

出
席
者

高橋 正己（埼玉協同病院事務次長）

根本 節子（千葉健生病院総師長）

中村 建（代々木病院薬局長）

伊藤 里美（王子生協病院検査課課長・東京民医連検査部会長）

棚本 隆（大田病院臨床検査課技師長・東京民医連検査部会事務局長）

司会：石塚 秀雄（研究所主任研究員）

司会 先般、第1回医療事故問題座談会を行ない、



その様子は機関誌『いのちとくらし』第12号へ載せております。第1回目は総論的に話を進め、特に新井賢一先生は薬の問題を強調されておられました。本日は第2回目ということで、医療の現場のなかで、具体的

にリスクマネジメントや安全対策委員会といったものがどういう考えでどのように機能しているのか、実際にどういう効果を持っているのか、また、それぞれの個人・集団・組織がこの問題にどう取り組み、どんな問題があるのかということについて、ざくばらんにお話ししていただきたいと思ひます。

それでは、最初の口火を、医療事故・過誤問題への取り組みについて高橋さんをお願いします。

● 医療事故のヒューマンファクター



高橋 埼玉協同病院の事務次長をしております高橋と申します。私はトラブル・紛争になった場合の担当をしております。3年前に協同病院に異動となり、2年前から担当しています。だ

からといって法律を専門的に勉強してきたのかといえばそうではなくて、日夜悩みながら顧問弁護士の先生と相談して対応しているところです。

本日は埼玉の規定を三つほど持ってきました。これは埼玉県連全体のもので、医療事故紛争などの対応マニュアル、医療・介護の安全管理に関する基本方針です。過誤や事故・ミス・トラブル・過失といった用語の規定や、事故のヒヤリ・ハットを0～5で分類しています。ヒヤリ・ハットの分類は厚生労働省による一定のものがあり、全国的に同じだとは思ひます。これらに基づいて実際に対応するわけです。埼玉県のなかでは、手術に関わるものなどがありますので、やはり埼玉協同病院が一番多くなります。事故のレベルによっては管理会議を召集して対応方針を決めています。

司会 全体的な対応の枠組みを示していただきありがとうございます。さて、事故の当事者は看護師が一番多いのではないのかと思ひますが、そういうお立場から事故の問題点や看護師の責任、



その他のスタッフとの関係など、事故発生 of 具体的なメカニズムについて根本さんをお願いします。

根本 千葉健生病院で総師長とリスクマネージャを兼務しております根本と申しま

す。

なぜ看護師がニアミス・事故の当事者の中で一番多くなるのか、そこの所を話したいと思います。看護現場が一番ニアミスや医療事故の発生が多いところですが、なぜかといえば、私たちの仕事は3交代あるいは2交代で勤務をつないで24時間、患者さまのお世話をする仕事であることと、医師の出した指示の最終実施者が私たち看護師であることが多いからです。では、今看護現場がどうなっているかですが、「忙しい、入院制限を」「介助が必要な患者さまが増えて人を増やすないと患者さまの安全が守れない」「やりがいが無い」などの悲鳴が聴かれます。患者さまの高齢化や医療の高度化、在院日数の短縮化に伴い看護が追いつかない現状です。見ていてあげたい、患者さまの声をもっと聴きたい、また痛い所をせめてさすってあげたい、といろいろな思いがありながら、出来ない悔しさを抱えながら毎日走り回っています。患者さまがコールを押しても即対応できない、患者さまも遠慮してコールを押さず転んでしまう、そのような実態の中で事故は起こります。なぜそうなるのかですが、看護師の配置の問題があります。千葉健生病院は全て急性期病棟、一般病棟入院基本料1群1で看護配置は患者さま2名に対し看護師1名の配置です。しかし夜間は患者さま20名に看護師1名です。20名の患者さまを1人の看護師が看ている、命を守っていくには限界です。そのような看護労働実態の中で看護師が悲鳴をあげ、せっかく看護師になったにもかかわらず辞めていく事態が起こっています。看護協会が「2004年病院における看護職員需給状況調査」結果概要を出しました。それによりますと一般病棟入院基本料1群1を算定し、平均在院日数が14日以下の離職率は13.9%と平均より高い数字がでています。

またもうひとつ、医療機器の問題もあげられます。同じメーカーの機種でも10年以上たったものを修理に出しますと、部品がなく修理できないと返ってきてしまいます。例えば同じメーカーで同じ輸液ポンプなのにいろいろな機種が混在してしまい、使い勝手が少しずつ違う。ここにミスが発生しやすくなる。このような器械を扱うのも看護師ですから覚えたり、注意したりという負担も大きいです。

司会 9月下旬に神戸で第7回全日本民医連学術運動交流集会がありました。発表のひとつに、医療機器には新旧型が混ざっていて、機器の取り扱いにかなり不安を持っている人がいる。その不安を持っている人が新人に取り扱いを教えなければならない。別の機器が入ってくる場合、1台1千万円くらいするので一度に全部取り替えられないという、医療機器の問題についての報告がありました。

いまお話にありましたように、人手不足と医療過誤というのは密接に関わりがあり、その矛盾が看護師さんのところに集中的に現れているのだと思います。機器や注射器やチューブといったものの事故の事例も多いと思いますが、中村さんの方から注射事故防止対策を踏まえてシステムの見直しという点についてお願いします。

中村 代々木病院の中村です。私は東葛病院で7年間薬局長を務めておりまして、この6月に移ったばかりです。330床から150床の病院となりましたが、同じく薬局長をしています。また医療安全対策委員をずっとしておりましたが、代々木では安全対策委員会の事務局長をしています。今回の座談会からも学べるかなと思って参りました。



