

## 病院運営

### 医療事故防止 — 当院における取り組み —

副院長 瀧本昌俊

#### 結 言

平成11年1月に報道された横浜市立大学病院の患者取り違え事故以来、マスコミに大きくとりあげられた医療事故の主なものは、同年2月に東京都立広尾病院で起きた消毒薬誤注事故、同3月北海道小樽の市立小樽病院での消毒薬誤注事故、同年7月に愛知県西尾市の市立西尾市民病院での関節形成手術中のドリルによる外腸骨動脈切断事故、同11月の国立循環器病センターにおける心臓手術の際の心筋保護液調合ミス事件などである。新聞などマスコミの論調はますます医療機関に対し厳しいものになって来ている。

一連の状況のなかで、久保田院長は、このような事故はどの病院でもいつでも起りうるものだという危機感を強く持たれた。人間はミスをおかしやすい存在であるが、事故が起こった時に、個人に責任を負わせて処断することによって解決するのではなく、むしろ病院全体で取り組むことによりミスが起き難い環境を作ることが必須であると考えられたのである。

#### 医療事故防止対策委員会、 組織図、委員会綱領

平成11年度初めに病院全体としての事故防止の取り組みが開始された。院長の強い決意が病院を挙げての取り組みの原動力になったが、また我が病院では看護部での過去の苦い経験から看護部中心の事故防止対策が研究されてもいた。6月23日に最初にひらかれた会議の主な議題は、事故防止対策の基本方針についてである。この会議では、院長の助言によって、日本医師会医療安全対策委員会が平成10年3月に日本医師会会長あてに出した答申「医療におけるリスク、マネジメントに

ついて」および厚生科学研究の一環としての「患者誤認事故防止方策に関する検討会報告書」付属参考資料1. 2. 3. を参考にすることが話し合われた。そのなかでもとくに「医療事故予防対策の提言」七項目を重視することとした。その七項目とはイ) 医療事故および紛争に関する情報収集体制とその組織の確立、ロ) 院内に事故報告体制等の組織を整備する、ハ) 安全対策マニュアルの作成と徹底、ニ) 医療現場の意識改革、ホ) 医療職の労働条件の改善、ヘ) 生涯教育、啓蒙活動にリスク、マネジメントを導入する、ト) 医学教育、医師養成のあり方に対する提言、である。この提言のうちイ)、ロ)、ハ)、ニ)、ヘ) を参考にして「医療事故防止対策委員会」を立ち上げ実際の活動をしていくことになった。また報告される事故の分析には上記の厚生科学研究の参考資料にある方法を応用する方針である。病院全体として取り組んでいくための組織作りも協議された。各職域毎にテーマと目標を持ち、独自のマニュアルを持つような、現場毎の委員会をつくる。各現場毎の委員会をコーディネイトする上部組織としての全体委員会を作ることにした。

組織として医療事故防止対策委員会のあるべきすがたとして次の点があげられる、イ) 管理者(院長)の強い意思を反映した全病院的体制であること、ロ) 現場どうしの密接な連絡体制が保たれること、ハ) 関連の有用な情報が職員全員に素早く伝達できる体制であること、ニ) 事故を個人の責任に帰したり、犯人探しに終始しないで、組織の問題として捉える姿勢、ホ) 医師が積極的に参加すること(大事なことであっても実際にはなかなか実現しない)、などである。これらの事項を考慮して表1に示すような組織図を作成し、

