

平成 22・23 年度

医療安全対策委員会答申

## 医療安全の推進と新しい展開について

平成 24 年 3 月

日本医師会 医療安全対策委員会

## 答 申

本委員会は、平成 22 年 7 月 29 日に、原中会長より「医療安全の推進と新しい展開について」という諮問を受け、最初の 1 年間でパイロットスタディを行い、その結果を踏まえ 2 年目に新たに目標を設定し、各委員の所属する地域での実践に励んでまいりました。平成 24 年 2 月 16 日までに 10 回の委員会を開催し、鋭意検討を重ねた結果、実践報告と医療事故再発防止の取り組みについてまとめましたので、答申いたします。

平成 24 年 3 月

日本医師会

会 長 原 中 勝 征 殿

### 医療安全対策委員会

委員長	北原 光夫
副委員長	寺岡 暉
委員	石渡 勇
委員	後 信
委員	小原 紀彰
委員	齋田 幸次
委員	西田 芳矢
委員	橋本 洋一
委員	坂東 義教
委員	松本 賢治
委員	三宅 智
委員	横井 隆

(委員：五十音順)

# 医療安全の推進と新しい展開について

## 目 次

はじめに	.....	1
第1章	北海道医師会の医療安全への取り組み.....(橋本 洋一委員)	2
第2章	岩手県医師会の医療安全への取り組み.....(小原 紀彰委員)	10
第3章	茨城県医師会の医療安全への取り組み.....(石渡 勇委員)	17
第4章	東京都医師会の医療安全への取り組み.....(松本 賢治委員)	25
第5章	愛知県医師会の医療安全への取り組み.....(横井 隆委員)	33
第6章	大阪府医師会の医療安全への取り組み.....(齋田 幸次委員)	45
第7章	兵庫県医師会の医療安全への取り組み.....(西田 芳矢委員)	57
第8章	広島県医師会の医療安全への取り組み.....(寺岡 暉副委員長)	66
第9章	香川県医師会の医療安全への取り組み.....(坂東 義教委員)	78
第10章	鹿児島県医師会の医療安全への取り組み.....(三宅 智委員)	86
第11章	医療事故、ヒヤリ・ハット事例の収集(インシデント・ アクシデントレポート)と再発防止の取り組み.....(後 信委員)	98
おわりに	.....	110

## はじめに

わが国においても、医療を受ける側においては医療の質と安全に対する要望があり、医療を行う側ではそれに答えるべき努力がなされてきている状況を踏まえて、日本医師会においては医療安全対策委員会が1997年に設立されて以来、医療の質の確保と医療の安全を保障することを柱に全国に発信してきている。その一つのあらわれが医療安全対策委員会の成果となる報告書の配布である。2010年までに6冊の報告書を纏め上げてきた。

私たちの委員会は今までの趣旨を取り入れて、委員の所属する医師会において医療安全を目指す更なる行動を実施することにした。

この行動のコンセプトは医療安全のための事故防止対策の確立と普及を特に中小医療機関を対象として、2010年に配布された「医療事故削減戦略システム～事例から学ぶ医療安全～」から各医師会のテーマを選び、その効果を目に見える形にすることとした。

この報告書には10医師会からの医療安全に対する2年間に亘る努力の成果が挙げられている。最後の1章は「医療事故、ヒヤリ・ハット事例の収集(インシデント・アクシデントレポート)と再発防止の取り組み」として掲載されており、合計11章となっている。

日常診療の傍ら、また短期間に、さらに東日本におきた災害を受けながら、各委員の力でここまでまとめることができたことは大変喜ばしいことである。

# 第1章 北海道医師会の医療安全への取り組み

執筆担当者 橋本 洋一 委員

## 1. はじめに

平成に入り医療技術のさらなる発展と患者意識の高揚を背景に医療行為に対する不満や患者満足度の低下が叫ばれた。当時の厚生省としても、カルテ記載の方法や開示に取り組みを強化し、医師会は、患者に対する接遇やICの徹底など医療安全に注力してきた。

北海道医師会では、平成14年から、医療の質の向上と医療安全対策の充実をスローガンに事業を展開し、全国に先駆けて「医療安全対策ガイドライン」を作成し、全会員に配布し、医療の安全性を訴え、啓蒙活動を行ってきた。

当初は、医療事故・紛争・訴訟の防止を重点的に聴講方式の研修会を、毎年地域で2～3か所開催し、次にRCA(Root cause analysis:医療リスクマネジメント手技としての根本原因分析法)の実践方式、さらには、医療者・患者間のコミュニケーショントラブルの観点からと、幅広い研修を行ってきた。現在までに参加者は2,000人を数え、医師会活動の中でも重要な事業に位置づけられる。最近では、セカンドオピニオンを求める患者が増えており、医療の相談窓口においても分かりやすく説明しているところである。

今年度は、当委員会において目標とした3点(転倒・転落、採血・注射等、与薬)について研修会を行うこととした。

## 2. 方法

与薬、注射、転倒・転落の3項目について、各地に出向いて研修会を実施する。研修講義内容には、問題意識を持つ気構えの習得と、訓練、業務上の質、コスト、能率、安全、モラル、サービスの意識などを高める訓練も必ず含めるようにした。

### 1) 与薬

投薬プロセスにおけるヒューマン・エラーがほとんどを占める。注射薬では指示の受け渡し段階でのコミュニケーション・エラーが多い。この背景には指示票や処方箋の書き方が不統一なことがある。以下の方法にて誤投薬の防止を試みた。

- ・採用薬品の見直しー同成分複数規格(紛らわしい医薬品)の排除
- ・アレルギー・禁忌情報の明示方法の標準化(指針の周知と遵守)
- ・薬名は薬価基準収載の製薬名を記載
- ・分量は最小基本単位である1回量を記載
- ・散剤・液剤の分量は製剤量を記載

《例》

1日1gまたは2gを3回に分けて処方する場合

(現在)

酸化マグネシウム	1g
分3 毎食後	14日分
マーズレンS配合顆粒	2g
分3 毎食後	14日分



(改善後)

酸化マグネシウム	1回 0.33g
1日3回 毎食後	14日分
マーズレンS配合顆粒	1回 0.67g
1日3回 毎食後	14日分

## 2) 注射

注射指示は、投与方法、投与ルート・部位、薬剤名の主成分量と容量、投与量、投与時刻と投与速度、などを明確に記載する。

特に部位については、ガイドライン等での徹底が必要である。

- ・ 注射薬の指示は、1回量指示(1日量を分処方記載の禁止)
- ・ 誤読防止の観点から薬剤名の略称は避け、読み易い字で書く(認めるときは院内統一・周知徹底)
- ・ 成分量や容量は省略しない

## 3) 転倒・転落

転倒・転落事故の報告を受けた患者のアセスメントシートのチェックが必要だろうと思われる。また、転倒・転落事故後の連絡ルート、記載内容についてチェックし、フィードバックを実施する。

職員には危険度の高い患者を確認し共通認識を持つように指導し、また、研修会などに出席できる機会を与える。患者や家族にはポスターなどの掲示により注意を促す。以下のような転倒・転落の防止を試みた。

- ・ アセスメントシート(成人用・幼児用・神経疾患用)の運用ルール(表1)
- ・ 注意シール(療養具に貼付して使用者に知らせる)の活用 (図1)  
オーバーテーブル、キャスタ、エレベーター前、カーテンのフック側、車椅子、ベッド  
手すり
- ・ ベッドサイドでの運動療法(筋力バランス能力、移動動作の維持・改善)
- ・ パトロールの強化
- ・ ナースコール指導(重要な結果回避[転倒・転落防止]措置の一つ)

### 3. 結果

2回の研修会参加者(合計 136 名)に行ったアンケート及び会場での調査によると3項目については、以下のような結果が得られた(回収率:80%)。

#### 1) 与薬

以下の薬品の使用をできるだけ1薬品とした。

薬効が類似している注射薬

- ・ セルシン(抗不安薬) — セレネース(精神安定薬)
- ・ プロカイン(局麻) — キシロカイン(抗不整脈薬)
- ・ レペタン(鎮痛薬) — ソセゴン(鎮痛薬)
- ・ イノバン(昇圧薬) — ドプトレックス(昇圧薬)
- ・ エルシトシン(骨粗鬆症用薬) — カルシトニン(骨粗鬆症用薬)
- ・ ペルジピン(降圧薬) — ヘルベッサー(降圧薬)

同名で規格単位が異なる注射薬

- ・ キシロカイン(抗不整脈薬) 2% … 10%
- ・ エスポー(貧血治療薬) 6000 IU/V … 24000 IU/V
- ・ ニトロール注(血管拡張薬) 5mg/10ml … 50mg/ml

#### 2) 注射

医療事故削減戦略システム・標準採血ガイドラインに基づき実践した医療機関では、患者の血管状況に応じて針の種類を変更したり、部位の確認及び点滴注射での翼状針、長時間の針使用時でのステンレス製使用などで感染防止などについて配慮したという結果報告をいただいている。注射中においても患者と話しながらの対応など安心できる環境を整備しているとのことであった。

<例>

優しい医療を求めて、「痛さの少ない注射針」を選択した。

(外径 0.2mm,内径 0.09mm)、(外径 0.1mm,内径 0.05mm)、(外径 0.05mm,内径 0.02mm)、などを子供、血管の細い人などに応じて使用した。

また、長期血管確保の必要な患者に対しては、通常1日～2日が限度であった通常針では感染の危険性が多いために、ステンレス製のものを1週間程度で使用すれば、コストはかかっても感染をかなりの割合で減少させることができた。

### 3) 転倒・転落

アセスメントシートについては、すべて同一様式のものを使用している医療機関が多かったが、患者対応別に工夫した(色別・年齢別など)ことによって看護スタッフの管理がしやすくなった。注意シールにおいても全ての危険個所に貼ることになり面倒という声も聞かれたが、危険と思われる場所などに貼付したところ、患者さんや家族等の眼に入り効果があった。

また、患者の状況に応じてベッドサイドでの運動療法を実施した医療機関では、リハビリ室で行う時と違って、いつもの状況でリラックスできるなどの効果があり患者さんからの評判も良かったとの報告を受けている。トイレへの介助(ナースコール利用の指導や病室までの付き添い)徹底や強化に努めたために、転倒・転落の報告が減少した。

平成23年6月から平成24年1月までに集計した結果、転倒・転落以外の与薬と注射においては、インシデント報告が減っており、改善されたと判断できる(図2参照)。

## 4. 考 察

### 1) 与薬

処方箋記載については、実際に医療機関でまちまちであり、標準化が必要だと思う。類似医薬品については、医療安全の立場からできるだけ排除する必要がある。病院では回診時に看護師の他に薬剤師も同席することが望ましい。実際に数か月での取り組みでは短く、長期の取り組みが必要なので、今後も継続して活動していく必要がある。

### 2) 注射

病院では、新人看護師の講習において、看護師同士で人体実験的に実施しているようであるが、診療所単位ではなかなか難しい。最近では、かなり精巧な人形で人間と同じような感触で実技指導が行われているところもある。医師会としては、実技指導という形での

研修をしているところは少ないと思われるが、専門の講師を招いて研修を開くことも必要と考えている。

### 3) 転倒・転落

アセスメントシートについては、患者の年齢や病状に応じて各ジャンル別に作成することは必要であり、危険度の把握もしやすくなる。コストはかかるが、患者状態に応じた転倒防止マットやベッド柵を使用している医療機関もある。また、注意シールにおいても危険な場所を抽出していき、だんだん貼付すべき場所が多くなっているとの苦情も一部にはあったが、病院全体がある意味安全ではないという認識のもとに、患者家族に対しても一緒に説明会などに参加してもらうことも必要ではないかと思う。

転倒・転落事故が発生すると、直ちに医療側に責任が発生するわけではなく、過失・損害発生・因果関係が満たされた場合にのみ発生する。予測できていたかどうかの事後判断は、スコアシートの結果に左右される。転倒・転落防止の方策がある場合は、ナースコール指導が重要な結果回避措置となる。ただし、ナースコール利用の指導だけで回避義務を尽くしていることにはならない。十分に説明したにもかかわらず、一人で移動する患者に遭遇した際には、ナースコール利用についての理解力、身体的能力について再評価が必要となる。理解力、身体的能力があると認められる場合には、再度ナースコール指導を徹底すること。もしも理解力、身体的能力に問題があると考えられた場合は、他の回避措置を講じることが必要である。

以上、3項目についての考察を述べたが、今後、入院施設のある医療機関においては、迅速な情報提供や確実な情報利用という観点から、IT技術(クラウド技術)を活用しオーダーリングシステムなどの構築をしていく必要があるだろうし、診療所においても少なからずITの導入が望まれる。

当会としては、新年度においても具体的な事例をもとに医療安全研修会を開催していきたいと考えている。

# 転倒・転落アセスメントスコアシート

(幼児・緑色／成人・黄色／神経疾患・青色)