私の書いたもの（「注射事故防止対策—システムの見直しから—」『民医連医療』No.369、2003年5月号）にも少しありますが、先ほど看護の事故発生が多いとありました。しかし私はそうは思っておりません。やはり人数がぜんぜん違います。先ほどの東葛病院では職員が400人おります。うち200人が看護師です。その看護師が関わるそれぞれのミスについてのミス・トラブル報告書やヒヤリ・ハットの提出件数は多くなりますが、個人別にみると看護が多いわけではない。むしろ医局が全然上がってこないの、そちらの方が多いのではないかなど、そうしたことの方が問題ではないかと思います。

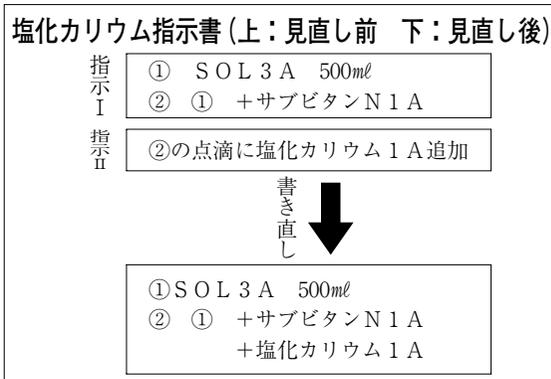
以前、東葛病院では川村治子先生という厚生科学研究費を使って医療事故のことを調べた先生に講演をお願いしました。やはり事故は人と人の絡

まりあいでは生じるもので、集中力があるときは10万分の1くらいしかミスは起こさないそうです。しかし集中力が欠如したときや例えば二日酔いなどのときには、千倍くらいに事故が増えるのだそうです。ヒューマンエラーのファクターが非常に大きいわけです。医療は細かなプロセスを踏んで患者さんへいろいろなことを行なっています。千などという数のプロセスはすぐに経てしまう。そうすると1日に1～2個くらいはミスをしてしまうのではないかということになります。

また、医療事故というのは基本的に未知ではなくて、ほとんどが既知です。やってはいけないと分かっていることを、ついやってしまう。例えばカリウムの誤注にしても、ワンショットで静注すれば患者さんが死んでしまうだろうというのは、基本的に看護師さんはみな知っていることです。それなのに、そんな事故が立て続けに、この2年間で民医連でも2件、日赤など他の医療機関を入れると4件も起こっている。基本は未知のものではなく、見かけ上の原因が些細で、些細であるがゆえに見落としや誤りが生じやすいので起きてしまうということです。

ここにお持ちしたのは、注射器と輸液のラインです。これは代々木病院で採用しているものです。いままでは塩化カリウムを注射するときは、アンブルから注射器に採って、患者さんのお名前を書いてワゴンにたくさん並べて運んでいました。医師の「カリウムを追加しなさい」という指示のときには、輸液の原液に追加することになっていたのですが、この間起きた事故では原液ではなくラインの側管から入れてしまっているのです。カリウムのワンショット静注というわざわざ針を刺すイメージがありますが、そうではありません。たくさんのお患者さんがいるなかで、カリウム剤がそのなかの1本として入っていて、患者さんの下へ持っていったときに本来ならば輸液に混ぜなければいけないのを側管から入れてしまうという単純なミスなのです。こうした医療事故を減らすのがシステムの改善ということになります。

例えば、東葛病院で行ったシステム改善は、カリウム追加の指示を書くときに、いまつながっている輸液にカリウム追加という指示を書かないことにした。これはシステム見直し1つ目の「指示の書き方」(図参照)です。しかし、まだこれだ



けでは看護師さんは入れてしまうこともあるかもしれない。そこで、システム見直しの2つ目の注射器に新しいデバイスを採用するようにした。またカリウムを輸液型の100mlになっている製品を採用しました。これではカリウム原液を静注することは出来ない。また代々木病院は注射器型で専用のシリンジをつなげるものにしました。専用シリンジは腕に打てるようなものではない太い針なので、単独では患者さんに打てない。いずれも絶対にカリウム製剤をワンショット静注しないというシステムを目指して生まれてきたわれわれの改善なのです。

こういう改善は病院によってまったく違います。いまだ三方活栓を採用しているところもありますし、直接注射針で追加するところもある。これらは個々の病院の判断になるかと思います。いまの例はカリウムだけになりますが、医療行為のひとつひとつの分野に関して積み上げていく必要があるかと思っています。

また薬に関してあとひとこと追加をさせてもらえば、事故の発生は薬が非常に多いのです。だいたい3分の1は医薬品が関与している医療事故となっている。これは、ひとつは薬の投与方法が非常に多様化してしまったということにあるかと思っています。例えば毎日食後に飲ませるのが当たり前だったのに、週1回だけ飲ませる薬などが増えてきています。リウマチの薬にもありますが、それを間違えて毎日飲ませて、骨髄抑制不全で死んでしまったという例が、民医連ではありませんが実際にあります。また抗ガン剤の投与が圧倒的に10年前と比べて増えています。10年・15年前と比較すると、いまの医薬品の採用数そのものも増え、使い方も非常に多様化している。こうした点は看護

師さんに相当協力していただかないと、薬剤師だけががんばっても薬による事故は決して防げないだろうと思います。また先ほどの輸液ラインひとつを見ても病院のラインが何を採用しているかで医療安全対策というのは変わってきます。したがって現場で他職種との連携が取れるかという点が重要なポイントになると思います。

司会 良いお話をありがとうございました。ひとつ質問ですが、先ほどの器具が病院によって違うというのは民医連の中で違うのか、民医連以外の病院と違うのでしょうか？

中村 民医連の中でも違います。例えば同じ法人ですが東葛病院と代々木病院では採用している輸液ラインは違います。医療安全に対する考え方もそれぞれ変わってくるのです。システムの問題は薬だけでは解決できないことになります。