この組織図に沿って運営を進めていくこととした。  
表2に当委員会の設置要綱を示す。

表1

医療事故防止対策委員会組織・役割

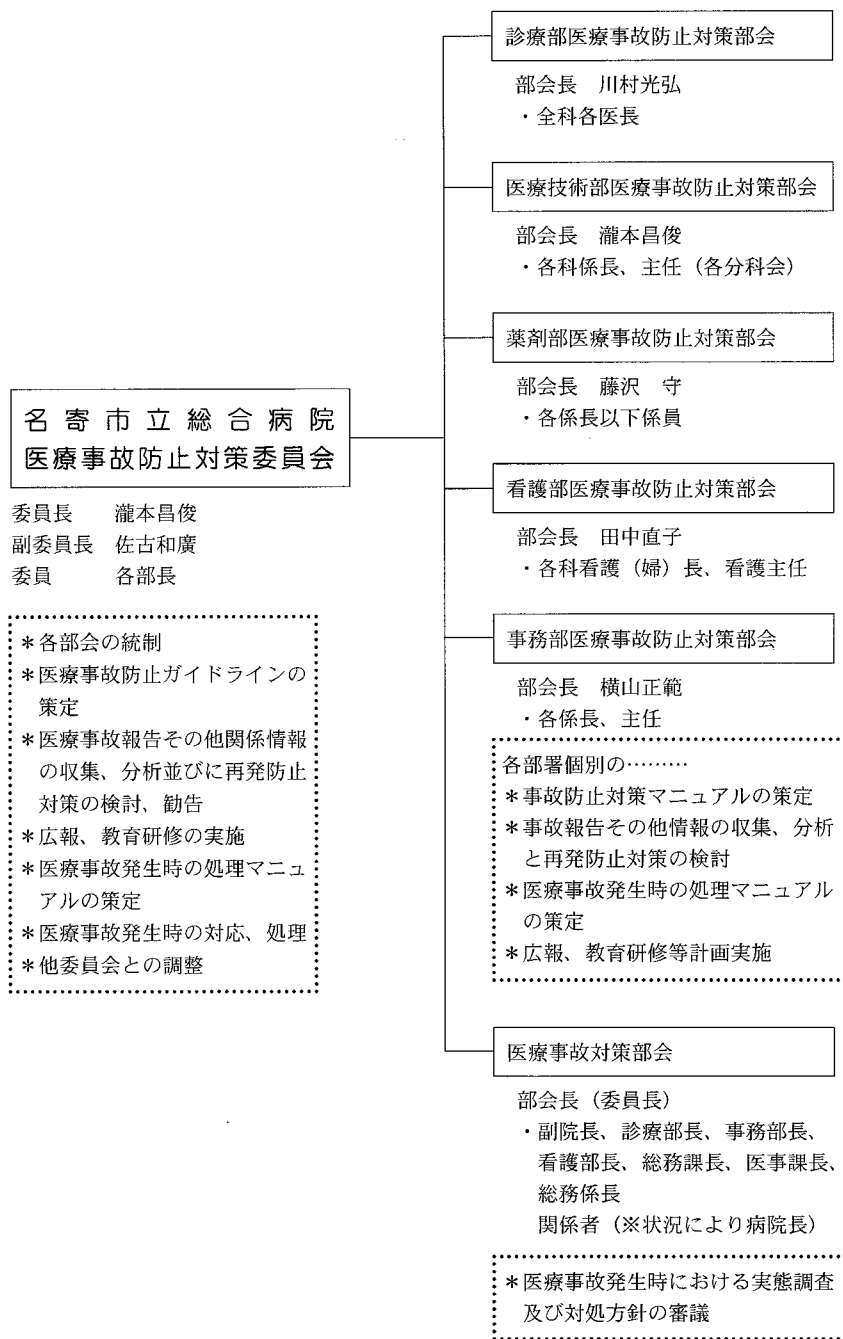


表 2

## 名寄市立総合病院医療事故防止対策委員会設置要綱

### (目的及び設置)

第1条 名寄市立総合病院（以下「病院」という。）における診療業務に関わる全ての医療事故の未然防止と発生時の処理を円滑に進めるため、名寄市立総合病院医療事故防止対策委員会（以下「委員会」という。）を設置する。

### (所管事項)

第2条 委員会は、病院内の医療事故防止のため、次に掲げる事項を所管する。

- (1) 医療事故防止ガイドラインの策定
- (2) 医療事故報告その他関係する情報の収集、分析並びに再発防止対策の検討
- (3) 医療事故防止に関する広報並びに教育研修の実施
- (4) 医療事故発生時の処理マニュアルの策定
- (5) 医療事故発生時の対応、処置
- (6) 関連する院内他委員会との調整
- (7) その他医療事故防止に関すること

### (組織)

第3条 委員会は、次に掲げる者をもって構成する。

副院長、診療部長、医療技術部長、薬剤部長、看護部長、事務部長

- 2 委員長は副院長をもって充て、副委員長は委員長が委員の中から指名する。

### (会議)

第4条 委員会は、委員長が招集し、これを主宰する。

- 2 委員会は、4月、8月及び12月に定期開催するほか、委員長が必要と認めるときは、各部会との合同会議を含め随時開催するものとする。
- 3 委員長が必要と認めるときは、委員以外の者を委員会に出席させ、意見を聞くことができる。

### (部会)

第5条 委員会所管事項に関し各部署に適合した医療事故防止対策を推進するため、各部署に医療事故防止対策部会（以下「各部会」という。）を置く。

- 2 各部会は、委員長が指名する部会長及び関係する職員をもって構成する。
- 3 各部会の会議は、必要に応じ部会長が招集し開催するものとする。
- 4 部会長は、会議の審議結果等について、文書をもって委員長に報告するものとする。