表1

氏名 \_\_\_\_\_  
性別: M F

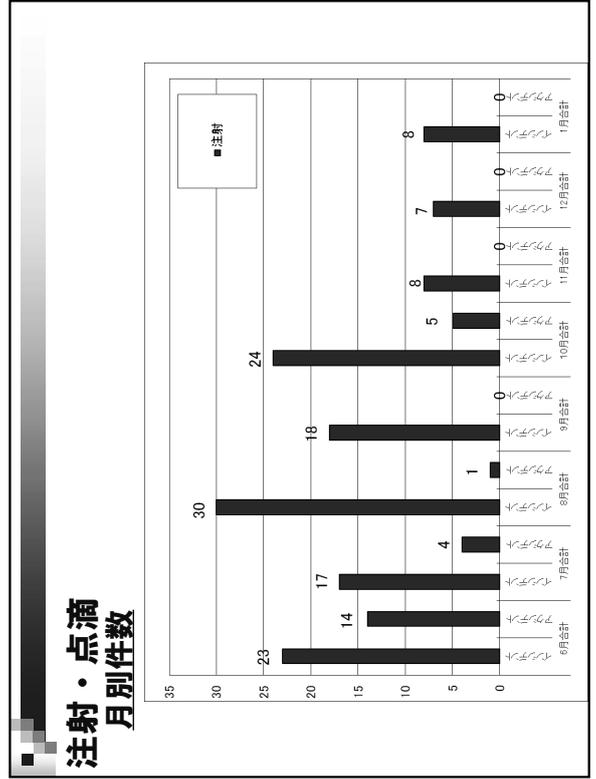
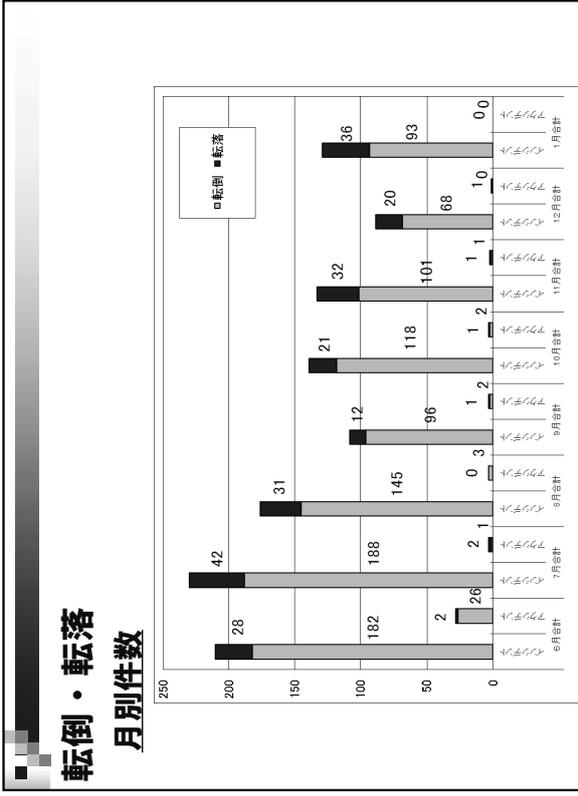
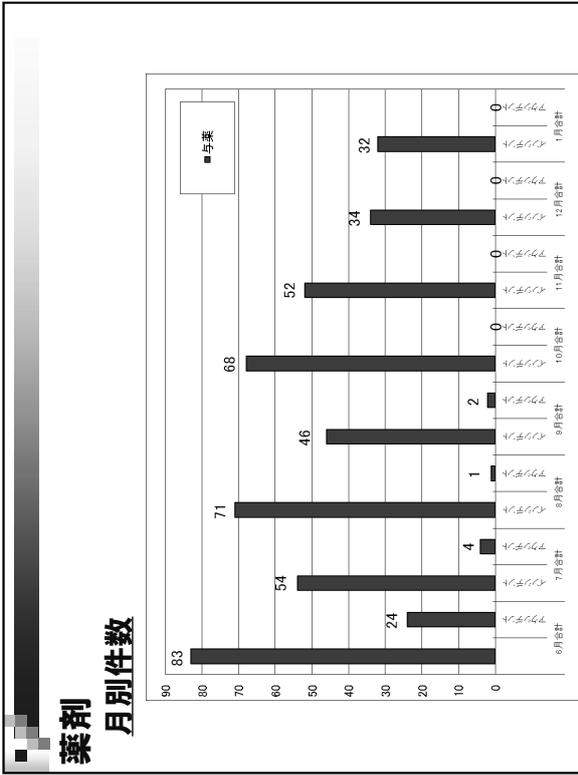
評価スコアの合計				
危険度 1 (0 ~ 5点)		転倒・転落を起こす可能性がある		
危険度 2 (6 ~ 10点)		転倒・転落を起こしやすい		
危険度 3 (11 ~ 17点)		転倒・転落をよく起こす。病棟管理日誌へ記載する		
評価月日 (下記★1参照)	評価合計	危険度	標準看護計画 問題点ユニット	備考
月 日				
月 日				
月 日				

項目	チェックポイント	患者評価					
		入院時		/		/	
A 年齢	<input type="checkbox"/> 60歳以上 <input type="checkbox"/> 9歳以下	0	1	0	1	0	1
B 既往歴	<input type="checkbox"/> ( / ) 転倒転落したことがある (入院前・入院後・両方) <input type="checkbox"/> ( / ) 意識消失したことがある (失神・痙攣・起立性低血圧等の既往がある)	0	3	0	3	0	3
C 感覚知覚	<input type="checkbox"/> ( / ) 視野・視力障害がある(日常生活に支障がある) <input type="checkbox"/> ( / ) 聴力障害がある <input type="checkbox"/> ( / ) 知覚障害がある <input type="checkbox"/> ( / ) 位置覚障害がある <input type="checkbox"/> ( / ) 疼痛がある	0	3	0	3	0	3
D 機能障害(活動領域)	<input type="checkbox"/> ( / ) 麻痺やしびれがある <input type="checkbox"/> ( / ) 四肢に拘縮・変形・欠損部位がある <input type="checkbox"/> ( / ) 平衡バランスが悪い <input type="checkbox"/> ( / ) ふらつきがある <input type="checkbox"/> ( / ) 足腰の弱りがある <input type="checkbox"/> ( / ) 筋力低下がある <input type="checkbox"/> ( / ) 車椅子・杖・歩行者を使用している <input type="checkbox"/> ( / ) 点滴台の使用 <input type="checkbox"/> ( / ) 移動の介助が必要である	0	2	0	2	0	2
E 認識力	<input type="checkbox"/> ( / ) せん妄・不穏行動がある <input type="checkbox"/> ( / ) 意識混濁 <input type="checkbox"/> ( / ) 判断力低下がある <input type="checkbox"/> ( / ) 見当識障害 <input type="checkbox"/> ( / ) 理解力の低下がある <input type="checkbox"/> ( / ) 記憶力の低下があり、再学習が困難である	0	5	0	5	0	5
F 環境	<input type="checkbox"/> ( / ) 入院1週間以内である <input type="checkbox"/> ( / ) リハビリ開始時期である	0	2	0	2	0	2
G 薬剤(坐剤含む)	<input type="checkbox"/> ( / ) 睡眠安定剤 <input type="checkbox"/> ( / ) 降圧利尿剤 <input type="checkbox"/> ( / ) 抗不安剤 <input type="checkbox"/> ( / ) 鎮痛剤 <input type="checkbox"/> ( / ) 洗腸・緩下剤抗 <input type="checkbox"/> ( / ) 麻薬剤 <input type="checkbox"/> ( / ) 抗パーキンソン剤 <input type="checkbox"/> ( / ) 化学療法剤 <input type="checkbox"/> ( / ) 不整脈用剤	0	2	0	2	0	2
H 排泄	<input type="checkbox"/> ( / ) 尿・便失禁がある <input type="checkbox"/> ( / ) 尿意・便意がいつもある <input type="checkbox"/> ( / ) 頻尿がある <input type="checkbox"/> ( / ) トイレ介助が必要 <input type="checkbox"/> ( / ) 夜間トイレに行く <input type="checkbox"/> ( / ) トイレまで距離がある <input type="checkbox"/> ( / ) 尿道カテーテル留置 <input type="checkbox"/> ( / ) ポータブルトイレを使用している	0	1	0	1	0	1
備考	<input type="checkbox"/> ( / )	合 計		看護師サイン			

- ★1: 査定は入院当日、再評価は転棟時、1週間後、病状変化時(手術当日・安静度変更時)、転倒転落事故発生時、薬剤開始変更時に行い看護計画につなげる
- ★2: あてはまる項目  をチェックする。チェックした日付を( / )に入れる
- ★3: 各項目をチェックし患者評価の点数を○で囲む(チェックは一つでも複数でも点数は加算されない)
- ★4: 評価合計によって危険度を1~3に分類し、危険度2以上は看護計画の立案・評価を行い事故防止に努める
- ★5: アセスメントをした看護師のサインを記入する
- ★6: 備考欄にはA~G以外で、転倒・転落に関連した情報を記載し看護計画に反映させる
- ★7: 転倒・転落した際は、カンファレンス等を実施し、情報の共有と事故防止の強化に努める

【ケアのポイント】 標準看護計画問題点ユニットの選択	
<転倒 01>	運動機能の低下、環境の変化による転倒・転落の危険がある
<転倒 02>	めまい・視力障害による転倒・転落の危険がある
<転倒 03>	認識力低下・せん妄状態による転倒・転落の危険がある
<転倒 04>	薬剤(利尿剤・眠剤等)排尿障害による転倒・転落の危険がある
<その他>	対象に合わせた内容の選択を行う





## 第2章 岩手県医師会の医療安全への取り組み

執筆担当者 小原 紀彰 委員

### 1. はじめに

医事紛争・医療事故に対応して、岩手県医師会は昭和43年8月1日医事紛争対策委員会を設置し、その処理、解決に当たってきた。岩手県医師会に寄せられる事例は年3～7件程である。

平成11年1月横浜市立大学病院患者取り違え事件、2月都立広尾病院看護師による消毒液誤注射事件など大病院での医療事故が重なり、医療安全の重要性が高まった。平成14年医療法施行規則が改正され、病院と有床診療所に「医療安全」が義務化され、本県でも岩手医科大学病院や地域中核病院である県立病院などが率先しマニュアル作成、講習会などを積極的に開催した。又、平成15年6月に県民医療相談センター、岩手県医師会医療相談窓口が開設され、事例を通して、病院、診療所のみならず県民にも医療安全に対する啓発がなされるようになった。

更に、平成19年には無床診療所にも「医療安全」が義務化されたことでそれ以降の内容に医療安全体制の概要について説明を加えた。

#### 岩手県民医療相談センター

開催年度	月 日	開催地域 (地域保健所主催)	参加者 医師・看護師・事務職など
15年度	2月21日(土)	気仙地域医療安全対策研修会	100名
	2月21日(土)	久慈地域医療安全対策研修会	100名
16年度	11月25日(木)	胆江地域医療安全対策研修会	200名
	2月19日(土)	気仙地域医療安全対策研修会	100名
	3月15日(火)	二戸地域医療安全対策研修会	100名
17年度	6月6日(月)	北上医師会医療安全対策研修会	150名
	3月4日(土)	宮古地域医療安全対策研修会	100名
18年度	12月7日(木)	花巻地域医療安全対策研修会	150名
19年度	6月26日(火)	北上医師会医療安全対策研修会	100名
	2月2日(土)	気仙地域医療安全対策研修会	100名
20年度	3月5日(木)	釜石地域医療安全対策研修会	100名
21年度			
22年度	11月6日(土)	二戸地域医療安全対策研修会	100名
23年度	11月14日(日)	岩手中部地域医療安全対策研修会	200名

岩手県民医療相談センター実績 平成 22 年度(22 年4月1日～23 年3月 31 日)

①相談受付 760 件(平成 15 年開設時比 342 件増加)

電話 718 件、訪問 35 件、他 7件

②主な内容 医療一般に関するもの

病院 262(51.7%) 診療所 213(42%)

診療科 内科(25%) 精神科(16.3%) 整形外科(11.5%)

診察 30.1%、投薬 9.6%、会計 9.6%、相談 53.2%、質問 16.5%

苦情 28.3%(不信感 64.5%、説明不足 29.7%)

相談員の説明に対し納得した 94.5%

※相談員は2名体制(医療ソーシャルワーカー、保健師)3年で交替し、現在は平成17年より医療ソーシャルワーカー、助産師で対応している。県医師会に紹介したものは年8～28件(延べ)で、医療訴訟に発展したものはない。

岩手県医師会医療相談窓口実績 平成 21 年度(21 年4月1日～22 年3月 31 日)

①受付 104 件

電話 93 件、来所 4件、投書等 7件

②主な内容

従事者の対応 24(23%)、治療後の不都合 15(14.4%)

医療機関の体制 13(12.5%)、情報開示・提供 12(11.5%)

日本医師会「医療安全対策マニュアル」「医療事故削減戦略システム」を参考に、特に診療所、有床診療所、中小病院に向けて周知するよう努め、平成 21 年 11 月 12 日に第1回岩手県医師会医療安全・医療事故防止講習会を開催した。内容は医療事故の現状(平成 19 年最高裁統計)、医療事故解決までのフロー図、紛争処理フローチャート、県民医療相談センター概況、医療安全のために、各科医療安全対策実施の留意点、院内感染対策などである(資料1)。

又県民、医療関係者(医師、歯科医師、看護師、薬剤師、臨床工学技士、事務他)、が一堂に会しての医療安全いわて公開フォーラム(いのちを守るパートナーズ)を第1回(平成 21 年 11 月 28 日/参加 150 名)、第2回(22 年 11 月 27 日/参加 300 名)それぞれ開催した(資料2, 3)。