司会 民医連の中で同質化しようというような動きはあるのでしょうか。

中村 それは難しいですね。規模や歴史、経営に関しての違いが難しい原因です。

根本 塩化カリウム（KCL）については警鐘的な事例を示して解決法とともに安全情報を出しているのですが、接続法を変える・確認するなどだけではなく、コストの問題もあります。そもそもラインがつながらないような器材に変えないと防ぐことはできないのではと思います。改善策を考えるとどうしてもいままでのやり方の延長線上で物事を考えてしまいますが、効率性・機能性・利便性とかありますが、安全対策で大切なのは、なにより安全性から議論を出発させることが重要ではないかと思います。またメーカーとの連携、メーカー同士の連携も必要だと思います。

中村 ちなみに注射筒から入れられる方式は感染対策上からいっても非常に有効なのですが、150床程度の病院で年間1,300万円のコストアップになります。ものすごく高いので、代々木病院の管理委員会でもそうとうに議論をしました。それだけのコストアップは数億円を売り上げて割に合わないかたちになります。

根本 A材料、B材料というのがありまして、A材料は診療報酬からお金を頂けるのですが、医療はB材料が占める割合が大きく、これはほとんど病院の持ち出しになるのです。ですからコスト計算をして病院としては選択していくことになりますが、経営の問題が出てきます。

司会 コスト問題についてはあとで触れていただくつもりでしたが、先に出てきました（笑）。伊藤さん、検査の責任者というお立場から、いろいろと問題点をあげていただければと思います。

● ヒューマンエラーとシステム化

伊藤 王子生協病院の伊藤と申します。いま検査部会で患者誤認の問題についてどんな対策を取っているのか、各院所の取り組みなどのアンケートを取っているところです。診療所から大きな病院まで対象はいろいろと聞いています。



検査は、患者さんとは検査のときにしか顔を合わせませんので顔を覚えていくということはありません。それではどう確認しているかという、リストバンドで確認し、お名前を患者さん自身に言っていただくとか、そういうことをたいていの院所で採用しています。

院所ごとで取り組みはいろいろで、館内放送で患者様を間違えないようにご自分でお名前を言ってくださいと訴えかけたり、同姓同名の方にはカルテに写真を貼ったりという参考になる取り組みも見られました。特に電子カルテを採用しているところでは、この1年間、患者誤認はほとんどないというので興味深く伺ったところ、ご本人がIDカードを持って回られ、受付のところでそれを確認してから検査をするので誤認がないそうです。逆に診療所では入院する方があまりに少ないので、病室から検査室に下りてきたさいにパジャマでその方とわかる、などとありました。これは後々問題があるとは思いますが、経験からいろいろな対策をされているということがわかりました。

さきほどヒューマンエラーのお話が出ていましたが、やはり思い込みがいっぱいあるという気が

します。検査では検体があって、お名前と検体とで検査を施行するわけです。実際のところ書いてある名前が1字違っていたり、ID番号の数字が1つ書き間違えていたりということを確認しないで、そのまま検査するときミスにつながっている。そうしたミスは検査のなかでも多く、ちょっとした確認ミスの積み重ねがあったときに何が起るのかを考えなければいけないと思います。ヒューマンエラーについても、何回も同じようなミスを繰り返す人がいて、「きちんと自分ではできているつもりだったけれど、やはり間違えてしまいました」と言われてしまったことがあります。それはなぜでしょうと尋ねたところ、本人曰く「体調が悪かった」そうです。体調不良の報告はなかったのですが、そういうことを訴えもせず自分なりにできると思っていたらミスにつながったということがあり、どうすれば良いのかと思ったこともあります。

中村 みんな、熱があっても働きますからね。

伊藤 そうなんですね。

司会 さきほど中村さんがおっしゃったように、ミスの連鎖的つながりで結果的にミスになるということなののでしょうか。柵木さん、いかがでしょうか。

柵木 大田病院の検査課の柵木と申します。検査室は相手が患者さんだったり検査材料だったり、両方で間違いが起こる可能性というのはあります。検査室でも患者様の誤認というのを何回かやっています。リストバンドをつけていただいているので、名前をリストバンドで確認し、名前を名乗っていただくようにマニュアル上ではなっています。しかし、忙しいなどでたまたま抜けてしまうことがあるんです。マニュアルはあったのにできなかったことで患者さんを間違えて検査してしまう。そういう事例を見ていくと、やはり細かなことの積み重ねが事故につながる、という気がします。



また検体は名乗ってくれないのでシステム化するようになっています。検体ラベルにバーコードが付いていて、1人の患者様に1つのバーコードで検査して機械で読みとるようにしています。しかし、例えば最初のところで検体に検体ラベルを貼り間違えたりすると、機械は正しく読みとってくれても人為的ミスで最後まで間違えたまゝいってしまうことがあります。検査室ではそうした検体の仕事のところは、なるべく人手を介さないシステムにしています。しかし人の手が掛かるところのミスはゼロにはならないですね。

司会 皆様に一言ずつ話していただきましたが、患者が原因で起こる事故というのものもあるのでしょうか。

● 多い転倒・転落事故

根本 看護の仕事には医療上の診療の補助と患者さんのお世話があります。患者さんのお世話のところでは一番多い事故が転倒・転落です。これには内的要因と外的要因があります。患者要因は内的要因にあたります。内的要因は例えば患者さんが脳梗塞や四肢麻痺、耳が遠いとか目が見えないとか、認知症があるなどです。外的要因は水があつて滑ったとか、段差があるなどです。

しかし看護のなかでは、先ほど言いましたように夜間配置は20対1、多くて20対2ですから、転倒・転落は減らせないと思っているところがあります。これは全国的な調査で明らかなのですが、昼間よりも看護要員が少ないところ、例えば深夜帯の朝6～8時に一番転倒・転落が起きている。この時間帯は2対1の看護要員がいないわけです。転んでいても見つけることができなくて行ってみたら転んでいたということが多くなります。必要などころに人手があれば発見が早くなりますし、介助によって転ぶのが少なくなると思います。転倒・転落は病室内で排泄のさいに転んでしまったというのが一番多いので、朝6～8時というのは目覚めて排泄する時間にあたります。これは予測がつくことです。この時間に看護要員が増やせて、看護行動につなげられれば少しは減るかと思えます。