### (委員長の職務)

第6条 委員長は、委員会を代表し、会務を統轄する。委員長に事故あるときは、副委員長がその職務を代行する。

### (事務局)

第7条 委員会の庶務は、事務部総務課において行う。

### (委任)

第8条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は委員長が別に定める。

### 附 則

この要綱は、平成11年4月1日から施行する。

## 各医療現場での具体的取り組み、 それぞれのマニュアル

各職域毎に作られた委員会の最初の会合が持たれ職場の特性に応じたマニュアル作成作業が始められた。各医療現場で既に作成されたマニュアルは以下の通り。

看護部「看護過誤、医療過誤防止マニュアル」、薬剤部「調剤過誤防止対策」、リハビリテーション科「医療事故防止対策マニュアル」および「医療事故発生時の処理マニュアル」、臨床工学科「臨床工学科業務 事故防止マニュアル」、3階西病棟「3階西病棟事故防止マニュアル産婦人科編および新生児編および小児科編」、環境汚染対策委員会「感染性事故発生時処理手順」、臨床検査科「医療事故防止対策要綱」、放射線科「放射線科医療事故防止マニュアル」。

マニュアルを作ることは、それぞれの現場でど

のような事故が多かったかを振り返り、それを防ぐためにどうするかをみんなが考える作業である。このことが、出来上がったマニュアルそのものよりも大切なことかも知れない。

## 事故レベル分類

院内で起こる事故は多種多様でいわゆるインシデントと呼ばれる‘未然’の事故から、患者に重大な被害をもたらす事故までである。事故の性質によって、瞬時に病院全体の対応が必要なものと、そうではないが事故の記録を蓄積していつそれを分析して対応策を打ち出していくものがある。それらのことを考慮して表3に示すような事故レベル分類を作った。今後の経過から実際の運用上本当に使い勝手の良いものなのかどうか、trial and errorの原則をもって作り変えていく必要がある。

表3

事故レベル分類 名寄市立総合病院	
<b>レベル1 患者の身体に危害がおよんでいないもの</b>	例：検査検体患者名の取り違い、レントゲン撮影の名前の取り違い、点滴をする患者を間違ったが事前に気がついた、MRI室に血圧計を持ち込んだ、妊娠初期のレントゲン撮影（放射線被曝量10mSv以下）、針刺し事故。
<b>レベル2 患者に軽度～中等度の危害が及んでいるもの、またはその可能性のあったミス</b>	例：転落転倒事故で傷（軽傷～中等症）、点滴・注射の薬を間違えた（軽症～中等症）、投与量を間違えた（軽症～中等症）、薬の投与経路を間違った（症状軽度～中等度）、点滴漏れで皮下腫脹、皮膚潰瘍、酸素吸入ルートがはずれて呼吸困難が増強、中心静脈ルートの自己抜去、カテーテル感染、PTCDチューブや心嚢チューブを間違って引き抜いたあるいは自己抜去、開腹術後ガーゼやドレーンを腹腔内に置き忘れた、患者同志の暴力事故、ベッドの柵に挟まれた、湯タンポによるやけど（軽傷～重傷）、調剤過誤（無症状～中等症）。
<b>レベル3 死亡事故または患者に高度の危害が及んでいるもの、またはその可能性のあった高度のミス</b>	例：経口投与すべきものを間違って静注、消毒薬を間違って静注、異型輸血（無症状のものも）、開腹手術後チューブ、ドレーンの置き忘れ（障害重かった）PTCDチューブや心嚢チューブを間違って引き抜いたりあるいは自己抜去（障害が強かった）、調剤過誤の結果として血圧の異常下降や低血糖、転倒・転落で頭部外傷や骨折、注射によりショック、転倒、転落で頭蓋内出血後重い後遺症。

## 医療ミスの報告

事故報告は医療事故防止の要めであり、当委員会基本方針の最も重要な部分である。いわゆる「ヒヤリハット」といわれる実際には事故にいたらなかったミスも含めて細かいミスを漏れなく報告することが大きな事故を防ぐ意味で重要と考えられる。当院で使用している事故報告書を表4に示す。平成11年に報告された件数は114件である。例にもれず、当院においても看護部のものが多いが実際には他の職域にも発生している。最近になり他の現場からの報告も見られるようになってきた。これらの報告を整理・分析し再発防止対策を打ち出し、現場にフィードバックしている。

