

討 論 I

講師,日医医療安全対策委員会委員
の討論

講師 ジョアンヌ・ターンブル
(全米患者安全基金理事長)

日本医師会医療安全対策委員会委員

平山牧彦(前茨城県医師会副会長)

樋口正俊(東京都医師会理事)

大勝洋祐(鹿児島県医師会副会長)

梁井 皎(順天堂医院院長補佐)

児玉安司(弁護士・医師)

嶋森好子(日本看護協会常任理事)

座長 小泉 明(日本医師会副会長)

小泉 明(座長) ただいまから医療安全対策委員会委員からターンブル先生への質問ならびに討論に入りたいと思います。

最初に、委員長の平山牧彦先生をお願いいたします。

患者の安全に対する具体的な活動

平山牧彦(医療安全対策委員会委員長) アメリカと同じように医療事故を減らしていこうと努めている私どもにとって、大変素晴らしいお話をお聞かせいただき、ありがとうございました。先生は、いまお話しいただいたことを、どのような方法でアメリカの病院の隅々にまで伝えようとしておられるのでしょうか。また、日本の医科大学では、まだ患者の安全に対する教育が不十分なのですが、アメリカではどのように教育しておられるのでしょうか。

小泉 明 ターンブル先生、お願いいたします。

ジョアンヌ・ターンブル(講師) 現在は病院勤務を辞めて全米患者安全基金(National Patient Safety Foundation; NPSF)の理事長をしておりますので、昔の経験も含めてお話し申し上げます。

私はウェブサイト(<http://www.npsf.org/>)をもっておりまして、そこでベストプラクティス

を紹介したり、さまざまな事例を紹介して学び合えるようにしております。このウェブサイトには、ぜひ日本の皆様もご参加いただきたいと思っております。また、年に一度、患者安全賞として、アメリカ国内の病院関係者のなかでエラー軽減にいちばん努力した人に対して1万ドルを差し上げております。そのほか、本を出版したり、各地を回ってセミナーや研修会を開催するなどして、全国展開をしております。患者の安全に関しては、全国の病院が同じ基準で考えてほしいと思っておりますので、各病院に対してその手助けをしております。

医科大学での教育に関しましては、看護学校も含めて、カリキュラムのなかで患者の安全について教えるよう、強く訴えております。

小泉 明 どうもありがとうございました。それでは、樋口正俊先生からご質問をいただきたいと思っております。

病院とクリニックにおける活動の違い

樋口正俊(医療安全対策委員会委員) まず質問させていただきたいのは、クリニックと病院とでは患者の安全に対するシステムづくりに違いがあるのかどうかです。アメリカと日本とでは医療システムが異なるかと思いますが、それぞれの患者の安全対策、リスクマネジメント

についてお教えてください。

ジョアンヌ・ターンブル 実は私どもは問題を抱えておりまして、簡単には解決できていないのですが、アメリカでは全国レベルのアメリカ病院協会があり、また州レベルの病院協会もあります。それから病院、小病院、クリニックとあるわけですが、私どもは州を通して情報を伝播しようとしております。

戦略としては、ハイテク・ストラテジーと、ローテク・ストラテジーの2つがあります。外来だけの小さなクリニックでは、多額のお金のかかるハイテク・ストラテジーでのエラー減少はできないのではないか、もう少しコストのかからないローテクな方法であるべきではないかと考えております。州の病院協会を通して最初に手がけたのは大きな病院でしたが、これらだんだん草の根に下りていって、小さなクリニックに至るまで普及させていきたいと思っております。

樋口正俊 アメリカでは医師免許の更新制度がありますが、更新のときに患者の安全に対するカリキュラムは入っているのでしょうか。

ジョアンヌ・ターンブル いいえ、アメリカもそこまでは進んでいないのです。テレビ番組の“ER”などを見ると素晴らしく進んでいるようにみえますが、患者の安全対策にやっと着手したところだという意味では、日本もアメリカも差がないのではないかと思います。

小泉 明 ありがとうございます。続きまして、大勝洋祐先生、お願いいたします。

事故に関連する心理的な要因の克服

大勝洋祐 (医療安全対策委員会委員) 最近、日本ではいろいろな医療事故が多数報道されております。私たちも新聞記事でしか原因が分からないのですが、器具や環境要因など、解決できることは解決しても、それでもなおかつ患者を間違えて注射をするといった事故が起こっています。これは、心理的な慣れから生ずる不注