また患者さん自身に、自分が転びやすくなって

いることを理解していただけるかどうかで変わってきます。千葉健生病院では10~12月に転倒・転落月間というのを設けようとしていて、職員と患者さんにアンケートをやっているところです。急性期の入院で廃用症候群は作られるといいますし、お年寄りには3日寝ていれば、以前のように歩くには1週間くらい戻る時間がかかります。そうした自分の体をどれだけご存じか、学んでいただけるようにするのも私たちの役割です。

あと療養上のお世話と診療の補助がもうひとつの私たちの仕事なのですが、先ほど中村さんがおっしゃったように診療の補助の中では与薬事故（内服・注射・点滴）が一番多くなっており、報告数の約3分の1を占めます。与薬事故を減らすためには最終的なセーフティネットとして患者さまの協力が大事になります。患者さまにお名前を名乗っていただくなどです。またリストバンドも患者さまにお願いして付けさせていただいています。

中村 転倒・転落に関しては人間の尊厳の問題もありますね。たとえ末期の癌患者であっても、最期まで排泄行為、トイレくらいは自分でやりたいというのが人間心理であるわけです。医療のなかでわれわれがどれだけ受け止められるかですね。逆にいえばきちんと対応すれば減らせるのだという確信を医療従事者が持っていることが大切だと思います。

それからリストバンドの件は、うちでもなかなかできていないです。これはやらなくても、そもそもほとんどができていますね。別にリストバンドを見なくてもベッドの上にお名前が書いてあったりしますし、いままでなかったものが業務基準のなかに急に入ってきたわけです。リストバンドの確認が医療ミスが減らすということで業務基準に入った以上、徹底させる責任が職場責任者にはあるわけで、きちんと徹底させなければミスは減らない。「時間もなし忙しいし」という状況がどこの病院にもありますが、結果的に患者誤認を起こして誤った医療行為を間違った患者に行うという最大要因になっていますので、決めた以上は守るか守らないか、の問題ですね。

根本 確認のことですが、リストバンドを確認す

るのは人間です。どこの病院でもリストバンドの導入、目視による確認とそこまではいっていると思いますが、人の目で確認する限り、守れない、徹底できないというのはずっと続くと私は思うのです。機械の確認にしない限り、ダメなのではないでしょうか。

高橋 さきほど電子カルテで検査のさいのバーコードの話がありましたが、リストバンドにもバーコードを入れて、読みとらないと次のステップに進めないというシステムを導入しないとダメですね。しかしこれを導入するには、またお金のかかる話になってしまう。

中村 実際に電子カルテ導入と同時にやるべきことだと思いますね。しかしその前の段階が抜けているのも事実ではないかと思うのです。人の目で確認する作業自体が、リストバンドが導入された病院では不十分なんだと思いますね。

根本 患者さまの確認では、最近プライバシーの問題がありまして、「病室やベッドサイドにネームプレートの掲示をしないでほしい」という患者さまがいらっしゃいました。病院の基準になったものですから病棟師長は困ってしまって、リストバンドだけはしてもらって、夜の注射のときに眠っていらしても起こして名前を名乗っていただいて良いかなどを一つ一つ確認して、その方はリストバンドだけになりました。プライバシーの問題が重視されるようになると病室に名前をかけることはなくなると思いますから、何らかのかたちで機械化などをしないと対応しきれなくなる。でもこれもお金がかかることです。

● 増えるマニュアル、追いつかぬ対応

司会 リスクマネージャーの仕事はどのへんが一番大変なところでしょうか。民医連では「民主的集団医療」と言っており、医療事故や過誤の問題にもそういう気持ちであたっていくことになると思いますが。

中村 一番大きいことは業務基準のなかで事故を防ぐシステムが何重になっているか、ということ

だと思えます。例えば患者誤認の防止にこちらから呼びかけて「はい」という返事が来たら医療行為を行うのではなく、患者さんに名乗っていただく、こうしたシステムが何重にもなっていることがミスから病院や患者さんを守ることに思えます。注射でいえばダブルチェックが行われているか。薬剤師が作って薬局でチェックをして病棟に出して、病棟で看護師さんがチェックして、三重目で初めてミスが発見されることもあります。各部署によってそれが違います。日頃やっている医療に患者さんを守る層が何枚あるか、いつもストレスではすぐに破れてしまう。各職場のトップがチェックの層をどう厚くするかを具体化し、自分の職場の業務基準を作っていく。他職種と連携して病院全体の基準を作っていく。そういうことがリスクマネージャーに課せられた本来の仕事ではないかと思えます。

しかしそれぞれのマネージャーが理論化してそうしているわけではありません。ですから、まずは周知徹底が必要です。「患者様に名乗ってもらいましょう」という運動もすごく大変です。いままでしていなかったのに急に名乗らせるのはなかなか大変で、患者さんから「なぜ名乗らなければいけないんだ」と言われたときに「安全のため」と答えづらいこともあります。「毎日のように通っている透析患者さんでも同じようにするのか」とか、細かな反対論が出てくるわけです。病院が提案した「名乗ってもらおう」という提案がうまくいかない場合、現場サイドで医療安全対策を一層高めるのにはどうすれば良いのかという議論になるのではなく、運動がそのまま止まってしまうことがあるわけです。本来ならば各職場がもっと具体化するべきで、そういう職場作りをどう進めていくか。リスクマネージャーの会議のなかでわれわれにとって課題は何なのかということを引き出していくのはとても難しいことです。

司会 検査の中でダブルチェックの機能はどうなっているのでしょうか。

伊藤 検体のところ、特に輸血は注意をしています。数年前に福岡で血液型の間違いがあって、結局医療事故になってしまいました。それは検査をし、確認をして、他の人がまた同じものを確認し