## 第2回医療安全いわて公開フォーラム(いのちを守るパートナーズ)

### ○基調講演

岩手県における医療安全体制について、医療安全体制の整備経緯と方法、改正医療法の説明、ヒヤリ・ハット事例

### ○医師会

特に介護入所施設での医療管理について問題提起

### ○歯科医師会

口腔ケアのみならず全身の病態把握が必要となっており、医科との連携強化が必要

### ○看護協会

KYT(危険予知訓練)を通して医療安全を高め医療事故を減少させたい

### ○薬剤師会

「お薬手帳」を通し、重複投与の防止や服薬管理、正しい使い方を普及させたい

### ○臨床工学技士会

輸液ポンプ、シリンジポンプに関するインシデント・アクシデント事例が毎年報告されていることから技士会での取り組みを紹介した

平成23年度医療安全対策への取り組みは医療安全講習会と診療所でのインシデント・アクシデントレポートの提出を取り上げた。

## 2. 方法

診療所に対し、「医療事故削減戦略システム」の再確認のため

①医療安全・医療事故防止講習会を平成23年11月6日に開催した。

内容は、インシデント・アクシデントレポートの提出、タイムアウトの導入と効果などである(資料4)。

②インシデント・アクシデントレポートは診療所 671、有床診療所 24、計 695 医療機関を対象に県医師会長名で依頼。様式は大阪府堺市医師会作成を一部変更した。調査期間は平成23年11月～24年1月の計3か月間、集計は県医師会返送用封筒又はFAXで回収。記入医療機関名は無記名でも可とし、事例がなくとも要返送とした(資料5)。

## 3. 結果

①医療安全・医療事故防止講習会

医師 131名、看護師 117名、事務 35名、その他 13名(介護福祉士、検査技師) 計 296名と大変盛況であった。加えて次年度も開催要望が強かった。

②インシデント・アクシデント レポート (平成24年1月31日現在)

サンプル数:175 うち事例有 120 無 55

報告者:看護師 52、事務 45、医師 16

経験年数:10年以上 89、5～10年 13、1～5年 10、1年未満 5

発生時間帯:午前中 64、午後 29、時間外 9

発生部門:看護 39、事務 36、診察 18、薬剤 7、検査 5、その他 5

発生場所:診察室 26、受付 22、処置室 21、病室 11、薬局 6、放射線室 5

事務室 5、待合室 3、透析室 2、駐車場 2、その他 12

事例内容:**診察**→個人情報 1、患者登録間違い 1、診察中 1、暴言暴行 1、その他 4

**接遇**→窓口対応 7、保険証返却忘れ 2、患者間トラブル 1、個人情報 1、その他 1

**その他**→保険証返却忘れ 3、自傷自殺未遂 1、患者登録間違い 1、個人情報 1

窓口対応 1、その他 13

**薬剤関連**→経口薬 11、皮下注 4、点眼薬 1、点滴 1、静注 1、その他 1

**誤った事柄処方・指示ミスに伴う**→投与薬剤名 6、投与量 5、投薬忘れ 1、服用方法 4

**誤った事柄カルテ記入ミスに伴う**→誤調剤 5、点滴漏れ 3、人違い 1、その他 3

**処置**→採血・採尿 3、その他 4

**検査**→採血・採尿 4、X線単純 2、X線造影 1、内視鏡 1、生検 1、その他 7

**誤った事柄**→実施忘れ 6、操作ミス 5、見落とし 5、器具・設備不具合 4

損傷 1、部位違い 1、感染 1、その他 5

発生レベル:レベル1 64、レベル0 27、レベル2 2

患者信頼度:損なわない 40、大きく損なう 22、あまり損なわない 20、少し損なう 20

原因分析:**人的要因**→確認・観察不足 69、うっかり忘れ 26、思い込み 21、焦り 10

対象者に問題 7、知識不足 3、手順間違い 1、判断ミス 1、その他 8

**環境要因**→手順マニュアル不備 24、馴れ合い・慣習 22

手順マニュアル違反 16、スタッフ間連携 10、対象者の素行 4

機器の問題 2、機材の問題 3、教育・指導不足 2

診察時間帯 2、勤務体制・状況 1、その他 12

実施対応改善策:手順マニュアルの順守 34、スタッフ間コミュニケーション 17

手順マニュアルの見直し 10、業務改善 6、環境整備 3

医療機器・機材点検 2、教育・研修 2、勤務状況・体制改善 1、その他 32

## 4. 考 察

### 1) 岩手県医師会医療安全・医療事故防止講習会について

- ① 2011.3.11 東日本大震災・大津波により岩手県沿岸部は壊滅的被害を蒙った。全壊、半壊により診療不能に陥った医療機関は54か所に上り、地域医療確保に甚大な影響を及ぼした。岩手県医師会は情報収集、医療支援等その対応に追われ、通常行事は中止もしくは延期となった。
- ② 半年後の9月になり、被災地状況もやや落ち着きを取り戻したことで、主行事を再開した。医療安全委員会も10月に23年度活動方針を検討し、講習会及びインシデント・アクシデントレポート提出に絞ったが、結果として十分な活動だったとは言えない。
- ③ 医療安全・医療事故防止講習会には296名の参加があり、医療安全に対する関心の深さがうかがわれる。乍ら大学病院・県立病院を除き、岩手県医師会に寄せられた医事紛争は平成23年度は4件(手術・検査・治療)で毎年跡を絶たない。次回講習会も「医療事故削減戦略システム」の周知とその実践をテーマに取り上げる。

### 2) インシデント・アクシデント レポートについて

- ① 86診療所(対象の12.4%)より回答があり、うち事例有120件は36診療所(対象の5.19%)であった。
- ② 経験年数10年以上から多く報告があった。
- ③ 時間帯は午前10時～12時に多い。
- ④ 職種は看護職、事務職が多いが、医師も16件あり注目される。
- ⑤ 発生場所は診察室、受付、処置室に集中している。
- ⑥ 生命危険度はほとんどがレベル1以内であり、レベル2は2件のみであった。
- ⑦ 患者信頼度、大きく損なうが2番目に多く記入されており、内容を分析し今後に生かす。
- ⑧ 自由記述が多く寄せられているが、今回内容を分析する時間がなく、報告出来なかった。

## 5. 今後に向けて

県民・医療関係者(医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、臨床工学士会)が一堂に会しての医療安全いわて公開フォーラム(医療安全全国共同行動)は、医療安全に対し、患者側、医療側相互の理解を深めるために重要な会と考える。平成23年度は中断したが、平成24年度は医療安全推進週間(11月)に合わせ実施したい。

(資料1)

## 第1回医療安全・医療事故等防止講習会

日時：平成21年11月12日(木) 午後6時30分

場所：岩手県医師会館 3階 中会議室

### 次 第

司 会：岩手県医師会常任理事 滝田 研司

1. 開 会 (PM6:30)

2. 挨拶 (PM6:30)

岩手県医師会会長 石川 育成

3. 講 習 (PM6:40~PM7:20)

岩手県医師会常任理事 小原 紀彰

4. 質疑応答

5. 閉 会 (PM7:30)

(資料2)

## 第1回医療安全いわて公開フォーラム

～いのちをまもるパートナーズ～

### プ ロ グ ラ ム

1. 日 時 平成21年11月28日(土) 14時00分～16時30分
2. 場 所 岩手教育会館
3. 主 催 社岩手県医師会 社岩手県歯科医師会 社岩手県看護協会  
社岩手県薬剤師会 岩手県病院薬剤師会 岩手県臨床工学士会
4. 参加費 無 料

総司会：岩手県看護協会副会長 岩井 敦子

14:00~14:10 開 会

主催者代表挨拶 岩手県医師会長 石川 育成

14:10~15:10 基調講演

座長：岩手県医師会副会長 岩 動 孝

「医療安全全国共同行動「いのちをまもるパートナーズ」がめざすもの」

東北大学大学院医学系研究科教授

共同行動企画委員長 上原 鳴夫 先生

15:10~16:30 シンポジウム

テーマ：医療安全への取り組み～いのちをまもるパートナーズ～

<シンポジスト>

医 師 の立場から	岩手県医師会常任理事	逢坂 宇一
歯科医師の立場から	岩手県歯科医師会理事	児玉 厚三
看護師の立場から	岩手医科大学附属病院医療安全推進室 専任看護師	菅原 敦子
薬剤師の立場から	岩手県薬剤師会 常務理事	
	岩手県病院薬剤師会会長代行	工藤 賢三
臨床工学士の立場から	岩手県立大船渡病院MEセンター	菊池 雄一

<コーディネーター>

岩手県医師会副会長 岩 動 孝

<コメンテーター>

東北大学大学院医学系研究科教授  
共同行動企画委員長 上原 鳴夫 先生

16:30 閉 会

(資料3)

## 第2回医療安全いわて公開フォーラム

～いのちをまもるパートナーズ～

### プ ロ グ ラ ム

日時：平成22年11月27日(土) 14時00分～16時30分

場所：岩手教育会館

対象：県民、医療・介護従事者

主催：社岩手県医師会 社岩手県歯科医師会 社岩手県看護協会  
社岩手県薬剤師会 岩手県病院薬剤師会 岩手県臨床工学士会

参加費 無 料

総司会：岩手県看護協会副会長 岩井 敦子

14:00~14:10 開 会

主催者代表挨拶 岩手県医師会長 石川 育成

14:10~15:10 基調講演

座長：岩手県医師会副会長 小原 紀彰

演 題：「岩手県における医療安全体制」

講 師：岩手県医師会副会長 岩 動 孝

15:10~16:30 シンポジウム

テーマ『医療安全への取り組み』

<シンポジスト>

医 師 の立場から	和田 利彦 (岩手県医師会常任理事)
歯科医師の立場から	児玉 厚三 (岩手県歯科医師会理事)
看護師の立場から	東 君 江 (国立病院機構盛岡病院医療安全係長)
薬剤師の立場から	本 田 昭 二 (岩手県薬剤師会常務理事)
臨床工学士の立場から	塩 原 伸 明 (岩手県臨床工学士会副会長)

<コーディネーター>

岩手県医師会副会長 小原 紀彰

<コメンテーター>

岩手県医師会副会長 岩 動 孝

16:30 閉 会

(資料4)

平成23年度

## 医療安全・医療事故防止講習会

日時：平成23年11月6日(日) 午前10時～12時

場所：岩手県医師会館 4階 ホール

司 会：岩手県医師会常任理事 滝田 研司

### 次 第

1. 開 会

2. 挨拶

岩手県医師会会長 石川 育成

3. 伝達講習

1) 「日医師賠償責任保険の変遷」  
元日医師賠償制度検討委員長 石川 育成

2) 「インシデント・アクシデント・レポートの促進」  
岩手県医師会常任理事 和田 利彦

3) 「タイムアウトの導入と効果」  
岩手県医師会常任理事 望月 泉

4. 特別講演

座長 岩手県医師会副会長 小原 紀彰

演題『医療刑事事件について』  
講師 日本医師会総合政策研究機構研究部長  
澤 倫太郎 先生

質疑応答

5. 閉 会

(資料5)

岩手県医師会インシデント・アクシデントレポート (□事例あり・□事例なし)

平成 年 月 日 (書類作成日)

医療機関名称 名称 (省略可)

診療所の形態 □有床 ( ) 床)・□無床 ( )

報告者の職種 医師・看護師・事務・その他 ( )

報告者の経験年数 □1年未満 □1～5年未満 □5～10年未満 □10年以上

発生日時	平成 ( 23 ) 年 ( ) 月 ( ) 日 ( ) 曜日
発生時間帯	□診療時間中 午前診 ( ) 時 ( ) 分 午後夜間診 ( ) 時 ( ) 分 □診療時間外 AM・PM
発生部門	□診療部門 □看護部門 □薬剤部門 □検査部門 □リハビリ部門 □介護部門 □事務管理部門 □その他
発生場所	□駐車場 □外階段 □玄関 □廊下 □階段 □トイレ □更衣室 □待合室 □受付 □診察室 □薬局 □処置室 □超音波室 □放射線室 □CT室 □MRI室 □他検査室 □病室 □ディールーム □事務室 □リハビリ室 □透析室 □その他 ( )
診察 遭遇 その他	□診察拒否 □診察中トラブル □電話対応トラブル □窓口対応トラブル □患者間トラブル □訪問者による乱暴 □保険証返却忘れ □個人情報に関するトラブル □診療費に関するトラブル □患者情報登録間違い □無断離院 □禁止品持ち込み □暴言・暴行 □自傷・自殺・自殺未遂 □院内機器設備の破壊 □病診連携 (連携パス運用時) □その他 ( )
事例 内容	□点滴 □静注 □筋注 □皮下注 □皮内注 □経口薬 □経管投与 □外用薬・貼付剤 □点眼薬 □麻酔薬 □麻薬 □その他 ( ) 【誤った事例】 処方・指示ミスに伴う □投与量 □投与方法 □投与忘れ カルテ記入ミスに伴う □投与量 □投与方法 □投与忘れ □誤調剤 □人違い □点滴漏れ □点滴速度 □点滴忘れ □点滴の順番間違い □神経損傷 □感染 □副作用 □機器の操作ミス □その他 ( ) □生検 □採血・採尿 (採血困難を含む) □超音波 □内視鏡 X線 (□単純 □造影) C T (□単純 □造影) MRI (□単純 □造影) □尿道カテーテル□レスピレーター管理 □ギプス □その他 ( ) 【誤った事例】 □人違い □部位違い □操作ミス □実施忘れ □損傷 (神経・血管・他) □器具・設備不具合 □見落とし □感染 □その他 ( )

