



神戸大学医学部附属病院の医療安全管理体制の現状 と今後の課題（〈特集II-2〉医療事故）

江原，一雅

(Citation)

神戸大学医学部神緑会学術誌, 20:59-62

(Issue Date)

2004-08

(Resource Type)

departmental bulletin paper

(Version)

Version of Record

(JaLCD0I)

<https://doi.org/10.24546/81007824>

(URL)

<https://hdl.handle.net/20.500.14094/81007824>



特集Ⅱ-2——医療事故

大学病院，医師会，行政における取り組み

医療事故や医事紛争の現状とその増加要因は何か、又それ等を如何にして減らすことが可能かについて、(1)特定機能病院、(2)一般病院・診療所、(3)国の行政、(4)地方行政の種々の立場から、その取り組みについて述べて頂いた。

医療行為が行なわれる限り、医療過誤や事故を根絶させることは不可能かもしれないが医療システムの改革、即ち医療安全管理体制の確立、安全対策や教育の充実がその改善に有効であろう。主体的には医療従事者は、常に緊張感を持って患者に接すると同時に、患者の立場に立った診療を進める。さらに行政的立場より医療器具・薬品の安全性向上、万一事故発生時には、患者への支援体制の確保が欠かせない。御一読をお願いします。(編集部)

特集Ⅱ-2——医療事故

神戸大学医学部附属病院の医療安全管理体制の現状と今後の課題

神戸大学医学部附属病院 医療安全管理室副室長 兼 総括リスクマネージャー
江原 一 雅 (50年卒)

I. 附属病院医療安全管理システムの構築

本院において、医療事故防止に最も早くから熱心に取り組んでいたのは看護部であったように思う。1996年頃よりヒヤリハット報告の収集・分析が行われていた。その頃のヒヤリハット報告書を見ると、自由作文形式で反省文に過ぎない報告も多々あったと聞く。その後、報告書はチェック方式を取り入れ、統計的な分析も可能となったが、かえって問題点が見えにくくなった点もあったようである。しかし、病院としてはシステムティックな安全管理体制からは程遠いものであった。

2000年に横浜市立大学の患者取り違え事故が起り、医療事故が社会問題として大きく取り上げられるようになった。大学病院に対し医療事故防止のための委員会の設置、マニュアルの策定が求められた。守殿貞夫病院長、佐古正雄病院長補佐のもと医療事故防止委員会、専門委員会が出来たのは、2000年5月である。委員会によりマニュアル策定を開始し、医療事故防止マニュアル第一版が出来たのは2000年9月のことであった。

2000年10月に中村肇新病院長就任されたその矢先

に、本院で大きな医療事故があり大きく報道された。中村病院長、丸尾猛副病院長の陣頭指揮のもと、迅速に事実を公表し対応したため、致命的なダメージを受けずに難局を乗り切れたと思う。危機管理室を病院長室に設置し、全部署からのヒヤリハット報告を病院長室にFaxで受け、医師、看護師、医事課長の3名の総括リスクマネージャー、事務部長、病院長、看護部長などが病院長室に集まり毎日11時30分よりヒヤリハット報告の検討を行い、院内の問題点を把握する作業を始めた。2001年2月に報告システムはオンライン化されたが、毎日の病院長室での検討会は現在も続けられている。

2001年4月に国立大学に専任のリスクマネージャー(池上峰子看護師長)が配備され、国立大学附属病院長会議の下部組織として国立大学病院医療安全管理連絡協議会の設置、専任リスクマネージャー研修、外部評価として大学間相互チェック(図1)などが始まり、安全管理体制は飛躍的に進歩した。院内においても、あらゆる委員会に看護師など複数の職種が参加することにより、透明性の確保や職種間の連携の向上がはかれるようになった。また、2002年2月の新しい第一病棟の完成を機にPHSによる緊急連絡システム(図2)



図1 医療安全のための大学間相互チェック：
名古屋大学と合同チームを組み、九州大学を訪問(2003年11月)。右から西口工示薬剤部リスクマネージャー、江原、瀬崎静男医療安全担当専門職員(現係長)、根木昭医療安全管理室長、高橋京子専任リスクマネージャー、藤岡恭信医事課長、左側は名古屋大学のスタッフ。