たということがありました。同じものを見て同じ判断をしたので実際に間違っていたわけではないのですが、操作手順が違ったのです。違う人が違う手順でやったものと確認したわけではなかった。そういうところでダブルチェックのシステムの間違い自体が事故につながってしまったというのがありました。

おかしいと思ったときには同じ方向からではなく違う角度から見るといえることが必要です。患者様に名前を言っていただくというのも、王子生協病院の場合は名前をお呼びして検査室に入ってください。しかし「またご自身に名前を言っていただくのは変ではないか」ということもあり、名前から生年月日を言っていただくことに変更になりました。ところが生年月日を間違えて覚えておられる患者様もいらっしゃる。そうなるカルテを持ち寄って確認する必要があるのではないかとこの話になります。生年月日の確認はだいぶ徹底してきたのですが、また違う問題が出てきたという感じでなかなか対策は難しいと思えます。

棚木 細かなインシデントというのは発生しているのですが、そのインシデントレポートに対して分析し切れていないという感があります。マニュアルを作ってもマニュアル通りにやらない人がいる。しかし、その指導の仕方などには生かしきれっていません。背景にちょっとしたミスが重なったことで大きなミスにつながるというのは分かっているのだと思います。ですが、「小さなミスのたびにどこまで指摘するのか」という、そのへんが一番難しいですね。

司会 それは教育・訓練という部分でやっていくのでしょうか。技術アップとかマニュアルを守れとか、モラルとか。

棚木 基本的に病院全体で取り組んでいますが、例えば名前を名乗るなどは全体で取り組んでいます。しかし、やっている人がいたりやらない人がいたりしますので、組織的に指導、習慣性を身につけることができれば良いのですが、なかなか徹底できない事や抜けが発生します。

司会 エラーをなくすという取り組みと専門家と

しての技術の側面から起こる事故というのがあると思いますが、そのへんはどういうかたちで保障していくようにしていますか。

高橋 埼玉協同病院であった例ですが、CTの異常所見の確認が遅れたケースがありました。出したオーダーは至急だったのですが、すぐには見ないで半日くらい経ってから常勤医が「出血があるじゃないか」と発見したのです。結果的には事なきを得たのですが、そうしたケースが頻発しました。

技師も新人からベテランまでいて、常にベテランが担当するわけではありません。撮ったその人の判断で「おや？」と思ったときにオーダーを出した医師に伝える。「よくぞ言ってくれた、だがそれは異常ではないよ」と言われても良いじゃないかという風土、医師の方でも、「こんなのは異常じゃないよ」「何でそんなことを言うんだ！」と相手を萎縮させるのではない、受け止める職場の関係ができると良いと思います。

その後、放射線科ではその日に撮った写真は放射線科のなかで再チェックするように手順を変更しています。気軽に指摘し合える雰囲気というのが必要なのかなと思いますね。当然、技師も研修医も読影の技量を上げる必要があるので、集団での読影の機会を増やすなどしなければなりません。このあいだの事例は、「先生が見てくれるんじゃないかな」と相手頼みにしてしまい、必要な情報が発信されずに終わったことも一つの原因かなという気がしますね。

中村 私はマニュアルが複雑すぎると思います。例えば代々木病院は12月に病院機能評価を受審する予定で、マニュアルの整備を進めています。東葛病院でもやっと合格しました。しかし、そのマニュアルの数というのがこの8人がけの机いっばいに並べても並べきれないくらいある。そのなかには感染対策マニュアルという1冊の分厚いものもあれば看護マニュアルというものもあります。機械の操作法もある。マニュアル自体が複雑で、しかもお互いの職種を連関するところが絶えず変わったり、改善する課題が十分機能しないということがあったりする問題があります。

それと、もともと医療のシステムができていながら新人が投入されるという現実があるんですね。看護のところの3年目までの比率はどれくらいでしたか？5年目で5割でしょうか。病院全体の5年未満の職員比率がそのくらいです。1年目も毎年かなりの人数が入ってきますから、それだけ膨大なマニュアルをわずか数ヶ月でマスターして病棟で一人前に活躍するというのは、とても難しい話です。しかし病棟のなかで働いてもらわないと回らないということもありますので、現実との戦いになります。ではどこから育てるのかという問題が出てきます。うまい育て方をしないと1年目・2年目は特にミス・トラブルを起こすケースが多いのが実情です。

またドクターの入れ替わりが激しいということがあります。これはパート医の問題があって、「今日1回だけスポットで入りました」という医師が病棟で指示を出すさい、病院の指示の書き方の基準とその先生の書き方との違いがあります。例え



ば代々木病院では、皮下注射のさいにはカルテに漢字で「皮下」と書くようにしていますが、「SC」とかになってしまいます。看護師さんはおおよそわかっていると思いますが、基準にないことが書かれるとエラーの原因となります。人の流動的な問題というのもミスになるのかと思います。

司会 指示は書式が決まっているのでしょうか。

中村 病院としては決めています。パート医は自分の病院でやっているように書きますし、薬品も採用していないようなものを出してきます。薬関係では多いですね。そうすると問い合わせに時間が取られますし看護師さんも大変になる。医療がそこで止まります。

司会 複雑なマニュアルをシンプルに読むマニュアルが必要になってきますね（笑）。

中村 これだけ医療が複雑になると本当に難しい課題ですね。

● 各人の専門能力アップと役割連携

司会 医療法などで医師の役割は決まっていますが、チーム医療という場合はどのくらいのテンポで確認をしているものなのでしょうか。

根本 医療安全委員会は月に1回程度でしょうか。他職種が入っていますから、月に起きた医療事故を出して対策を検討するうえで意見を入れてもら

っています。もちろんこれだけでは全部が解決にはなりません。

中村 代々木病院の場合は事例検討会を週に1度やります。先週出たミス・トラブル報告書を、毎週、看護師長と事務長と医療安全委員会の事務局のメンバーでチェックし、特に問題のあるものについては詳録をして翌週までに課題があれば職場へ問い合わせをしています。どうしても看護師が多いですが、師長がおりますので次週に回答が出てくるという流れになっています。