倒 落 その他	□診察時 □検査時 □自力歩行 □補装具歩行 □車椅子 □ストレットチャアー □その他 ( )
想定外 治癒	□変形治癒 □運動・知覚障害 □視力予後不良 □聴力予後不良 □その他 ( )
食 事	□運配膳 □未配膳 □誤指示 □異物混入 □食中毒 □食物・飲み物を来院者にこぼした □窒息・誤嚥 □その他 ( )
発生レベル	□レベル 0: 事故が起こりそうな環境に前もって気づいた 間違ったことが患者に実施される前に気づいた □レベル 1: 間違ったことが実施されたが、患者に変化はなかった □レベル 2: 間違ったことが実施され一時的な観察が必要となったが 治療の必要がなかった事例 □レベル 3: 事故のため治療が必要となった事例 □レベル 4: 事故により障害が残った事例 □レベル 5: 事故が死因となった事例
患者信頼度	□損なわない □余り損なわれない □少し損なう □大きく損なう □その他 ( )
発生要因の コメント	
原因 分析	人的要因 □うっかり忘れ □思い込み (記憶違い) □確認・観察不足 (不注意) □焦り □手順間違い □判断ミス □作業中断 (作業割り込み) □知識不足 □技術不足 □経験不足 □対象者に問題 □その他 ( ) 環境要因 □手順マニュアルの不備 □手順・マニュアル違反 □馴れ合い・慣習 □教育・指導不足 □診療時間帯 □勤務体制・勤務状況 □スタッフ間の連携 施設要因 □設備の問題 □器材の問題 □機器の問題 □照明 □騒音 □対象者の素行 □その他 ( ) □手順マニュアルの順守 □手順マニュアルの見直し □業務改善 □教育・研修 □スタッフ間コミュニケーション □勤務状況・勤務体制の改善 □環境整備 □医療機器・器材の点検 □その他
実施対応 改善策	

不足しましたらコピーをしてお使い下さい

### 第3章 茨城県医師会の医療安全への取り組み

執筆担当者 石渡 勇 委員

#### 1. はじめに

茨城県医師会では、医療安全への啓発、医療事故がおきた場合の紛争解決、さらに紛争処理(主に医師賠償責任保険)を3本の柱に実践してきた。

- 1) 紛争解決については、茨城県医師会ADR(医療問題中立処理委員会)が活躍している。市民代表・弁護士を中心に当該患者側と医療側が参加し、医師会からも事例を説明するための医師が参加し、患者側・医療側の誤解と説明不足を解消し、70%の事案を話し合い(多少の賠償金)によって解決してきている。その後もトラブルは発生していない。なお、医療側に茨城県医師会ADRについてのアンケートを実施したが、精神的負担の軽減と患者側医療側の人間関係が再構築できたとの好意的回答が多く見られた。この中に、高カリウム液の静脈外遺漏による皮膚壊死・皮膚移植事例があり、茨城県医師会ADRで解決した。
- 2) 医事紛争処理委員会では医療的な過失の有無を検討し、医師賠償責任保険による賠償対象であるかの検討をしている。この中に注射事故による事例が3件ある。
- 3) 日本医師会は、医療の安全を守ることは、国民の健康を第一とする日本医師会の責務と考えている。そこで、実践のためのパイロットスタディとして、医療安全対策委員会に委員を出している医師会で実施することとなった。成果が目に見えるように調査研究に工夫を凝らし、モデル事業を立ち上げ、全国の医療機関で実施していただき、全国レベルでの医療安全への取り組みを図りたいとのコンセプトであった。

そこで、茨城県医師会は医療安全への啓発事業として、日本医師会医療事故削減戦略システムの実践項目から、(重点項目3)採血・注射の安全な実施、(個-4)診療所におけるインシデント・アクシデント レポートの二つを選択した。この活動を通して、医療従事者の医療安全文化への関心を高めるとともに、医療安全につなげたい。事業の計画は平成22年12月に立案したが、東日本大震災で被害を受けた医療機関、また、通常の医療提供ができなくなった医療機関も多々あり、当初の予定が大幅に遅れた。また、県内産婦人科医療機関は、日本産婦人科医会(医会)が平成14年2月1日から4月30日に実施したインシデント・アクシデント レポート調査に協力し、現在も継続的に実施している医療機関もある。その効果についても報告したい。

## 2. 方法

### 1) 医療事故削減戦略システム実践～採血・注射の安全な実施

調査用紙: 静脈採血の自己点検表(資料1)、上腕・前腕の血管神経の走行図(資料2)、日本医師会インシデント・アクシデント レポート(資料3)を作成し、県内 25 市郡医師会に事業の参加を促した。そのうち、11 の医師会が参加の意向を示した。対象医療機関には依頼状を送付した。しかし、東日本大震災の影響もあり、当初予定していた 11 市郡医師会の中から石岡市、日立市、ひたちなか市、つくば市、水戸市からの報告があった。なお、実施に関しては3段階(適切であった、不十分な点があった、不適切であった)の評価を行った。

対象: 診療所(有床・無床)と小規模病院(50 床未満)

第1回目調査(講習会実施前)

期間: 平成 23 年3月1日から3月 31 日

回収: 市郡医師会でFAXにて回収、医療機関名を匿名化し、まとめて茨城県医師会に送付。茨城県医師会にて分析。

### 2) 講習会(茨城県医師会医療安全・医事紛争防止のための研修会)の実施

当初は平成 23 年3月 19 日(土)に茨城県メディカルセンター大講堂で実施する予定であったが、震災のため延期、平成 23 年6月 1 日(水)に水戸プラザホテルで実施した。講演の内容は以下のごとくである。

講演1: 医療事故削減戦略システム～事例から学ぶ医療安全～セカンドステージ スライドを説明した(茨城県医師会副会長、石渡 勇)。

講演2: 患者さんとのコミュニケーションと苦情・クレーム対応について(NKSJ リスクマネジメント株式会社、足立 尚人)

医療現場において、苦情・クレームは増加傾向にあり、それらの中には良好な医療を提供することへの妨げとなっているものもある。各医療機関とも苦情・クレーム対策をしているところである。講演では、医療訴訟の現状、患者さんとのコミュニケーション、コミュニケーション技術、苦情・クレーム対応について、悪質クレームの見極めと対応(不当要求)、などの説明があった。

講演会には 500 名が参加した。講演後フロアから活発な質問・意見がでた。講演の内容は茨城県医師会報(No.694, 4-34, 2011 参照)に掲載した。

### 3) 茨城県医師会ホームページに事業の内容を掲載

日本医師会医療事故削減戦略システム～事例から学ぶ医療安全～全文;日本医師会ホームページとリンク、静脈採血の自己点検表、血管神経の走行図、インシデント・アクシデント レポートなど

#### 4) 第2回目調査(講習会実施後)

前回調査に協力していただいた医療機関に講習会実施後再度アンケート調査を実施し、事業の成果を検討した。

期間:平成 23 年7月1日から7月 31 日

回収:茨城県医師会に医療機関を匿名化し直接FAXで回収。

#### 5) 第3回目調査(講習会実施後、再度確認後)

空欄のない 21 サンプルには第2回目調査後、さらに確認し3回目の調査を実施した。

期間:平成 23 年9月1日から9月 31 日

回収:医療機関で回収報告

#### 6) インシデント・アクシデント レポート調査

- ① インシデント・アクシデント レポート(「医療事故削減戦略システム」に掲載されている用紙のコピー、あるいはホームページからダウンロードした用紙)に記述していただき、市郡医師会に送付。市郡医師会で匿名化してまとめて茨城県医師会へ送付。115 サンプルを分析した。
- ② 日本産婦人科医会医療安全部では、平成 14 年2月1日から4月 30 日までの3か月間、主に分娩を取り扱う中小産婦人科医療機関(全国 133 医療機関)に医会インシデント・アクシデント レポート(資料4)を用い調査をかけた。分析レポート数 405、調査機関内の外来患者数 387,479 人、入院患者数 52,562 人、分娩数 10,947 人であった。茨城県内産婦人科機関で現在も継続的に実施している医療機関の報告をまとめた。調査期間 1 年間(平成 22 年 12 月～平成 23 年 11 月)に報告された 58 サンプルを分析した。医療安全に向けての改善点を指摘、その後の対策について報告をいただいた。

### 3. 結果

#### 1) 医療事故削減戦略システム実践～採血・注射の安全な実施について

第1回目の調査は回答数が 143 であった。回答用紙の項目の中には空欄もあり、不明として扱った。第2回目の調査ではかなり改善が見られた。第3回目の調査では、ほぼ 100%

正しく実施された。結果(正しい採血手技の実施率)を(資料5)に示す。18の質問項目のうち、正解率の低い項目は順に、項目5(ひじの外側(親指側)にあたる静脈を選ぶ 76%)、項目18(使用したホルダーは、適正な消毒方法を用い消毒する 77%)、項目12(採血の血流が止まったら、直ちに採血管をホルダーから抜く 80%)、項目4(採血管をホルダーに入れ、しっかりと固定する 82%)、項目11(複数の採血管に採血する時は、採血針先が動かないように固定して採血管を順にホルダーに差し替える 83%)であった。1回目、2回目、3回目と正解率の改善を見ると、項目5は76⇒88⇒100、項目18は77⇒78⇒95、項目12は80⇒85⇒100、項目4は82⇒86⇒100、項目11は83⇒84⇒100であった。また、質問項目すべてに答えた空欄無の21サンプルについては、2回の研修受講(1回目は全体講習会、2回目は医療機関での研修)によりすべての看護師が100%正確に静脈採血できるようになった(資料6)。

## 2) インシデント・アクシデント レポート

### ① 日本医師会の用紙を用いた報告

115調査報告書を分析した結果を別紙にまとめた。発生日時は、曜日別では日5、月12、火22、水13、木25、金13、土14、不明11であった。時間帯は日勤帯(午前8時から午後5時)14と準・夜勤帯(午後6時～午前7時)87、不明14、であった。発生場所は玄関1、待合室1、受付3、診察室2、処置室10、病室10、その他82、不明6であった。薬物については、点滴68、静注15、筋注0、皮下注2、皮内注0、経口9、外用0、麻薬0、その他0、内容については、処方・指示ミス1、投与量4、誤調剤2、点滴もれ52、人違い1、投与忘れ16、点滴速度1、その他静脈穿刺ミス12、人工透析事例が多く回数を重ねているうちに、脈管確保が困難になっている。検査については、X線2、内視鏡1、採血・採尿25。内容については、人違い2。転倒転落については4件あり、車椅子1件、自立歩行2件、ベッドから1件であった。接遇に対しては、診療中のトラブル(パソコンが故障し診療不能患者が怒る)1、暴言1、その他、初診と再診の誤りクレーム1、食事については、特になし、生命の危険度については、ない70、低い32、可能性あり3、高い以上の項目に該当する事例はなかった。患者信頼度については、損なわない42、あまり損なわない9、少し損なう28、大きく損なう6であった。

### ② 日本産婦人科医会の用紙を用いた報告

医会は「産婦人科施設における医療安全対策院内研修会用資料(平成18年2月)(注射点滴事故防止対策、与薬事故防止対策、輸血事故防止対策、検査事故防止対策、院

内感染防止対策、針刺し事故防止対策、患者誤認事故防止対策、妊娠・分娩事故防止対策、新生児取り扱いにおける事故防止対策、手術時の事故防止対策、麻酔事故防止対策、人工妊娠中絶手術における事故防止対策、給食関連事故防止対策、転落転倒事故防止対策、患者からのクレーム対処、等)」を作成し、全国支部、さらに会員に配布した。

茨城県内産婦人科機関のこの1年間の分析レポート数は58であった。病床数30、分娩数700/年、開腹手術180/年、医師数6人、助産師数3人、薬剤師1人、正・准看護師40人、検査技師3人、事務員5人、給食5人である。

職種別体験は医師8(14%)、助産師6(10%)、看護師16(28%)、薬剤師1、検査技師1、事務員26(45%)、給食0であった。発生場所は、受付20(35%)、外来17(30%)、病棟8(14%)、分娩室2、新生児室2、手術室2、薬局4、検査室2、厨房0、その他0、空白1であった。一方、医会の報告では、病棟41.6%、外来20.1%、受付8.1%、新生児室6%、分娩室5.5%、手術室4.8%、薬局3.3%、検査室2.4%、厨房1.4%である。分娩の多い医療機関では新生児室・分娩室で発生が多くなる。全国調査の医会データと茨城県のデータで事務員(受付)での発生頻度に大きな乖離がみられるのは、茨城県データは新人事務員によるカルテ出し間違いが事務の報告数の80%を占めていたためである(資料7)。