意によるところが大きいのではないかと思います。

先生は心理学を専攻され、人間の心理的な欠陥を克服するためにいろいろな教育をされていることと思います。しかし、スリップのようなミスを徹底してなくすということはなかなか難しいのではないかと、私は自分の病院を管理しながら感じております。NPSFのお仕事のなかで、そういう心理的な面はどう克服されたのか、お聞かせいただけませんか。

ジョアンヌ・ターンブル アメリカでも、もう本当に目を覆わんばかりの事故があります。ただ、医師が意図的に患者を傷つけることはありえませんが、事故の件数自体は少ないのですが、事故が起こったときには、すべての医師がそうだと思われぬように保護してやらなければなりません。

心理的な面の克服はカルチャーチェンジともいえるくらい難しく、時間のかかることです。まず根っこのところまで戻って、「なぜ医師になると思ったのか」ということをもう1回考えてもらい、「分かっている」「もうできる」「絶対ミスなんか犯さない」といった尊大な気持ちを少しでも減らそうと、1歩ずつ前進できるように努力しているところです。

小泉 明 ありがとうございます。では次に、梁井 皎先生、お願いいたします。

医療従事者の意識を高めるには

梁井 皎 (医療安全対策委員会委員) 私どもの順天堂医院は1,020床からなる病院で、この4月から本格的に医療安全対策に取り組み始めました。医療に従事している何千人という全職員に、安全に対する意識をもたせることがいちばん大事であると考え、研修会やセミナーなどを開催するのですが、眠ってしまったたり、いろいろ問題があります。

航空産業の場合には、事故が起きたときには自分も死んでしまいますから安全に対する認識

が非常に高いと思いますが、医療従事者に対しては、どのようにして事故の怖さを認識させていращやるのでしょうか。

ジョアンヌ・ターンブル 行動を変えるには、次の3つが必要です。

まず第1に問題があるという知識。これは本日私がお話した安全科学のような知識です。

2つめが否定(denial)です。先ほど申しましたように、尊大になったり、問題などないと考えてしまったりする部分への否定です。

3つめが動機づけ(motivation)で、これが難しいのです。動機づけを行うには技術が必要で、金銭的なインセンティブを設けたり、若いときから教育するなど、いろいろな方法が考えられます。医療過誤で息子を亡くした母親が「若い医師や、看護婦、薬剤師に、これは非常に大きな悲劇だということを早い時期から教えてほしい。家族こそがその悲劇を知っているのだから、私たちに話させてほしい」と言いましたが、そういう方法もあるでしょう。

また、セミナーで居眠りさせないためには、シミュレーションやロールプレイングなどを用いても効果的です。アメリカでは麻酔科医のトレーニングで、手術中に停電した場面のシミュレーションなどを行い、そのような状況のなかに放り込まれたとき、どう対処すべきが学ばせています。そのほか、コンピュータによる遠隔教育といった新しい方法もありますので、いろいろなアイデアを取り入れて楽しく有意義なセミナーを行う必要があると思います。

小泉 明 ありがとうございます。続きまして、医療安全対策委員会副委員長の児玉安司先生にご発言いただきます。

リスクマネジメントを行う際の障壁

児玉安司 (医療安全対策委員会副委員長) 私どもは病院のリスクマネジメントの実践にあたり、いくつかの乗り越えられないような障害を前にして大変苦勞をしております。この障害に

関連して、3つほど質問させていただきます。

1つめは、組織管理の問題です。先ほどの誤投薬の事例でも、医師と薬剤師と看護婦の3つの職種間の職務分掌(job description)を明確化し、事故防止に見合った形で変えていかなくてはいけないという困難な課題があったと思います。病院の高度に分化し専門化していく職種のなかで、全体の統合性を維持するためにはアドミニストレーターの職種の必要なのではないかと考えております。先生は、どういうアイデアに基づいて、またどういう組織上の権限をもって職務分掌の明確化と変更という困難な事業を成し遂げられたのでしょうか。