全体の医療安全対策委員会は月に1度で、医療安全の面からシステムを変える基準作りをやっていきます。「こういう事例はまずい」というものについては事例検討会がシステムを変えるきっかけになることもあります。

司会 医療事故と過誤は、英語ではアクシデント、インシデント、ほかにヒヤリ・ハットというものもあります。どのあたりまで報告されるのでしょうか。

中村 うちの場合は患者さんにいきそうになったヒヤリ・ハットまでが集約されています。比率でいうと1対1、患者さんまで行かなかったけれどもかなり危ないというのが1で、行ってしまったけれどもほぼ安全というか、ほんの少しのミスで取り返しがついた、すぐに止めたなどが1です。しかし転倒・転落などの重大なミスも月に数件あります。



● 医療事故対策とコスト

司会 訴訟や、死亡事故・トラブルになるものがありますね。これにはどのように対応されているのでしょうか。

高橋 埼玉協同病院では夜間の管理当直を置いています。課長以上が月に1回程度交代でやっています。夜中に起きた事故で実際に怪我をしてしまったとか骨折があったとか、そうした場合の家族を含めたすばやい対応をしています。レベルによって異なるのですが、埼玉協同病院の場合、レベル4以上の場合には管理会議を招集します。これは24時間いつ何時でも召集となっています。まだ係争中で結論が出ていない事例ですが、新潟に行っていた院長が戻り、大阪から帰る途中の副院長が呼び戻され管理会議を開くということがありました。管理会議で誰が担当するかといったことなどを含めた対応方針が決められます。

中村 警察への届出基準とマスコミへの公表基準を代々木病院では作りました。警察への届出はやはり異常死体の場合にきちんと届け出なければいけないといったことです。マスコミについてはかなりグレーの部分もあります。大阪のセラチア菌の場合は保健所へ届け出たときに公表でした。どこで公表するのかというのは例えば院内感染の場合、何人以上に同じ菌が出たから院内感染とは決められないものなのです。そういった場合にも、管理部で会議を開いてグレーの部分判断して公表をしますと決めています。多くの病院がそういう仕組みを作っていると思います。

根本 レベル4以上は安全管理会ですよね。一人では判断しないのが原則ですね。また病院にとって大きなことは法人だけで決めないで、全日本などへ相談する。

中村 うちもマニュアルに法人と顧問弁護士に相談するという2点が入っています。

石塚 医療事故対策・過誤対策は収支や経済性にそうとう負担になっているのでしょうか？それとも、それをやることでむしろ病院がISOを取る

などの評価基準が良くなるのか、そのあたりの兼ね合いはどのように取り組まれていますか？実際には人手を増やす、教育をする、ダブルチェックの手間を掛けるなど、いろいろと負担は増えそうですが、その問題と収支的な改善との関連というのは率直にいかがでしょうか？

中村 社会のなかの医療の力量と自院の医療の力量の相対的な比較が大事だと思います。社会一般的に、このぐらいの病院はここまではやっているのに、うちの病院ではできていないところがあるのか、ないのか。そういう点検が民医連のなかだけではお互いに視察して可能ですが、あまり外との交流がないので、もう少し外の情報をしっかり入れられるような体制が必要かと思います。

もう一つは、実際にはバランスのところになっています。バランスという言葉は良くないのですが、職員の発言力が強いとか非常にがんばっているとか、そういう職種あるいは職能の部分が実際には認められている部分があるのではないかと思います。代々木病院の場合には、1,300万円も出して三方活栓のものからこの輸液ラインに変えることができたのも、やはり感染対策委員会が非常にがんばっていて、どうしても感染を起こさないためにこういうラインが必要なのだと、管理部に迫っていたんですね。そういう力量が認められて、予算につながるというようなところがあると思います。ですから病院のなかで、本来であれば全部外部との関係で力量が均一化されているかどうかをチェックできるような機関があれば良いのですが現実的にはない。そうすると、やはり職能バランスといえますか、その病院のなかでがんばっている部分というのが一定の評価をされる。そのなかから改善や器具の変更ですとか、安全対策、例えば先ほどの機械の買い替え、高い機械でも必要性を早く認めさせれば認められるという傾向があることは現実的にはあるのではないかと思います。そのへんを管理部が全部うまくバランス良く認めていけるような病院というのも現実的には難しいかもしれません。中小病院が多いなかで全部をバランス良く見られるというのは、まだまだできていない面があるのではないかと思いますね。

司会 そのへんの調節は事務方のところでやるのですか？

高橋 埼玉の場合は、薬品については県連の薬事委員会が採用から含めて一括でやっていて、統一がだいぶ進んできました。医療材料の分野は薬に比べて全県的な動きは遅れているということがあります。先ほどの法人のなかでも違っているということがありましたが、県連単位のスケールメリットも含めて、より安全でより安くという点から業者との交渉ですとか、全体の調整などでは力を発揮しなければいけないと思います。事務方は直接使用している現場にいないので、なかなか分からないところもあります。そこは集団での論議のなかで、例えばどこかの病棟で試験的に使ってもらってその結果を戻してもらおうとか、そういうこともしながら、「じゃあこれで行こう」とか、「コスト的にはどうなのか」と比較した結果、「こっちの方がちょっと高いけど安全性という意味でこっちの方が良い」とか、その後の業者との交渉ですね。

根本 医療材料というのは使い勝手があるものなのです。例えばマーゲンゾンデひとつをとっても、コシが硬いか柔らかいかがあります。うちには2つ緊急医療があるものですから、二和病院では採用したけれども健生病院ではしないなど、医局がネックになって(笑)。そういうところはやっぱり安全性の一手で「とにかくやってくれ」と攻めるしかないんですよね。多少ちょっと高くても、いまやっている材料よりも安全性が保てるのであるならば、そちらを採用しなければならないと思うんです。