体験した内容は重複も含め、合計70で、診療に関するもの42(60%)、療養に関するもの5(7%)、観察・評価・情報伝達に関するもの23(33%)、環境に関するもの0であった。診療に関するものでは、与薬10、注射点滴10、輸血0、機械類の捜査・モニター1、検査9、チューブ類の外れ・閉塞など1、内視鏡0、手術0、麻酔0、分娩0、医療ガス0、その他12であった。危険度レベルはレベル0(ミスがあったが最終的には実施されなかった)10(22%)、レベル1(実害なし、適度な観察)24(53%)、レベル2(低い、観察強化)7(16%)、レベル3(可能性あり、治療の必要あり)3(7%)、レベル4(高い、後遺症を残す危険性が高い)1(2%)、レベル5(極めて高い、事故が死亡につながる可能性が高い)0、空白16であった。また、体験時の健康状態は身体的にも精神的にも普通の状態で発生している。

## 4. 考察

### 1) 医療事故削減戦略システム実践～採血・注射の安全な実施について

各医療機関では、医療安全に向けて積極的に取り組まれている。特に、採血はすべての医療機関で数多く実施されている項目であり、頻度は別にしてもっとも医療事故件数の多い医療行為である。チェック項目は18項目、3段階で評価した。もっとも多い実施上の誤りは採血部位であった。橈骨(親指)側の血管からの採血がもっとも推奨されているが、

その正解率は76%で、正中静脈から採血されている例がかなり見られた。医療機関の取り組みにもよるが、3回目の調査ではすべての項目で、満足できるほどの改善が見られた。今後も、2～3か月に一度の教育確認を継続的に実施することが重要である。

## 2) インシデント・アクシデント レポート調査について

インシデント・アクシデント レポート調査では、人工透析実施機関からの報告が多く、十分な調査と評価はできなかった。そこで、医会が調査した方法に従って、現在も実施している分娩機関からの報告をまとめた。分析結果は、診療に関するもの60%、観察・評価・情報伝達に関するもの33%、療養に関するもの7%、環境に関するもの0%であった。診療に関するもののなかで、与薬、注射・点滴、検査ミスが多かった。多くは健康な状態の時に発生している。受付業務(事務員)に報告数20(35%)が多い理由を調査すると、その80%がカルテの出し間違いであった。その原因は、当該機関ではカルテ番号の他にID番号を採用し、新人の事務員がカルテ番号(姓名を番号化)を用いていたので同姓同名患者のカルテ出し間違いがおこってしまった。この間違いはID番号とのダブルチェックによってほとんど改善された(資料7)。いずれの部署においても可能な限り診療行為にあたってはダブルチェックが必要であろう。

## 5. おわりに

東日本大震災にも関わらず、協力していただいた医療機関および先生、従業員スタッフに心から感謝申し上げます。医療安全に向けて今後とも、継続的な取り組みをお願いしたい。

---

### 資料

資料1: 静脈採血の自己点検表

資料2: 上腕・前腕の血管神経の走行図

資料3: 日本医師会インシデント・アクシデント レポート

資料4: 日本産婦人科医会インシデント・アクシデント レポート用紙

資料5: 正しい静脈採血手技の実施率

資料6: 正しい静脈採血手技の実施率(すべての項目に回答した21 サンプル)

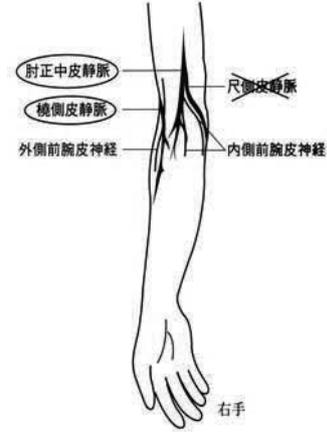
資料7: 茨城県産婦人科医療機関でのインシデント・アクシデント発生場所

静脈採血の自己点検表

Table with 4 columns: No., 採取手順、及び採取手技, 点検結果, 点検結果が△×であった場合は、改善策(予定を含む)を記入する。 Rows include steps from (1) 採血に適した姿勢 to (8) 採血針の廃棄.

点検結果の記入 ○△×式
○: 適、ある、なっている、実施されている
△: 不十分な点がある
×: 不適切

肘部の静脈と神経走行



インシデント・アクシデント・レポート

年 月 日 報告

報告者 氏名 (省略可)

担当者(上席者) 氏名 役職

Incident Report form with sections: 発生日時, 発生場所, 薬物, 内容, 検査, 内容, 自己抜去, 事故抜去.

Incident Report form with sections: 発生内容, 接遇, 食事, 生命危険度, 患者信頼度.

レポート詳細

《診療録、看護記録等にもつづく客観的な事実を記載すること》

Table for detailed report content with multiple empty rows.

(資料4)

表5 日産婦科「インシデント・アクシデント/レポート」用紙

注) 本誌掲載に合わせて体裁改定

「インシデント・アクシデント/レポート」調査用紙

報告書作成年月日 2002年 月 日

**A. 貴施設体験者**  
(インシデント・アクシデントに関与した従事者)

① 体験者の氏名  
1 医師 2 助産師 3 看護師  
4 事務員 5 検査士 6 薬剤師  
7 調理師 8 その他:

② 経験年数 年

**B. 患者**

① 患者イニシャル  
② 性別 1 男 2 女  
③ 入院時/入院時の病名:

**C. 発生場所・日時**

① 発生場所  
1 受付 2 外来 3 病棟  
4 分娩室 5 新生児室 6 手術室  
7 薬局 8 検査室 9 厨房  
10 その他:

② 発生日時 2002年 月 日 時 分  
③ 発生時間帯 1 日勤 2 準夜 3 深夜  
④ 発見日時 2002年 月 日 時 分  
⑤ 処置を開始 2002年 月 日 時 分  
⑥ 院長に報告 2002年 月 日 時 分

**D. 体験したインシデント・アクシデントの内容**  
(種類と内容)

① 診療に関するもの  
1 与薬(経口) 5 チューブ類の 10 分娩  
2 注射・点滴 6 外れ・閉塞など 11 医療ガス  
3 IVHなど 7 内服薬 12 その他:  
8 輸血 9 検査  
4 機械類の操作・モニター 10 手術 11 麻酔

② 療養に関するもの  
1 転倒・転落 4 入浴 7 無断外出  
2 誤飲 5 排便 8 院内暴行  
3 熱・凍傷 6 自殺・自傷 9 その他:

③ 観察・評価・情報伝達に関するもの  
1 患者観察・病態評価 4 患者家族への説明・援護  
2 情報の記録 5 その他:  
3 伝達(申し送り)

④ 環境に関するもの  
1 設備 3 院内感染  
2 環境 4 その他:

**E. 発生の経過**

**F. 対応と経過**

① 危険度  
1 レベル0:ミスがあったが最終的に実施できなかった  
2 レベル1:実害なし:適度な観察  
3 レベル2:低い:観察強化  
4 レベル3:可能性あり:治療の必要あり  
5 レベル4:高い:後遺症を残す危険性が高い  
6 レベル5:極めて高い:事故が死因となる可能性が高い

② 「レベル0」の場合は、事故防止できた理由

**G. 患者への信頼度**

1 大きく損なう 2 少し損なう 3 余り損なわない

**H. 発生後の説明とその後の患者の反応**

① 説明相手 1 本人に 2 家族に  
② 理解度 1 よく理解したと思う 2 普通  
3 少し理解した 4 ほとんど理解なし  
③ 納得度 1 納得したと思う 2 まあまあ 3 納得できず  
11 その他:

**I. 発生した理由**

1 観察不足 2 検査遅れ 3 検査結果の誤り  
4 診断遅れ 5 診断の誤り 6 投量不足  
7 手術ミス 8 連絡不備 9 説明不足  
10 高次医療機関への紹介・搬送の遅れ  
11 その他:

**K. 体験時の健康状態(身体的・精神的)**

① 身体的  
1 普通  
2 疲労:勤務のため  
3 疲労:私生活のため  
4 疲労:勤務+私生活のため

② 精神的  
1 普通  
2 疲労:勤務のため  
3 疲労:私生活のため  
4 疲労:勤務+私生活のため

**L. 自らが得た教訓および対策**

~レポートの詳細を表面にご記入(簡潔・明確に)下さい。~ (注)裏面記入欄:省略

-4-

(資料5)

静脈採血の自己点検改善率

No.	採取手順、及び採取手技	第1回目 正解率(%)	第2回目 正解率(%)	第3回目 正解率(%)
	サンプル数	144	81	21
(1) 採血に適した姿勢				
1	1.患者の緊張を解くような対応をする。	93	95	100
2	2.患者には座位、採血者は対面に位置し、目標とする血管と正面になる位置とする。 ⇒ 採血部位は心臓の位置より下にする。	95	98	100
(2) 採血管の準備				
3	3.使用する採血管を室温に戻す。	86	94	100
4	4.採血管をホルダーに入れ、しっかりと固定する。	82	86	100
(3) 穿刺静脈の選び				
5	5.ひじの外側(親指側)にあたる静脈を選ぶ。	76	88	100
6	6.駆血帯を上腕中間で絞める。	92	98	100
7	7.指の腹で血管の弾力性を確かめる。	95	99	100
(4) 皮膚の消毒				
8	8.目標とする静脈の周囲を消毒する。	94	99	100
(5) 採血				
9	9.採血針を切り口を上向きにして静脈と平行にして穿刺する。	94	99	100
10	10.採血管をホルダー内に差し込み血液が流入する状態を確認する。	85	88	100
11	11.複数の採血管に採血する時は、採血針先が動かないように固定して採血管を順にホルダーに差し替える。	83	84	100
(6) 採血針の抜針				
12	12.採血の血流が止まったら、直ちに採血管をホルダーから抜く。	80	85	100
13	13.駆血帯を外す。 ⇒ 採血管をホルダーから抜いたあとに、駆血帯を外す。	90	89	100
14	14.穿刺部位にアルコール綿を軽く当てながら、採血針を静かにまっすぐ引き抜く。	93	99	100
(7) 部位の圧迫止血				
15	15.採血針を抜いたら直ちに消毒用アルコール綿で穿刺部位を圧迫して止血する。	93	99	100
16	16.止血されたら、穿刺部位にガーゼ付きの絆創膏を貼り付ける。	90	98	100
(8) 採血針の廃棄				
17	17.使用した採血針を廃棄する。	95	99	100
18	18.使用したホルダーは、適正な消毒方法を用い消毒する。	77	78	95

点検結果の記入 ○△×式

○:適、ある、なっている、実施されている

△:不十分な点がある

×:不適切

正解率:○/全数

(資料6)

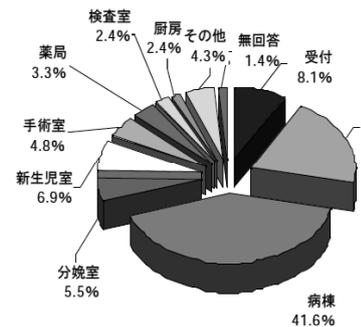
静脈採血の自己点検表

No.	採取手順、及び採取手技	講習会前	講習会実施1か月後	講習会実施3か月後	講習会実施6か月後	点検結果が△×であった場合は改善策(予定を含む)を記入する。
(1) 採血に適した姿勢	1 患者の緊張を解くような対応をする。 2 患者には座位、採血者は対面に位置し、目標とする血管と正面になる位置とする。 ⇒ 採血部位は心臓の位置より下にする。	○17,△4,×0	○20,△1,×0	○21,△0,×0	○21,△0,×0	①血流の弱い時は心臓より下にする。②採血部位は、心臓と同じ位置
(2) 採血管の準備	3 使用する採血管を室温に戻す。 採血管をホルダーに入れ、しっかりと固定する。 ⇒ ホルダーは、採血する患者毎に清潔なものを使用する。 ⇒ 採血針を採血管のキャップ(ゴム)部分に接触させ固定する。	○19,△2,×0	○21,△0,×0	○21,△0,×0	○21,△0,×0	①血管の出にくい患者にはシリンジで採血するのが望ましい。
(3) 穿刺静脈の選び	5 ひじの外側(親指側)にあたる静脈を選ぶ。	○17,△4,×0	○20,△1,×0	○21,△0,×0	○21,△0,×0	①できるだけ外側を選ぶ。②日々人により穿刺場所を異なる。③カルテを見ながら部位を選択し、④神経痛のリスクを考慮し穿刺部位を覚えておく。
(4) 皮膚の消毒	6 駆血帯を上腕中間で絞める。 7 指の腹で血管の弾力性を確かめる。	○21,△0,×0	○21,△0,×0	○21,△0,×0	○21,△0,×0	弾力性の他に走行状態も確かめる。(穿刺する部位による)
(5) 採血	8 目標とする静脈の周囲を消毒する。	○21,△0,×0	○21,△0,×0	○21,△0,×0	○21,△0,×0	穿刺部位を中心として円を描くように外側に向かって周囲を消毒する。
(6) 採血針の抜針	9 採血針を切り口を上向きにして静脈と平行にして穿刺する。 10 採血管をホルダー内に差し込み血液が流入する状態を確認する。 11 複数の採血管に採血する時は、採血針先が動かないように固定して採血管を順にホルダーに差し替える。	○21,△0,×0	○21,△0,×0	○21,△0,×0	○21,△0,×0	
(7) 部位の圧迫止血	12 採血の血流が止まったら、直ちに採血管をホルダーから抜く。 13 駆血帯を外す。 ⇒ 採血管をホルダーから抜いたあとに、駆血帯を外す。 14 穿刺部位にアルコール綿を軽く当てながら、採血針を静かにまっすぐ引き抜く。	○19,△2,×0	○21,△0,×0	○21,△0,×0	○21,△0,×0	
(8) 採血針の廃棄	15 採血針を抜いたら直ちに消毒用アルコール綿で穿刺部位を圧迫して止血する。 16 止血されたら、穿刺部位にガーゼ付きの絆創膏を貼り付ける。	○21,△0,×0	○21,△0,×0	○21,△0,×0	○21,△0,×0	
(9) 採血針の廃棄	17 使用した採血針を廃棄する。 18 使用したホルダーは、適正な消毒方法を用い消毒する。	○21,△0,×0	○21,△0,×0	○21,△0,×0	○21,△0,×0	使用後の針入り専用の医療廃棄物へ廃棄 毎回アルコール綿で消毒しているが週一回にピラン液に浸す。毎週大塚日清薬局とする。当院では消毒薬を使用