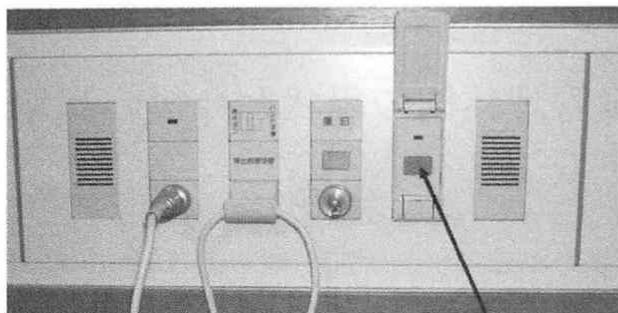


図2 ベッドサイドの院内緊急連絡システム

を導入した。2002年9月には医療安全に関する米国視察団がミネソタ大学病院とマサチューセッツ総合病院を訪問した。

中村病院長の時代は、システムの整備が急務であり、病院長陣頭指揮のトップダウン方式がとられたが、2002年10月から横山光宏病院長となり、委員会方式での合意形成に重点がおかれ、より透明性が増した。2003年3月にはPCオーダー端末からのヒヤリハット入力システムが整備されハード面でも改善された。しかしなお安全対策を職員全員に徹底することは困難であり、2003年10月、11月と大きな医療事故を経験した。

II. 神戸大学の医療安全管理体制の特徴

図3にフローチャートを示す。常設の部門として、医療安全管理室があり、副病院長の根木昭教授が室長、専任リスクマネージャーとして、高橋京子看護師長、総括リスクマネージャーとして江原副室長、長谷川泰子副看護部長、藤岡恭信医事課長の3名、他に瀬崎医事安全担当係長、医療安全管理室会議の委員として診療科の実務責任者、中央診療部門の副部長クラスから数名が任命され、毎日医療安全管理室ミーティングを開き、また月1回の安全管理室会議にてインシデントの検討会を検討し安全対策を中心に活動している。ヒヤリハット報告は平成15年度には年間2094件に増加し、そのうち、医師は11%、看護部が73%、薬剤部が8%を占める。また、安全管理体制を統括するものと

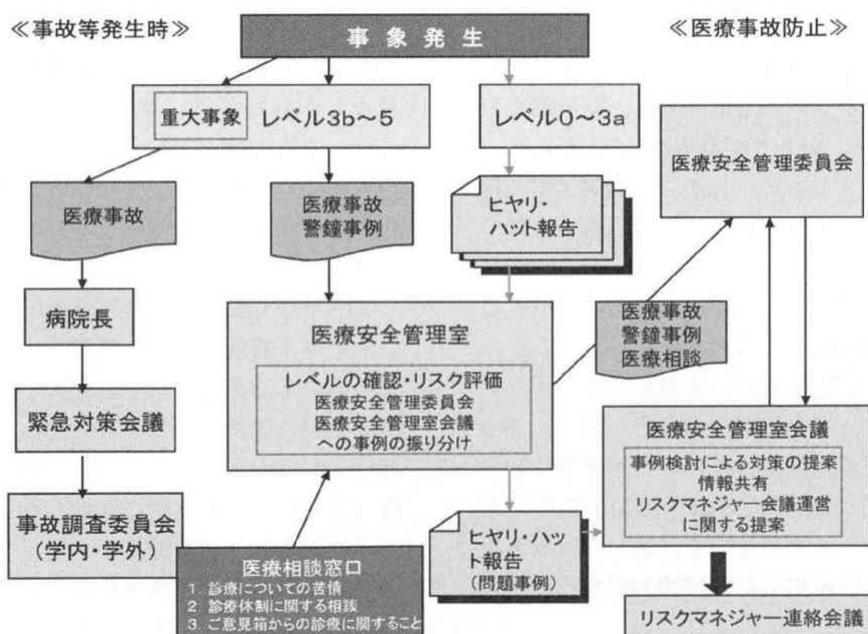


図3 医療安全管理体制と報告のフローチャート

して、病院長を委員長とする医療安全管理委員会があり、医療事故を含め、重要な事項は全てこの委員会に報告される。また、各診療科、病棟、外来、中央診療施設には部門の実務責任者をリスクマネージャーに任命し、それぞれの部署における医療安全活動の中心となっている。このように、インシデントの報告を毎日医療安全管理室で検討し、迅速に対応できるシステムになっているのが最も大きな特徴である。さらに、重大な事例については病院長を委員長とし、看護部長や専任リスクマネージャーも含めた緊急問題検討会議が直ちに開催され、過失の有無、医療事故に該当するかどうか、報道公開するかどうかの判断、医療調査委員会の人選など迅速に決定される。