高橋 採用前の実際の事故件数と採用したあとの事故件数はどうかということなんかを、きちんとデータを取りながら効果があったかどうかを検討すると良いですね。

根本 医局は数字を見せれば動きますから(笑)。

中村 例えば針でリキャップが自動的にできる針というのがあるんです。看護師さんが針刺し事故を起こさないように、投与した後に自動的に針に

カバーがかかるものです。これがものすごく高い。この例の事故対策というのは、こんどは看護師さんを守るためのものですが、針刺し事故は結構多いものですから、これをどうするのか。そうしますと経営と看護師さん、つまり職員をどう守るかというバランスになってきます。患者さんを守るということも医療安全のなかではもちろん大事なんですけども、コスト問題というのはすごく多様なですね。

司会 医療事故は機器と薬と人という要素があり、またコストだとか、機器の場合は自分たちだけではなくて作っているメーカーの問題もあるし、人の場合だといわゆる外からスポット的に来る人とか、つまりまったく自分たち内部だけということでもない。また新しく入ってくる人をどうやって教育するかということもまた難しい問題がありますね。

最後に一言ずつ、高橋さんからお願いします。

● 患者を含めた、予防システムの共有化

高橋 私の場合はどちらかというトラブルになって患者さんやご家族との話し合いに入ります。例えば、動脈採血時に神経損傷を起こしてそのあと痺れが残ったということで、ご本人と交渉に入ったり、保険会社と話したりしています。保険会社で対応する場合と顧問弁護士と相談をしながらする場合とあります。紛争の発生とその処理では、患者さんや家族との関係のなかでもかなりクレームに近いような、こちらに責任のない言い掛かり的であったり、過大な要求をしてくるケースがあったりします。患者さんや家族の思いがどこにあったのかという目で見ていくことが大切です。その時点でこちらがきちんと説明などをしていればクレームにつながらなかったということも少なくない。あとで「何も言ってくれなかった」という思いだけが膨らんでいってクレームにつながる。言い尽くされているかもしれませんが、きちんと説明をして納得されたかどうか、検証の「以上よろしいですか、ほかにご質問ないですか」ということも含めて一あまりいろんなことを言い過ぎて分からなくしてはいけません(笑) —必要なことはリアルタイムで患者さんと共有していく

ということになると思います。そのことがその後の結果をよりスムーズにするというのが重要な点になるのではないかなと。どちらかというと後の方のことばかりやっているもので、そういう心がけをしています。「ああこの患者さんは変だな」と思っている、やはり誠意を持って対応していくと「そこまで一緒に考えてもらったので、ここで納得しましょう」となったケースもありました。

司会 まったく素人的な質問なのですが、実際にクレームがあって、どれくらいが正当なもので、言い掛かり的なものはどれくらいなのでしょう？あるいは自分の思い込みというケースもあると思うのですが。

高橋 あまり悪質なものは多くはないです。後からよく話をして理解していただける場合も結構あります。事務方だけは当然うまくいなくて、当事者である医師や当該の看護長から直接説明することもあります。

司会 責任というのは個人が負うのですか？それとも病院？

高橋 基本的には病院です。最初のころは病院としての責任なので、その当事者はあまり前面に出さないということもやっていたのですが、最近はそうでもなく、より早い時期に当事者を含めてきちっと状況を相手に伝える。そのときの事実を当事者を含めて確認しようということも必要なんじゃないかなとってきています。家族によっては「なんで当事者が出てこないんだ！」ということまで話が膨らむ場合もあります。ただシステムとしてのエラーだとすれば、個人をあまり責められない。そのへんはうまくしないと個人だけがへこんじゃって本質が見えなくなり、解決につながらないということはあると思いますね。

棚木 先ほど話に出ていたコ・メディカルが、自分たちの仕事をきちっとできるようにレベルアップやシステム作りをするのが良いのかなと思いました。私たちも、検査技師が採血をやったり、内視鏡の業務をやったりすることもあります。いままで看護師さんがやっていたグレーゾーン、事

務の人がやっていた部分とか、看護師不足などいろいろな要因もあるんですが、検査技師も進出してやっている。そういうところで責任を持って、いままでは看護師ができたり検査技師ができたりという、あいまいな部分をきちんと位置づけてやることで、看護師不足を補えることもあるし、職種間で捉えることも出来るのではないかなと思います。

さっきお話があったレントゲンの異常所見を読み取ることに関連して、検査も超音波の検査や心電図、その他検査結果で、異常値が出たときは主治医に情報を送っていく。基本的にマニュアル的には異常値は報告するという事になっているのですが、そこには技術者個人のレベルというものもある。それぞれの職種が自分たちの持っている技術レベルを最大限使って情報をあげていくのが大事なんだと思います。

伊藤 私もすごく勉強になりました。先ほどもマニュアルが生き物だという話が出ましたが、確かにマニュアルをあまり作れていない部分もあります。どんどん情勢が変化するので、環境の変化に対応するのは大変です。また、できない人とか、そのときにできない人、体調の悪い人も含まれると思うんですが、そういうところに合わせたマニュアルが必要だなと思いました。自分もそうですが気持ちの問題もあるので、体調が悪いときも周囲に隠さないとか、そういうことも実際に医療事故の改善につながっていくのではないかなと思いました。

システムのなとこでできるものは改善できれば良いのですが、コストの話もありますし、あとは人がシステムに甘んじてしまうとそこに穴ができてしまうのではないかなという懸念もありますので、いろいろと考えなくてはいけないと思います。