点検結果の記入 ○△×式  
○:適、ある、なっている、実施されている  
△:不十分な点がある  
×:不適切

(資料7)

## インシデント・アクシデントの発生場所



インシデント・アクシデントの発生場所は、病棟41.6%、外来20.1%、受付8.1%、新生児室6%、分娩室5.5%、手術室4.8%、薬局3.3%、検査室2.4%、厨房1.4%である。分娩の多い医療機関では新生児室・分娩室で発生が多くなる。

今回調査:合計57

受付20(35%)、外来17(30%)、病棟8(14%)、分娩室2、新生児室2、手術室2、薬局4、検査室2、厨房0、その他0、空白1

受付業務の検討:カルテの出し間違いが80%であった。  
対策:カルテチェックをID番号で実施することで改善した。

## 第4章 東京都医師会の医療安全への取り組み

執筆担当者 松本 賢治 委員

### 1. はじめに

東京都医師会では、医療安全に対して以下の取り組みを行っている。

- 1)「診療に関する相談窓口」を設置し、患者またはその関係者からの診療に関する苦情および相談を受け付け、これに都医師会として適切に対応することを通じて、医療機関、医療関係者と患者とがより深い信頼関係で結ばれることを目的としている。

過去にあったいろいろな事案を通じてデータの蓄積や各種資料を纏めてPCで管理し、同じ相談・苦情については、誰が聞いても同じ答えができるように工夫をし、常に見直しを行いながら対応内容の質管理をしている。

受け付けた事案は、全件を毎月「診療情報提供推進委員会」に報告し、東京都医師会内部で情報を共有することを目指すとともに、窓口対応の内容に問題はないかをチェックしている。この委員会には都民の代表も2名委員として配置している。

平成22年度は164件の相談・苦情(医療機関の問合せは除く)があった。

- 2) 地区医師会主催の医療安全研修に係る後方支援

平成19年4月1日から医療法及び薬事法が改正され、医療安全管理体制の整備が全ての医療機関に対して義務付けられた。

本会では、医療機関における医療安全管理体制設備の推進を図り、もって、医療事故や各種トラブルを軽減させることを目的として、各地区医師会が主催して行う医療安全研修会に対して、後方支援(医療安全研修の講師・テキスト等の案内、交付金交付)を平成21年度から実施している。実施状況は以下のとおり。

年 度	地区医師会	合計参加人数
平成21年度	12か所	815名
平成22年度	14か所	1,003名

22年度実施された研修内容は以下のとおり。

医療事故・医事紛争対応
医療機関における感染対策
悪質クレームと院内暴力
医療類似行為の現状と課題
最近の医療事故とリスクマネジメント
医療事故に対する法の支援の在り方
弁護士から見た医療訴訟
医療法等における医療安全に関する規定の概要
医療機関に求められる医療安全管理体制
医療安全への取り組み
困った院内トラブルの対応
悪質なクレーム・院内暴力対応
医療機関に求められる医療安全管理体制
医療安全管理体制の義務化に伴う医療機関における対応について

## 2. 今年度のテーマの選択とその理由

### 1) インシデント・アクシデント レポートの収集

病院などでは組織的にとりあげている当該レポートだが、診療所における実態はつかめていない。診療所においてどのようなヒヤリ・ハット事例があるのか、一度調査しておく必要を感じた。情報をまず期間限定で集めてみて、結果を分析したいと思った。

日本医療機能評価機構では、医療法施行規則に基づき、平成16年より医療事故情報収集等事業を行っているが、殆どは病院からの報告であり、Webで公開されている情報では、病院・診療所の区別がわからない状況である為、都内の診療所におけるヒヤリ・ハット事例は把握しづらい状況にある。

レポート用紙は、日本医師会の「医療事故削減戦略システム」の巻末に掲載されているものを使用したが、それに病院・診療所の区別欄を加えることで、診療所の情報を把握することが可能となった。

### 2) 採血・静脈注射時に起こる外傷性神経炎の予防(マニュアル作成)

医事紛争の中で頻度の高い事案として、採血注射または点滴に伴う外傷性神経炎が、平成19年度7件、平成20年度7件、平成21年度6件、平成22年度9件とそれぞれトップ3位以内に位置していることから、マニュアル化して軽減化を図れないかと検討した。

しかしながら、日本医師会・医療安全対策委員会答申の「医療事故削減戦略システム」に掲載されている図がかなり充実しており、それ以上のものは作成できないと理事会において判断し、作成は中止することとした(東京都医師会 理事会確認済)。

### 3. 方法

インシデント・アクシデント レポートの収集方法等は以下のとおりである。

#### 1) インシデント・アクシデント レポートの収集

##### ①担当理事連絡会で依頼（H23年3月）

日本医師会の様式を配布し、担当理事から地区会員医療機関へ周知してもらうよう依頼。

医療機関からは東京都医師会へ直接FAXで提出してもらう。

##### ②地区医師会へ文書で依頼（H23年8月）

地区医師会で2件以上取りまとめ、東京都医師会へ提出してもらうよう依頼。

#### 2) 対象施設・施設数の選定

対象施設 = 東京都医師会に所属する病院・診療所

施設数 = A会員 約10,000施設

#### 3) 成果・効果の把握方法

インシデント・アクシデント レポート用紙は日本医師会の「医療事故削減戦略システム」の巻末に掲載されているものを使用した。このレポート用紙に、病院・診療所の区別欄を加えることで、両者の差異を把握できるようにした。

#### 4) 期間

平成23年8月4日～平成23年9月16日

### 4. 結果

「医療機関におけるインシデント・アクシデント レポート（ヒヤリ・ハット事例）の収集結果」は別表のとおりであった。

インシデント・アクシデント レポートの収集については、地区医師会 医事紛争担当理事連絡会（平成23年2月25日）、東京都医師会理事会（平成23年8月2日）、地区医師会長協議会（平成23年9月16日）を経て、周知徹底した。

今回の情報収集では、東京都医師会の会員医療機関からは、全体で348件の報告があり、そのうち、診療所からの報告は109件であった。今回、診療所からの報告が100件を超えたことで、診療所におけるヒヤリ・ハットの特徴を掴む判断材料としては活用できるものと判断している。

## 5. 考察

インシデント・アクシデントの具体的な実態が解明され、今後の対策の指針作りに寄与できたと思われる。特に、これまで不透明であった有床・無床の診療所の情報が得られた点は、極めて有用と思われる。

その結果、以下のことを行うことが医療安全の向上に必要なことと思料された。

### 1) 薬物誤用や診察・検査での患者取り違え対策

診療所レベルにおいても、IDカード作製を義務付け、複数人の確認により事故防止に努める。処方忘れや検査の実施忘れに関しては、外来と薬剤部や病棟と検査科とのダブル・チェックにて防止する。

### 2) ドレーンや点滴の事故（自己）抜去問題対策

堅固に固定したりシーネ固定することにより防止策を講じる。

### 3) 転落事故対策

ベッド柵を高めを設定することにより防止する。不穏な患者に対しては、拘束着着用も考慮する。可能であれば、病室とナース・ステーションを結ぶ監視カメラも設置する。

### 4) 転倒事故対策

移動時にできれば複数人で介助する。危険性が想定される場合は、積極的に車椅子を利用する。

### 5) 接遇トラブル対策

定期的に職員教育を行う。さらに、接遇マニュアルを作製することが望ましい。

## 6. 今後のあり方

### 1) インシデント・アクシデント レポートについて

今後も継続的・定期的にアンケート調査を実施し、実態の流れを把握し、問題点に対する解決策を、適宜その都度講じることが望ましい。具体的には、インシデント・アクシデント レポートから得られた実態に対する前記考察等を、地区医師会で実施する医療安全研修会で必ず会員にフィードバックしてもらうことを徹

底していくことで、医療事故の削減を目指していきたい。

但し、実態をより正確に把握するために、今回のアンケート内容で以下の問題点が指摘された。

- ①医療機関の種別で、診療所の場合は有床（何床か）あるいは無床の区別。病院に関しては、病床数の明記。
- ②薬物に関しては、具体的な薬剤名の記載。
- ③自己（事故）抜去に関しては、点滴以外の場合の具体的な医療材料の記載。できれば、自己と事故は別枠扱いとする。
- ④転倒と転落も、別枠扱いとする。転倒に関しては、介助人の有無も記載する。

## 2) 東京都医師会の今後の方針

平成 21 年度より、各地区医師会が実施する医療安全研修会に対して後方支援を実施している。当該研修会への参加者数は、平成 21 年度は 12 地区医師会で開催し 815 名の参加、平成 22 年度は 14 地区医師会で開催し 1,003 名の参加となった。平成 23 年度についても、東日本大震災の影響があったものの 23 年 12 月末現在で昨年度を上回る実施状況（新たに開催する医師会が出てきた）で、徐々に定着してきている。

しかしながら当該医療安全研修会の実施率は、現在まだ約 35%程度である。東京都医師会では、医療法で義務付けられている医療安全研修会の実施率が毎年 100%になるように、研修会メニューや情報の提供を更に工夫するなどして引き続き手を打っていききたい。研修会で、会員から得られたインシデント・アクシデント情報や対応した打ち手を着実に会員にフィードバックすることにより、病院・診療所とりわけ診療所における医療事故削減に少しでも繋げていきたい。

## 東京都医師会

### 医療機関におけるインシデント・アクシデントレポート(ヒヤリ・ハット事例)の 収集結果

#### ■対象

東京都医師会 会員医療機関

#### ■依頼方法

①担当理事連絡会で依頼(H23年3月)

担当理事 → 地区会員医療機関へ周知。医療機関 → 東京都医師会へ直接FAXで提出。

②地区医師会へ文書で依頼(H23年8月)