しかし、医療安全活動には、ヒヤリハット報告の検討だけでは不十分である。患者さまからの診療上の意見やクレームなど医療相談窓口に入った事例も検討事項に加えている。特に、クレームに対し、迅速、丁寧な対応をすることにより、医事紛争を少しでも減らせないかと考えている。さらに「深部静脈血栓症・肺塞栓予防のワーキンググループ」や、「Basic life supportと除細動の院内講習会(図4)」を積極的に医療安全管理室や安全管理委員会が支援することにより、医療事故の予防活動や初期対応の教育にも力を入れている。職員の教育としては、本年度から今まで個別に行われていた、「医療安全」、「感染制御」、「輸血セミナー」の講習会を一本化し、職員必須講習とした。さらに曜日を変え、2ヶ月間に同じ内容のものを4回行い、全職員の出席が得られるよう様々な工夫を行っている。

Ⅲ. 2003年10月、11月の医療事故の教訓

本院において、2003年10月にインスリン誤投与、11月に中心静脈カテーテル挿入中の事故という2つの大きな事故が起こった。直ちに報道公表し、謝罪するとともに、外部委員を含めた医療事故調査委員会を立ち上げた。調査委員会の報告書も報道機関に公表したが、最も大事なことは、調査委員会の報告を受けどのように改善計画を実行するかである。

調査委員会ではいくつかの提言がなされたが、その一つ、薬剤名の略号での記載の禁止については、12月の全リスクマネージャーによる院内相互チェックにより、使用状況を調査するとともにそれらの集会で徹底をはかった。インスリンの調剤時のエラーを減らすために、インスリン専用注射器の使用を徹底した。これにより単位の計算を不要にし、1ml以上の誤った投与は防止可能となると思われる。また、当該部署では、夜間点滴ラベルが発行されないなど、いくつかの医療情報システムの問題点も指摘されたが、具体的なシステムの改善計画が出され、段階的に改善する予定である。

一方、中心静脈カテーテル挿入中の事故については、まず、カテーテル挿入操作の安全性をより高めた手順の見直しが行われた。医療用具の問題点については、メーカーに報告するとともに厚生労働省に医療用具安全性情報の報告書が提出された。使用説明書の改訂の院内周知方法の見直しが行われた。また、インフォームドコンセントの問題点については、さらに、中心静脈カテーテル挿入に関するわかりやすいイラスト入りの説明文書を作成した。また、昨年12月の病院機能評価機構受審に際し、院内のガイドラインが作成されたが、その実施状況を本年の6月医療事故防止月間の院内巡回項目に組入れ点検を行っている。

Ⅳ. 今後の課題

医療安全活動は、いわば病院の守りの部門にあたり、大変重要ではあるが、直接収入にはつながらず先端医療などと比べ日頃注目されにくい部門である。将来的にはハーバード大グループや、大阪大学のように、医療の質の監視や、EBM、パス、ガイドラインを組入れた前向きな活動を組入れるのも一つの方法かも知れない。また、京都大学や東京医科歯科大学などのように、医療経営企画の一部門として病院の中の中核機関として独立させる方向性も考えられるが、現在の人員



図4 第1回 Basic lifesupport と除細動の院内講習会

や予算ではあまりにも非力である。

医療機関の職員は欧米に比べ病床あたりはるかに少ない職員数で精一杯がんばっていると思う。特に大学病院は特定機能病院として重症患者が多く、医師、看護師などスタッフはきわめて多忙である。一方、薬剤

の副作用や医療用具の不具合による障害については救済システムがあるが手術など診療行為に伴う合併症については患者救済の方法は訴訟以外に無い。自治体や医師会で取り組んでおられるところもあるが、社会として救済するシステムの確立が望まれる。