## マスメディアで報道される 医療事故情報の収集

新聞などで報道された医療事故を「医療事故情報」としてコピーしたものを主に月曜日朝の連絡会議で紹介しファイルしている。現在まで22号が収集された。

## 院内における教育

いままでの教育活動としては、院外からの講師による講演が主である。市立札幌病院近藤ときえ婦長による「医療事故と看護過誤」、前名寄警察署長久滝克広氏による「交通事故と医療事故」、吉田京子前名寄短大教授による「医療過誤、看護過誤防止対策」や、田中直子婦長担当講習会「継続看護研修。(安全に看護をすすめるために)」などがもたれた。事故防止のための教育活動は、職員の事故防止の意識を常に維持させるために、ある程度の間隔を置いて定期的に且つ継続的に行う必要がある。

## 医事紛争に対する対策

医療事故防止対策と医事紛争に対する対策は車の両輪であり、いずれも欠かすことはできない。ささいな事故でも訴訟などの重大な紛争に発展することがあるので注意を要する。どのような状況が紛争に発展しやすいのか充分研究する必要がある。一般論として医療不信を生じさせないために、医療側と患者側のコミュニケーションを充分にとれるようにすることが大事であろう。患者の不

安・不満を読み取ってそれを吸収する人間関係を築くこと、医療スタッフ間の言動の不一致や患者に対する不適切な言動を厳重に防ぎ、分かりやすい説明と患者の納得、などが重要な条件である。当院においては幸い、医事訴訟の経験が少ない。しかし、患者からのクレームの処理の良い方法、紛争化防止のために知っておくべき法律知識を院内に普遍的に広げる、などの課題が残っている。

## まとめ、今後の展望

昨年(平成11年)当院は日本医療機能評価機構による病院機能評価を受審し、評価の基準を満たすことが認定された。そのなかで医療事故防止対策に関する内容もいままでになく詳しく審査されたようである。病院機能評価を受ける取り組みそのものが医療事故防止の意識をたかめるためにおおいに役立ったと考えられる。幸い、われわれの病院では医療事故防止対策についての改善点ないし留意点は指摘されなかった。しかし、医療事故は病院の防止対策の厳重さをもってしても完全に防ぎきれものではない。そのことを認識することも大事なことである。医療事故防止のための我々の取り組みはまさに緒についたばかりである。

事故対策において先進的な航空業界においては、「ヒューマンファクター」という概念と知識が安全で効率的な航空機の運用の実現のために応用されているという。ヒューマンファクターの意味は、「環境の中で生きる人間をあるがままにとらえて、その行動や機能、限界を理解し、その知識をもとに人間と環境の調和を探索し、改善すること」である。

このような考えを医療の現場に取り入れていくことは決して絵空事ではなく、むしろ現実的緊急の課題であろうと思われる。

表 4

院 長	副院長	副院長	診療部長	診療部長	部 長	課 長	係 長	係	所 属	部 長	課 長	係 長	医事課長

平成 年 月 日

( ) に係る報告書

病 院 長 様

事故レベル	1	2	3
-------	---	---	---

次のとおり ( ) が発生したので報告いたします。

① 報 告 者 (当 事 者)	所 属		職 氏 名		印		
② 発 生 日 時	平 成 年 月 日 ( 曜 日 ) 午 ( 前 ・ 後 ) 時 分 ごろ						
③ 発 生 の 場 所							
④ 当 事 者	職 員			患 者			
	職 氏 名			氏 名			
	S 年 月 日 生 ( 男 ・ 女 ) ( 歳 )			M・T・S・H 年 月 日 生 ( 男 ・ 女 ) ( 歳 )			
	ID 番号	受 診 科	科 ( 休 入 別 )	ID 番号	受 診 科 科 ( 休 入 別 )		
⑤ 発 生 の 状 況							
⑥ 発 生 後 の 対 応 ・ 処 置 状 況							
	関係者への報告	所 属 長	時 分	関係医師	時 分	当直婦長等	時 分
⑦ 産 業 医 師 又 の は 所 担 見							
	診 察 時 間			時 分	医 師 氏 名	印	

(注) 各関係必要事項欄について記入すること

経 過 状 況	検 査 中		関 係 機 関 へ の 報 告			経 過 観 察 中		完 結
	1次	2次	公 災	保 健 所	そ の 他 ( )	1次	2次	

[添付資料名]  2表  3表  4表  診断書  発生状況  現認書又は事実証明書  その他

・各所属長等の記録

⑩ 当 事 者 の 記 録	
	氏 名 <span style="float: right;">印</span>
⑪ 所 属 長 の 記 録	
	氏 名 <span style="float: right;">印</span>
⑬ 所 属 部 長 の 記 録	
	氏 名 <span style="float: right;">印</span>
⑭ 特 記 事 項	
	氏 名 <span style="float: right;">印</span>