地区医師会で2件以上取りまとめ、東京都医師会へ提出。

#### ■期間

平成23年8月4日から平成23年9月16日

#### ■報告件数

病 院	239件
診療所	109件
合 計	348件

### ヒヤリ・ハット事例 病院と診療所で特徴が共通しているもの

#### ■種別(分野)

ヒヤリ・ハットが一番多い種別(分野)は病院・診療所ともに薬物であり、約40%を占めている。

#### ■発生場所

病院では病室、診療所では診察室・処置室での発生が一番多い。

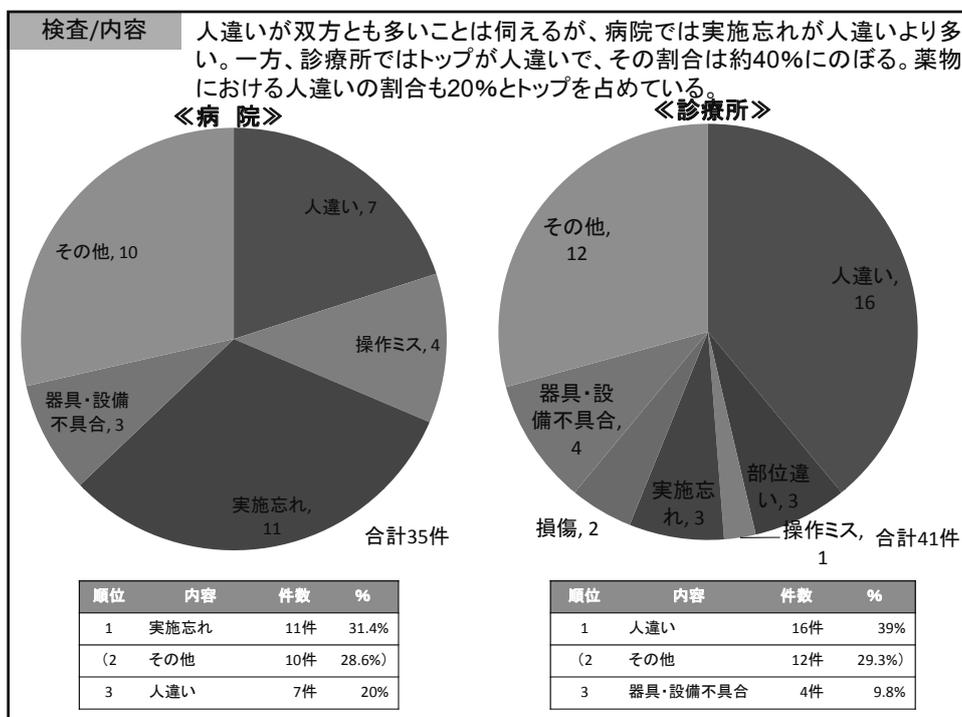
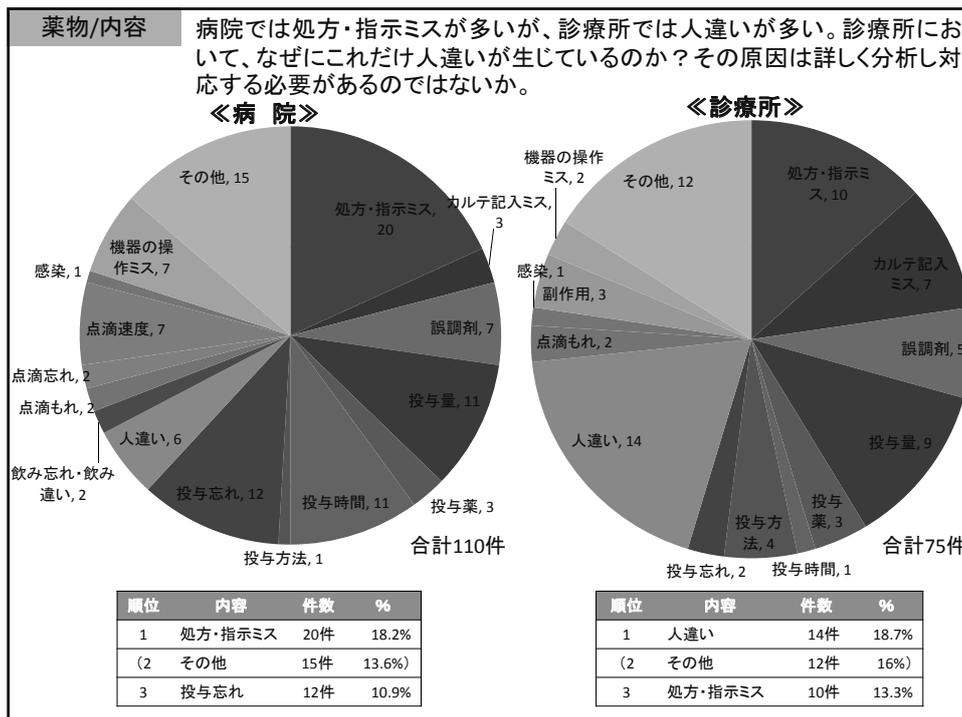
※ただし、受付での発生率は、病院は1.3%に対し、診療所は14.8%と差がある。

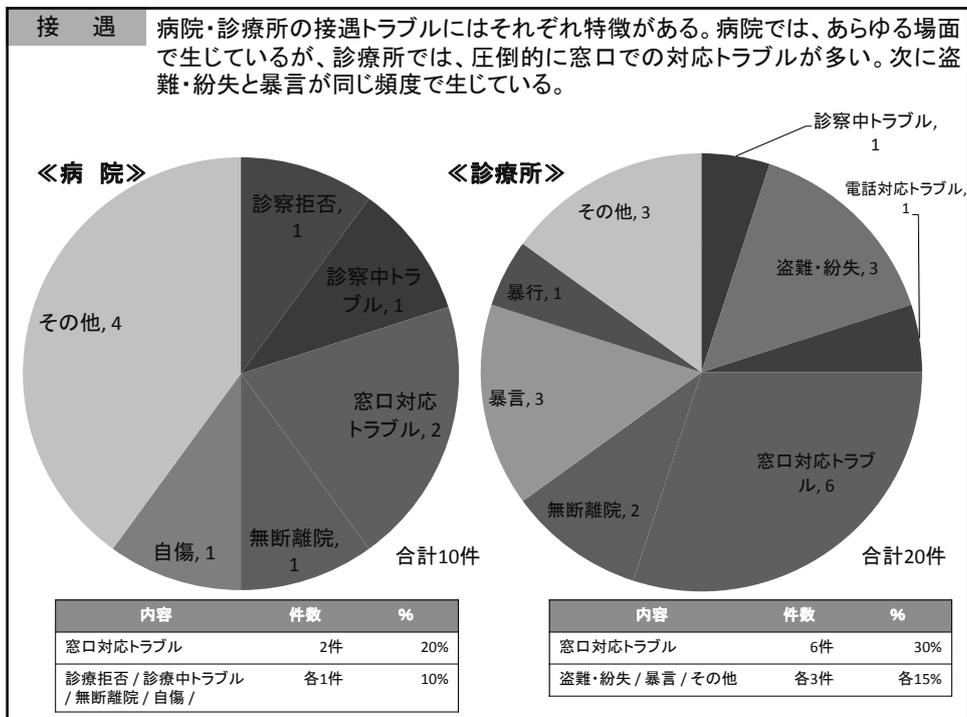
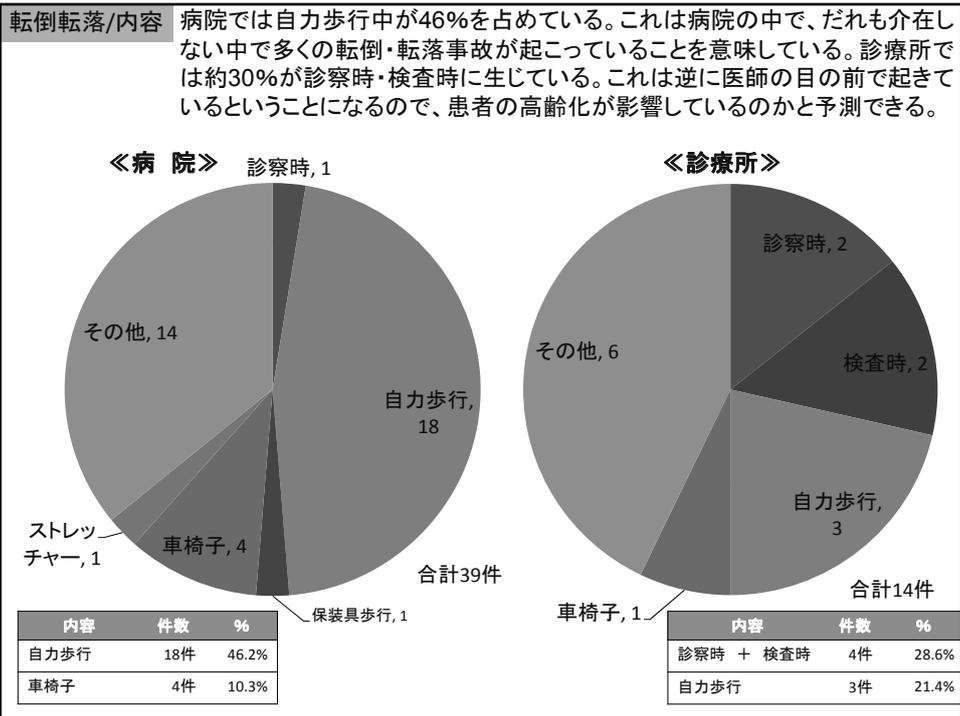
#### ■薬物に関する内容

薬物の中では、経口に関する事例が一番多く、病院・診療所ともに約44%を占めている。

#### ■検査に関する内容

検査の中では、採血・採尿に関する事例が一番多く、病院・診療所ともに40%代を占めている。





## 第5章 愛知県医師会の医療安全への取り組み

執筆担当者 横井 隆 委員

### 1. はじめに

愛知県医師会における医療安全に関する各種事業の取り組みは下記の通りである。

#### 1)愛知県医師会の医療安全に関する活動

##### ①医療安全対策委員会の設置

愛知県医師会の医事紛争対策は、1966年度に医療事故処理委員会（現在は医療安全対策委員会）が設置されたことに始まる。2010年度の実績は183件である。毎月1回開催される委員会では、審議結果は有責・無責とはいえない・無責・再審・施設事故に分類される。委員会後は各案件に対して代理人として選任された弁護士が、会員と損害保険会社職員と連絡をとりながら対応している。ここ数年の委員会の取り組みとしての特長は、自浄作用の一環として、短期間（2～3年）に複数の医療事故を起こし、いずれも有責となった医師に対して担当理事・各科担当委員等が面談し、事情を聴取した上で、必要に応じて「改善レポート」の提出を求めるといった活動を行っていることである。

##### ②社会保険集団指導講習会並びに医療安全情報説明会の開催

2年に1度、県下の全A会員を対象にした「社会保険集団指導講習会並びに医療安全情報説明会」を開催し、医療安全に関する啓発活動を継続している。

##### ③医療安全に関する講演会の開催

2006年度から、愛知県の医療安全対策事業の一環として、院内感染対策等のテーマで「医療者向けの医療安全に関する講演会」を年に2回開催している。また、講演会の内容を冊子にして全A会員に配付している。また、セカンド・オピニオンや上手な医療機関のかかり方等のテーマで、「県民向けの医療安全に関する講演会」を年に1回開催している。

##### ④『医療事故削減戦略システム～事例から学ぶ医療安全～』の「伝達講習会」の開催

2010年3月に日本医師会で作成された『医療事故削減戦略システム～事例から学ぶ医療安全～』のテキストを使用した「伝達講習会」を、2010年度は名古屋・尾張・三河の3地区で開催し、2011年度は県下各医会（内科医会等8医会）に依頼して開催している。講師は医療安全対策委員会の委員が務めている。

## ⑤愛知県医師会剖検システムの運営

1985年度から県医師会独自に運営している「愛知県剖検システム」を、2010年度より救急委員会から医療安全対策委員会に移行し、名称を「愛知県剖検システム」から「愛知県医師会剖検システム」に変更して、関与する対象の明確化と費用負担の見直しを行った。2010年度は8件に対応した。剖検システムは当初より県下4大学病院病理医の協力を得て運営しており、受付窓口は愛知県医師会救急医療情報センターが担っている。

## ⑥会員相談窓口の設置

苦情相談センターには、自院に対する患者・家族からの苦情・暴言暴力等への対応についての医療機関からの相談が年に70件前後あり、増加傾向にある。こういった会員からの相談に対応するために、2010年9月から医師会事務局庶務課に「会員相談窓口」を設けた。

## ⑦「死因究明システム推進委員会」の設置

2011年度の新たな取り組みとして、「死因究明システム推進委員会」を設置することとした。四大学の協力を得て、診療所や中小医療機関を含むすべての医療機関で「院内事故調査委員会」を設けるうえでの課題を検討することとした。

## 2)医療安全支援センター委員会(通称:苦情相談センター委員会)

2003年4月から、中立的な立場で医療に関する苦情相談に対応することを目的にして、苦情相談センターの運営を開始した。その後、2006年度からは愛知県の委託事業(医療安全対策推進事業)として運営されている。

相談事例数は大幅な増加傾向にあり、開設時の2003年度は298件であったが、2010年度は1,042件と激増している。苦情相談センター委員会は月1回開催されており、医師である専門委員と理事・弁護士が対応した事例を報告して検討している。また、『事例集』を作成し、検討した主な事例内容を県下の医師会員に周知して、患者・家族との適切なコミュニケーションのあり方等、日常診療に役立つノウハウを提供している。

問題がこじれて賠償請求を伴う医事紛争に至る事例(医療安全対策委員会で取り扱う事例)は少なく、このことから苦情相談センターの活動が医事紛争の防止に資する役割を果たしていることが示唆されている。

## 2. 医療事故防止のための会員実態調査－テーマの選択とその理由・方法－

『医療事故削減戦略システム～事例から学ぶ医療安全～』で示された9重点項目の中から、医療安全対策委員会で取り扱う案件において各診療科に共通する内容としての静脈採血と、毎年「講演会」を開催している院内感染防止対策のチェックリストを作成し、会員への医療安全対策への注意喚起・啓発を試みることを目的とした。

愛知県下43地区医師会(全47郡市区医師会から4大学病院医師会を除く)を対象とした。静脈採血と院内感染防止対策のチェックリストを平成23年4月に第一次調査として各10部送付(全体で430部送付)。実態を把握して十分に実施されていない項目については改善策を記入・返送を依頼した。また、同年6月に第二次調査として、第一次調査で回答があった会員(343名)を対象に、第一次調査と同じ内容のチェックリストを送付して改善結果を把握した。

## 3. 結果

第一次調査の回答数は343で、回収率は79.8%であった。また、第一次調査で実施できていない項目について改善結果の報告を求めた第二次調査の回答数は219で、回収率は63.8%であった。以下に静脈採血・院内感染防止対策に分けて項目毎の調査結果と、主な第一次調査における改善策・第二次調査における改善結果及び意見について述べる。

### 1) 静脈採血のチェックリスト

第一次調査及び第二次調査の結果において、95%以上の会員が実施していると回答した12の項目は変わりなかった。ただし、第二次調査では7項目で実施率が上昇していた。一方で、第一次調査及び第二次調査の結果において、実施率が約70%であった項目も変わりなかった。以下に第二次調査における実施率の割合ごとに整理して述べる。