2つめの質問は、医療事故防止のための手続きと、それにまつわる法的問題です。率直に申しまして、事故防止対策のアイデアを得ていくためには、結果が発生していないインシデントの報告よりは、実際にアクシデントになってしまったもののほうが教訓としてさまざまな要素を含んでいるのではないかと思います。しかし、院内でアクシデントの情報を集め、その情報をさらに院外へ公表していくことによってマスコミ等の指弾にもさらされ、刑事・民事両面にわたる法的な責任も問われます。このような状況を見ると、まずはインシデントの報告から始めざるをえないのですが、実際に起こってしまったアクシデントの情報の取り扱いと、それに対する法律的な保護、免責について、補足的にご説明をいただければと思います。

3つめは、医療の資源と、それに対する経済的なインセンティブに関する質問です。ご講演でお見せいただいたような、多数のチューブや三方活栓が混在しているような雑然とした医療現場の状況を改善していくためには、新しい器具や設備を導入したり、コンピュータに新しいシステムを導入したりと、かなりの投資が必要になってくると思います。もちろん、患者の安全のために投資を惜しまないというのは大切な考え方です。しかし、日本の場合、一方では医療

費削減というプレッシャーがあります。そのプレッシャーのなかで、どういことが安全のための投資に対する経済的インセンティブになるのか、先生のご経験のなかからお話いただければと思います。

ジョアンヌ・ターンブル 先生のご質問は非常に複雑で難しい問題です。3本のセミナーになりそうなテーマでもあるのですが、講演でお話したことは、まだ緒に就いたばかりだということをもまず申し上げたいと思います。

第1問の組織管理と職務分掌に関しては、職務分掌は必要だけれども不十分なものではないか、実は意味がないのではないかと考えております。正しいことを行うのは、それが正しいから遂行したいので、職務分掌があろうがなかろうができる、というような文化の醸成が必要だと思っております。

実は組織管理に携わったとき、私は病院のバイスプレジデントという立場にあり、感染症の管理とか、リスク管理とか、いろいろなことをやっておりました。しかし、真剣に組織管理に取り組もうとするなら、専任のバイスプレジデントがいると思いました。つまり、自分の仕事以外のことは放っておくことを覚えなくては行けないのです。私は医師としては必要とされていなかったので専念することができました。組織管理とは、この仕事によって文化を醸成し、文化を醸成してしまったら、もうその仕事は不要になるというような仕事だと思います。

実際、私はこの仕事を行ったために職を失うことになりました。アメリカの場合、エラーを減らすことを考えたとき、どうしても人を責めるというやり方をしてしまうのです。そのため病院長も交替させられてしまい、新しい院長はエラーがあると広告するようなことはできないと、消極的でした。アメリカでは、いろいろ進歩をもたらしたからこそクビになるということが起こりがちですので、やはり上層部のコミットメントが重要です。

日本に来る前に、航空業界の会議に参加しました。そこでは「安全はすべてのミッションの柱である」と認識されています。ところが、病院ではまだそうではありません。上層部のコミットメントがあって初めて人々の頭のなかに浸透するのではないかと思います。

2つめの医療事故防止のための手続きと法的な問題については、確かに事故の内容をみるといろいろなことが分かります。しかし、アクシデントというのは人が傷ついたり死んだりすることですから、ニアミスなどの他のデータから学ぶことによって、アクシデント自体を減らしたいのです。また、エラーを報告した人への免責は重要なテーマです。アメリカでは、ほとんどの州でエラーを起こした人を保護するピアレビュー保護法（Peer Review Protection Law）がありますので、データから名前をすべて削除したり、情報のIDも名前が分からないようにして保管しています。

3つめの医療の資源と経済的なインセンティブについては、「患者の安全のビジネスケース」と呼ばれていて、私どもは現在これについて執筆中です。患者の安全のためには最初に投資が必要だが、うまく組織立てて取り組めば、長期的には節約につながるという考え方です。

ポール・オニールという人は、ある会社のCEO（Chief Executive Officer）に招聘されたとき「作業員の安全、これを一生懸命やってくれるのなら引き受けましょう」と言ったそうです。その理由を聞かれて「安全な組織があれば、コスト効率の高い、品質の高い組織になる。なぜなら安全な組織では人々がワークプロセスを分かっているから」と答えたとのことですが、アメリカの医療では、ワークプロセスが理解されていないという大きな問題があります。あまりにも複雑化しすぎているからです。