中村 やっぱり、ほかの人を気遣っちゃうんですよ、熱があってもみんな大変だからと。

飛行機事故で「ハインリッヒの法則」というのがあるのですが、これは医療事故でも同じだと言われています。1:29:300で、大きい事故が1件あれば中程度の事故が29件あり、小さなミス・トラブルが300件というようなものです。そうし

ますと、300件のミス・トラブルを減らしていくことで大きな1件を最終的には減らしていくことができるだろうということだと思います。現場がどういうふうに動いて、業務基準の改定・改善やあるいはその職員の知識や意識を作っていくかということにかかっていると思います。僕なんかも指導しなくてはいけない側なのですが、東葛病院から代々木病院に移っただけですごくミスが多いんですよ。これはシステムがぜんぜん違うからで、自分でやってみて「ああ、ほんとうに同じ法人の同じグループの病院のはずなのに、こんなに自分がミスしちゃうんだ」となります。やっぱりシステムというのはすごく大事なんだと改めて思いました。つまりその病院の業務というものにきちんと慣れないと、ミスやトラブルというのは発生してしまうんだらうと思います。やはり自分が属している現場というものを大事にしていけないといけないなということが一つです。

それから先ほども出ていた、事後対応というのはすごく大事で、僕も何回も患者さんのところに謝りに行くのをやっています。早さと誠実さが大事なんですね。決してミスの大きさではないんです。もちろん亡くなってしまったという大きなミスですとまた話は変わってくるかと思いますが、患者さんの方で怒っておられるミス・トラブルの内容が医療から言えば些細なことであっても、大変な労力と時間を費やすことがあるんですね。そうならないようにするためには患者さんの思いをわれわれがどう受け取り、誠実に対応するかということです。弁護士さんなどは「謝らないでください」と言うんですけども（笑）、確かにある面ではそうなんですけれども、現実的にはそこがすごく難しく、「この部分については謝ろう」と方針を決めていって、「ここまではこちらのミスでした」ということで早く謝ることでうまく切り抜けていける。そしてもう一度患者さんとの関係を作り直して、患者さんも病院に対して信頼をもう一度持ってくれるような、そういう環境も作れると思うんですね。だから、すぐ訴訟という社会にならないようにもしなくてはいけないですが、やはりわれわれが何かトラブルがあったときの事後の対応というのはすごく大事な課題として考えていかななくてはならないのではないかなと思います。

高橋 謝るというのは、こちらに過失があってその過失に対して謝るのではなくて、過失がなくてもそのことが起きている、患者さんが被ったということに対してなんですよ。そこは起ころなくとも良かったことが起きたとすれば、謝り方も非常に難しいです。

根本 このあいだ研修に行った内容で、医師は病状が変化したときなどにリスクを話すと、患者さま側は「医療者側が自信がないから言っているのではないか」と思う人がほとんどなんだそうです。これはNPO法人ヘルスケア・リレーションズの和田さんという方がおっしゃったことです。「リスクがこうあるよ」と医者が説明しても、聞いているご家族は1%の望みの方に賭けて聴いている。だからこそ事故というのはいろいろなところに潜んでいて、「医療というものはそういうものだよ」というところで説明しなくてはいけないということの大切さを言われていたんですね。132名の方にアンケートをしたら、その3分の1が起ったことについて、これはインシデント・アクシデントかを採ったときに、患者さま側のほとんどがアクシデントだと捉えているんですって。こちら側はインシデントと捉えていても、認識度が全然違うんです。だから起ったときの初期対応ではもう遅くて、入院したり外来に来たりしたときのインフォームド・コンセント、接遇にかかっているとされたんですね。日々の関わりのところが一番大事なかなと思いました。

また事故を防止するためには、先ほども言わせていただいたのですが、私たちそれぞれの専門職種の質をどう高めるかが最終的には医療事故を減らしていくんだらうなと思います。

司会 ありがとうございます。今日は現場の状況を踏まえた、私ども研究所としてもいろいろと大変勉強になるご意見を聞かせていただきました。このシリーズは5回くらいやろうかと思っておりますので、今後ともご協力をよろしくお願いいたします。今日はお忙しいところありがとうございました。

(2005年10月24日実施)

第2回 医療事故（過誤）座談会 資料

○各論 「医療現場から見た医療事故の問題点」

今回は、医療現場における問題点と対策、今後の方向についてそれぞれの立場から議論をして頂きたいと思っています。

1. 現状

医療事故とはなにか、なぜ医療事故は増えるのか？

事故（過誤）の内部的定義、発生の頻度、発生の分野、発生の原因、発生の場所、発生患者の種類、発生の影響（社会的、経済的、技術的、労働的、法的）

2. 予防・防止、発生時の対応

予防・防止体制の効果と問題点とは？

職務体制の問題、技術的問題、患者対応問題、教育訓練の問題。社会的問題。
責任の所在（個人責任、集団責任、組織責任）

3. 情報公開（内部的・外部的）

情報公開の必要性の範囲とは？

4. 患者（家族）との関係・対応

患者救済はどのように行われる（べき）か？

内部処理（治療、示談）、外部的処理（訴訟、その他）

紛争の発生とその処理

5. 業務上の体制・予算と経済性

非営利・協同の医療組織として、医療事故対策の必要性和経済性の受給バランスをどのように考えるのか？

業務体制にとってのプラス面とマイナス面とは？

6. 望ましい医療事故（過誤）補償制度について

【事務局ニュース】3・「シリーズ医療事故問題」ご意見、投稿募集

座談会の結びにもあるように、引き続きこの問題を取り上げる予定です。今回の座談会を読んでのご意見や感想、またこの問題に関する寄稿などを募集します。

・字数の目安：意見や感想＝1,000字程度
寄稿＝10,000字程度

- ・締め切り：2006年1月末日（機関誌14号は2月発行予定）
- ・「シリーズ医療事故問題」と明記し、必ずお名前、連絡先をお入れください
- ・掲載に当たっては編集委員会で検討し、薄謝を呈します