上となった例の自動的な報告システムも整備した。検討を要する例については担当医に問い合わせている。全死亡例の死亡診断書と死亡例報告書が安全管理室に提出され、死亡原因その他を把握できるようにした。

2. システム構築

1) 院内安全管理体制

2002年厚生労働省から呈示された安全管理体制義務化の4点セットとして、①安全管理指針の策定、②安全管理委員会の設置、③院内報告制度の制定、④職員の教育・研修がある。当院でもこれにならって、院長を長とする安全管理委員会他の組織が構築されてきた。

2002年、2003年の心臓手術事故調査委員会の指摘事項に、インフォームドコンセントや十分な説明の不足があげられていた。また、ご遺族から2005年7月に申し出のあった「東京医科大学への提案10ヶ条」にも患者相談窓口の設置が要望されている。これを受けて2006年から患者相談員を安全管理室に配備し、安全管理と相談機能の連携と一本化をはかることになった。

毎月約30件の病院利用者からの相談や苦情が相談窓口に寄せられており、これらはサービス向上委員会に提出され、各職場へフィードバックされている。苦情その他に真摯に回答するのも病院としての重要な責務である。2006年8月から、苦情、要望に対する回答を病院玄関正面のパネルに病院長名で表示することになった。ホームページにも掲載している。

2) CVラインセンターの設置

2003年、2004年のCVライン事故を契機にCVラインセンターとCVライン管理部会が設けられた。CVライン挿入のガイドラインを作成し、経験5年以上で経験数100例以上という指導医の認定制度が導入された。ライン挿入後の報告書の提出も義務化している。現在では、研修医1年目を除くすべての医師が講習受講と試験合格後に実施できることになった。

3) マーキングの実施

従前よりマーキングについての認識はあったが、各科で認識度や施行状況に差があり、病院全体の制度としては不十分であった。2003年の人工内耳手術の左右取り違い事故を期に徹底した制度とすることになった。これについては別項で詳しく述べられるので省略する。

4) 各種マニュアル、ガイドラインの改訂と整備、急告発信

医療安全管理マニュアルはいうまでもなく、抗がん剤投与マニュアル、感染症対策マニュアル、医療情報開示ガイドラインなど各種のマニュアルやガイドラインがそれぞれの委員会で整備され、配布されている。医療安全に関するとくに重要で急を要する通達は、急告として赤い封筒で各部署に送付し、受領すれば安全管理室に返信することになっている。

5) 病状説明書の作成

確実なインフォームドコンセントによって患者との良好な関係を築くため、医師患者双方で署名する「病状説明書」を作成した。

6) 急変時対応の整備

各科外来、病棟にAEDが設置され、全職員のBLSコース参加が奨励されている。最近1年間に、看護師がAEDを活用し救命しえた事例が2例あった。

7) 第三者評価委員会の設置

理事長の諮問を受けて2006年6月に発足した。当院の安全管理対策について調査し、適正に行われているか否かを公正中立な視点で評価することが目的である。6名の外部有識者の方々から構成され、当院の安全管理のあり方や今後の方向性について大変有意義な示唆が提示されている。病棟業務の実際も見学して頂いた。

8) 他大学との連携

他大学との連携によって安全管理システムを強化する試みもある。2006年1月に発足した、私立医科大学医療安全推進連絡協議会がそれである。医療安全を

推進するために各医科大学間で情報を交換し、医療安全構築に生かすのが目的である。2006年11月から、チェックシートを使った各大学間の相互チェックが計画されている。医療安全管理の他流試合ともいえる試みで、意義あるものと考えている。

3. 人材養成と教育

医療安全に関する職員研修としては、安全管理室と卒後臨床研修センターが毎週火曜日に主催する「院内研修会」が定着した。また、全職員を対象とした医療安全に関する諸分野の研修会が行われている。とくに1年に3回の安全管理研修は必修と位置づけており、8月の医療安全メモリアルデーもこの一つである。研修会に欠席した職員にはビデオ上映会を設けて、全員が研修できることを目指している。

医療安全は学生時代から教育し、常に意識下においておくことが重要である。卒前教育では、2003年から発足したカリキュラムにおいて種々の医療安全教科が設けられた。第1学年の「生命倫理学」、「患者と医師」、「医学入門」におけるCOML(医療人権センター)スタッフによる「患者の立場」、法律家による「医療安全」、さらに「病院エスコート実習」、「看護実習」があり、低学年から医療安全についての意識が高まるよう工夫されている。3-4学年ではさらに実地に即した教育プログラムが組まれている。

今後の課題

現代の医療提供者は、政府の医療費抑制策、先進各国に比して格段に少ない医療スタッフ、国民皆保険制度などの枠内で、きわめて窮屈で自己犠牲的な医療活動を余儀なくされている。これに拍車をかけるのが医療利用者意識の向上と事故報道の増加であろう。これらの逆風の中、当院の全職員は医療の質と安全の維持に向けて懸命の努力を行っている。今後安全管理をさらに改善するためにいくつか課題があげられる。本シンポジウムで討論されたことも踏まえて述べてみたい。

まず、病院の基盤が揺るがない安全管理体制を確立する必要がある。事故はいつか起こるものであるが、有害事象を最小限にとどめ、その影響を組織に残さないシステム作りが求められる。安全管理担当部門の充実と職員の専任化があげられる。当院が第一目的とする良い患者サービスの基本は安全であるが、業務上両者が時間的に競合する場合問題となる。

つぎに、医療の質の確保、すなわち quality control

(QC) がある。院内でQCを行うことも考えられるが、3病院間で相互にQCチェックすることが早道であり、職員間の意識向上にも役立つ。それと関連するが、研修会の重要な内容や通達事項が全職員に行き渡っていることの検証が必要である。これには、医師側でいえば医局などの各部署で連絡と通達が密に行われなければならない、医療、とくにチーム医療の基本でもあるコミュニケーションの確立が必要と思われる。学生時代からコミュニケーションの重要性を認識し、その技法を習得する必要がある、卒前教育の役割は大きい。

いわゆる安全管理には職員自身の安全管理も含まれる。職場・労働環境を改善する必要があるが、これには診療体制全体の見直しが求められる。また、患者の安全を守ることが医療者側の安全をも保障することにつながるという認識が一人一人の意識を高め、結果として医療安全が全員で構築されていくことが望まれる。

謝 辞

このような有意義なシンポジウムを企画頂いた、向井清、名和肇両先生に感謝します。

3. Safety Control of Tokyo Medical University Kasumigaura Hospital

(Safety Control Office Director of Kasumigaura Hospital)

(Validating Committee for the Quality of Medical Care, Kasumigaura Hospital)

○ Kunio YANAGITA

(Validating Committee for the Quality of Medical Care, Kasumigaura Hospital)

Kaoru YAMAZAKI, Makoto SAITO

(Director of Kasumigaura Hospital)

Takeshi MATSUOKA

Key words :

Quality in Healthcare, Collection of information, Sharing information, Verification

Abstract

The awareness of whether an event is a complication or a medical accident varies according to each clinical