児玉安司 どうもありがとうございました。さらに1点だけ、最近私どもが直面している問題にコメントをお願いできればと思います。

アメリカと違い、日本ではピアレビュー保護法のような法律がないのです。そのなかで、アクシデントレポートを集めて分析し院内で討論しようとする、それがあとで法的な手続きの証拠となってしまう可能性があって、実際にそのデータをつくらうとする当事者に対して萎縮的な効果をもたらしてしまいます。

患者や当事者の名前を出さずにレポートを作成してはどうかというご提案に対しては、私自身も迷いがありますし、また根強い反論もあります。同じ医療従事者が何度も同じミスを繰り返すこともあります。病院の人事管理の観点から、だれがミスをしているのか知りたいという要望もあります。そういう状況について、コメントをいただけないでしょうか。

ジョアンヌ・ターンブル まず大切なのは、刑事上の過失と、ミスや事故を区別して考えることです。もちろん、エラーの改善のためのレポートが、刑事的な過失を起こした人の隠れ蓑として使われてはいけないと思います。それから、薬剤、麻薬、アルコールなどの乱用や、うつ病などの病気で繰り返しミスを犯すような医師や看護婦がいる可能性もあります。この場合も、きちんとした仕事をしていない人は明らかにする必要があります。

たとえば、3つの根本原因の分析(RCA)により、どの人がミスを犯しているか分かりますし、同じ人がミスを犯していればそれも分かります。このように繰り返しミスを犯す人がいた場合には、カウンセリングをしたり、教育を受けさせたり、あるいは何らかの形での制裁を加えることも必要となってくると思います。

小泉 明 それでは最後になりましたが、日本看護協会の常任理事でいらっしゃる嶋森好子先生に、看護のお立場からご質問をいただければありがたいと思います。

事故をなくすためのコミュニケーションのとり方

嶋森好子(医療安全対策委員会委員) 私からは、具体的なことを3つほどご質問させていただきたいと思います。

1つは、薬剤を間違えないための細かなルールづくりに関連した質問です。日本でも、なかなかルールを守ることができなくて、ルール違反によってミスが起こることがあります。これに対して、金銭的なインセンティブを与えるという例を挙げられましたが、それ以外にどのような方法があるのでしょうか。

また、医師、看護婦、薬剤師などがひとつの事故の分析をしていく場合、コミュニケーションがうまくとれていないと、自分たちの立場を防衛しがちです。事故の分析を通してコミュニケーションを高めていくという方法もありますが、コミュニケーションをとりながら事故を分析していくためには、コメディカルの側は普段からどのようにしていけばよいのでしょうか。

それからもう1つ、先生が病院で最初に患者の安全対策のお仕事に取り組むにあたっては院長先生のご決断があり、その後、院長が交替させられ少し様子が変わったというお話でした。先生がそういうお役目を引き受けられたのは、病院にとってどういう意味があると思われたからなのでしょう。

ジョアンヌ・ターンブル 事故が起こると、どうしても自分の立場を守ろうとします。先ほどのホゼのケースでも、医師、看護婦、薬剤師、その他すべての人たちがお互いを非難しました。非常に高い教育を受けた人たちが罪をなすりつけようとするのは意味のないことですし、二度と体験したくないことです。これを防ぐためには、学際的な教育をすることです。医師、看護婦、薬剤師などが一堂に会した形で教育をするのも1つの方法ではないかと思います。

もう1つの方法は、私どもがポピュレーション・マネジメントと呼んでいるものです。これ

は大きな病院のほうが小さな病院よりやりやすいのですが、それぞれの診療科でエキスパートを集めて、どういうミスが起こりうるか話し合うのです。循環器科で起こりそうなミスは婦人科で起こるミスとは違います。そして、その診療科ではどれくらいの検査が行われているのか、コストや品質はどうなのかといったことと同時に、どんなエラーが起こるのかを話し合うことで、お互いに学び合うことができます。

また、病院を管理するトップの人たちがコミットしなければうまくいきませんので、実際のところ一番教育をしなければいけないのはトップの人たちなのです。医師や看護婦の経験のある院長であれば、医療について分かっていますから教育は簡単です。でも、院長がビジネスマンの場合には教育は大変困難です。アメリカの場合、トップの人たちはこういう対話にかわってくれないことで悪名高いのです。

小泉 明 どうもありがとうございます。ご出席の委員の先生方からのご質問は以上で終わりました。私どもの日本医師会医療安全対策委員会の委員は11名でございまして、本日は出席がかなわない方が数名いらっしゃいます。この方々からご意見をいただいておりますので、平山委員長からご紹介いたします。

クオリティ・アシュアランスとは

平山牧彦 質問を4ついただいておりますが、幸いなことに先ほどの討論で、そのうちの2つはお返事をいただきましたので、2点お尋ねします。

第1は、アメリカでのクオリティ・アシュアランス(quality assurance)についてお教えいただきたい、というご要望です。

ジョアンヌ・ターンブル まず日本の同僚の皆さんにご理解いただきたいのは、アメリカでのリスクマネジメントは、皆さんが考えていらっしゃるものと多分違うだろうということです。

アメリカで1950年代に始まったリスクマネジメントは、患者の安全を守るためのエラーの低減とは関係がないのです。リスクマネジメントとは、患者をいかに黙らせておくか、いかに保険料を低くするかという戦略であり、訴訟を起こさせないための方法論なのです。

また、クオリティ・アシュアランスというのは、ルールをつくって事を図るということで、動的に関係者を巻き込んだ形でやっていくものではありません。いわば昔のやり方で、測定方法としてはありますが、もはやあまり使われていないのではないかと思います。

これに対して、新しくパフォーマンス・インブループメント(performance improvement)という言葉が出てきました。現在の状況や成果を測定し、改善していく、つまりPDCA(plan, do, check, act) われわれが計画を立てて、患者のためにチェックをして、われわれがやっていることが実際に変化を起こしているかどうかを確認し、そして常に変化をさせ、改善をしていくということなのです。

NPSFの活動について

平山牧彦 2つめはNPSFの組織に関する質問です。かなり突っ込んだ質問ですので、お答えできないところはお答えいただかなくても結構です。まず、NPSFにはどういうところから、どのくらいの資金が入るのか、という点についてお願いします。

ジョアンヌ・ターンブル 今はNPSFの専任ですので、いくらでもお話しできます。NPSFは今から3年前に始まったものです。資金はいろいろなところから寄付をしてもらっております。アメリカ医師会(AMA)からの資金が最も大きく、サラリーとしての200万ドルはAMAから出ています。そのほか、3MやCNA Health Proなどがそれぞれ100万ドルずつ拠出しています。

このNPSFでは、50名の理事はメーカー、弁

護士など、患者の安全にかかわるすべての人たちからなっており、財務的な資金も出している。NPSFの活動についてもっと質問がありましたら、いくらでもどうぞ。

平山牧彦 では、NPSFのスタッフは何人ぐらいでしょうか。また、NPSFへの事故の報告は直接に受けているのでしょうか。その事故の報告は、国や州の政府機関へも提出しているのでしょうか。

ジョアンヌ・ターンブル NPSFには報告義務はありませんし、そういうことをしようとは思っていません。これはアメリカでも議論になっているところですが、実際に国や州へ報告されるような事故は非常に少ないのです。ただし、航空業界には自主的な報告制度があります。

それから、NPSFのスタッフは12名です。われわれの仕事は、基本的に情報あるいは知識を医療の現場にいる人たちに提供することであると考えておりますので、そのためにいくつかのプログラムを行っています。その1つにコミュニケーションズ・プログラムというのがあります。また、NPSFには患者の安全に関連する唯一のライブラリーがあります。これは日本の方に

もアクセスしていただくことができます。国際的なオーディエンスに対しても発表しておりますし、チャットルームというものをつくって、そこで患者の安全について話し合っていたり、リサーチもしています。そのほか、患者の安全に関連した研究をする人に対して研究費を出しています。医科大学に対しては、カリキュラムの適用を働きかけております。

また、NPSFはシンクタンクをもっていて、われわれが次に何をやるかということについて研究をしています。現在、このシンクタンクでは説明責任について倫理的・法律的な側面から検討しています。

NPSFでは、次にテクノロジーマッピング・プロジェクトに着手することになっています。これはヒトゲノムマッピングに似ているのですが、ケアのマッピングをして、それに対してエラーが起こるのはどこかをマッピングしようとするものです。

小泉 明 どうもありがとうございました。これで討論Iを終えさせていただきます。ご協力ありがとうございました。