#### ① 実施率100%・95%以上の項目

第二次調査で実施率が100%であったのは、表1の7項目である。ただし、「目標とする静脈の周囲を消毒する」と、「採血針の切り口を上向きにして静脈と平行にして穿刺する」は、第一次調査でも100%の実施率であった。また、第二次調査で実施率が95%以上であったのは、表1の5項目である。この中では「患者には座位、採血者は対面に位置し目標とする血管と正面になる位置とする(採血部位は心臓の位置より下にする)」、「駆血帯は1分以上巻いたままにしない」、「採血針を抜いたら直ちに消毒用アルコール綿で穿刺部位を圧

迫して止血する(数分間の圧迫を指示)」の3項目が第二次調査で実施率が上昇した。

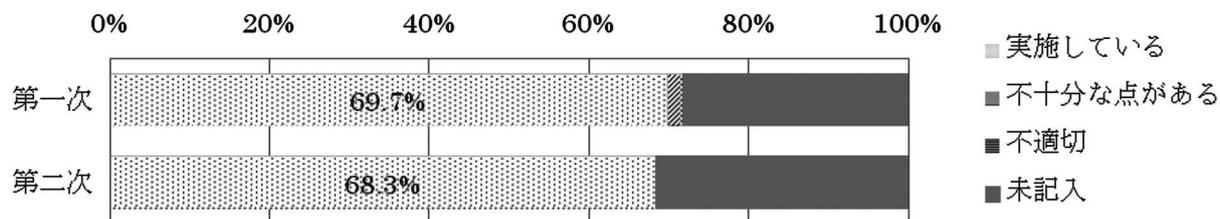
表1 実施率 100%・95%以上の項目

実施率 100%	第一次	第二次
患者の緊張を解くような対応をする	98.3%	100%
肘部が最適で正中部・外側部の肘正中皮静脈・橈側(拇指側)皮静脈が望ましい	99.1%	100%
駆血帯を上腕中間で絞める	99.1%	100%
目標とする静脈の周囲を消毒する	100%	100%
採血針の切り口を上向きにして静脈と平行にして穿刺する	100%	100%
穿刺が困難な場合は部位の変更・術者の交代をする	99.4%	100%
穿刺部位にアルコール綿を軽く当てながら採血針を静かにまっすぐ引き抜く	99.4%	100%
実施率 95%以上	第一次	第二次
患者には座位、採血者は対面に位置し目標とする血管と正面になる位置とする (採血部位は心臓の位置より下にする)	95.3%	98.2%
駆血帯は1分以上巻いたままにしない	92.4%	97.7%
指の腹で血管の弾力性を確かめる	99.7%	99.5%
穿刺時に強い疼痛・しびれ等の神経症状を訴えた場合は直ちに中止する	99.1%	99.1%
採血針を抜いたら直ちに消毒用アルコール綿で穿刺部位を圧迫して止血する(数分間の圧迫を指示)	98.0%	99.5%

## ②実施率 70%前後の項目

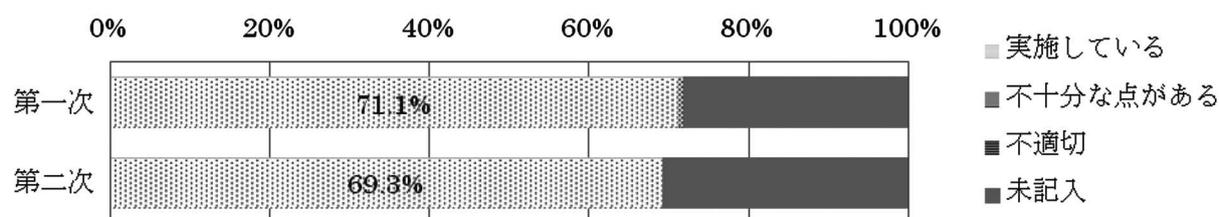
第一次調査及び第二次調査の結果において、実施率が約70%であった以下の5項目は、何れも真空採血管を使用する場合に回答を求めたものである。これらの項目には何れも30%前後の未回答があり、本調査の結果からは真空採血管を使用している会員は約70%であると思われる。以下の5項目については、第一次調査と第二次調査で回答内容に大きな変化はなかった。

**図 1-1 採血針を血管内に刺入した後、採血管をホルダーに入れ、しっかりと固定する  
(ホルダーは採血する患者毎に清潔なものを使用する)**



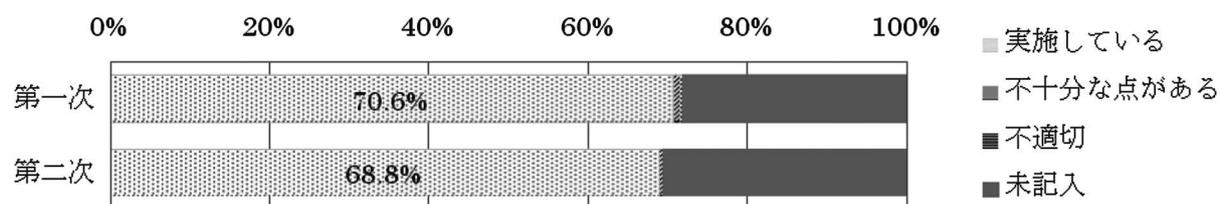
第一次調査における改善策としては、ホルダーは汚れた時のみでなく毎回消毒して使用するという回答があった。意見としては、F管(糖尿)、B管(末血)などは確実に採血するため、注射器で行っているというものがあつた。

**図 1-2 採血針をホルダー内に差し込み血液が流入する状態を確認する**

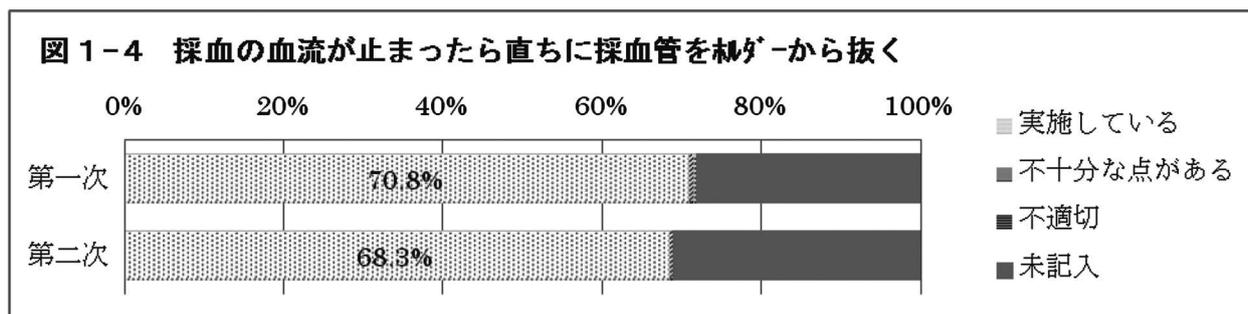


第一次調査における改善策・第二次調査における改善結果及び意見はなかつた。

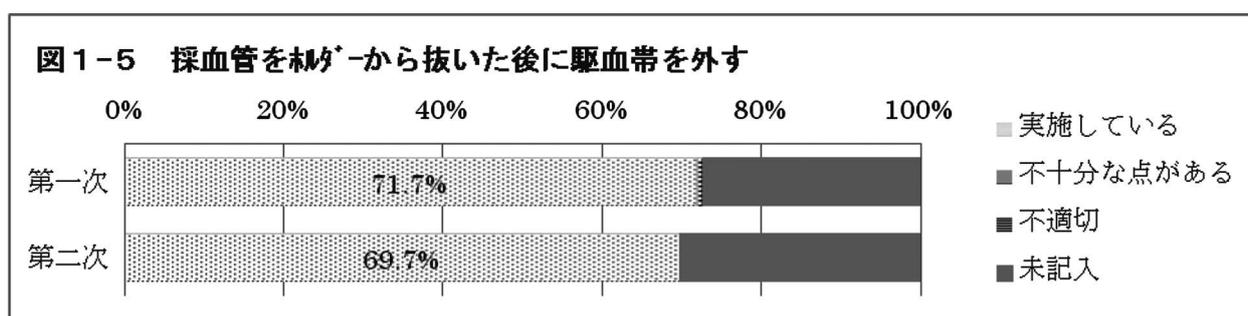
**図 1-3 複数の採血管に採血する時は採血針先が動かないように固定して採血管を順にホルダーに差し替える**



第一次調査における改善策としては、固定して血流が止まる場合、固定を外すという回答があつた。第二次調査における改善結果は、手での固定で行っている、乳児・幼児の採血時には固定に数人看護師が必要であり、採血部位針の固定は採血者がテープ固定して安全に留意している、という回答があつた。



第一次調査における改善策としては、手順の確認を改めて行うという回答があった。



第二次調査における改善結果としては、採血手順に従って施行しているという回答があった。

### ③第二次調査における改善率上位の項目

第一次調査から第二次調査における改善率上位の項目は以下の通りであった。

- (i) 駆血帯は1分以上巻いたままにしない(92.4%→97.7% +5.3%)。
- (ii) 患者には座位、採血者は対面に位置し目標とする血管と正面になる位置とする(採血部位は心臓の位置より下にする)(95.3%→98.2% +2.9%)。
- (iii) 患者の緊張を解くような対応をする(98.3%→100% +1.7%)。

## 2)院内感染予防対策のチェックリスト

第一次調査で不十分な点がある、不適切と回答があり、改善策を踏まえた第二次調査の結果において、100%実施しているに改善された項目が2項目あった。95%以上の会員が実施していると回答した項目数は、4項目から100%の2項目を含む7項目に増え、90%以上の会員が実施していると回答した項目数は、2項目から4項目に増えた。85%以上の項目数は1項目から5項目となった。70%以上の項目数は4項目から0項目に減り、70%以下の項目数は2項目から1項目に減った。

以下に、第二次調査の改善結果を整理して結果を述べる。

①実施率 100%・95%以上・90%以上の項目

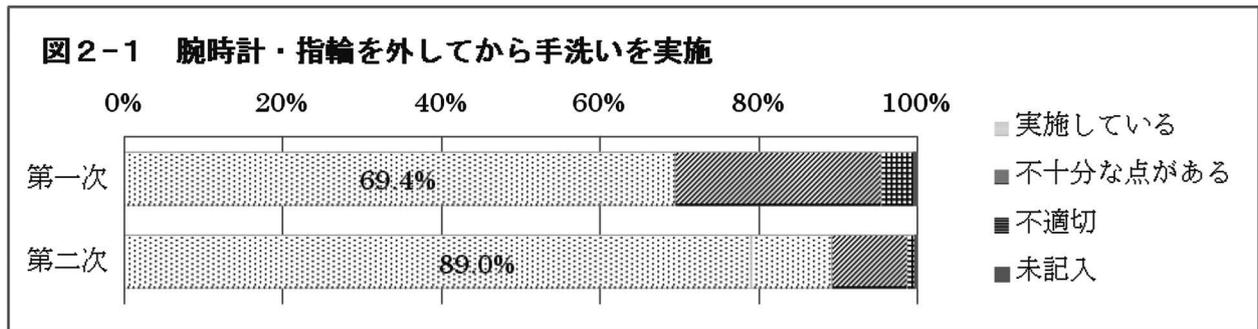
第二次調査で実施率が 100%であったのは、表2の「血液、体液、分泌物、排泄物に接触時には必ず手洗いを実施」と、「患者に使用した器具は清潔な場所に置かず汚染を拡げない」の2項目であった。また、第二次調査で実施率が 95%以上であったのは表2の5項目である。全ての項目で第二次調査の実施率は上昇した。さらに、第二次調査で実施率が 90%以上であったのは、表2の4項目である。全ての項目で第二次調査の実施率は上昇した。

表2 実施率 100%・95%以上・90%以上の項目

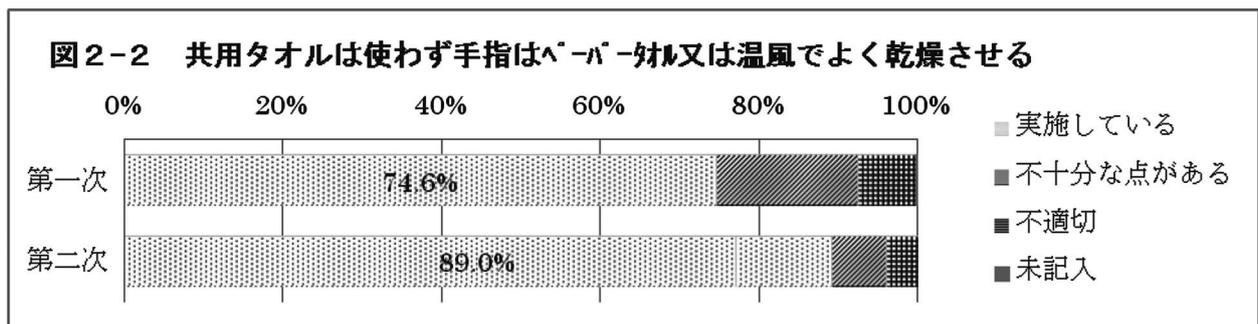
実施率 100%	第一次	第二次
血液、体液、分泌物、排泄物に接触時には必ず手洗いを実施	98.8%	100%
患者に使用した器具は清潔な場所に置かず汚染を拡げないように扱う	98.8%	100%
実施率 95%以上	第一次	第二次
患者ごとの手洗いの実施が不可能な時はアルコールベースの擦式消毒薬を利用(1回の使用量は3ml)	86.3%	95.4%
血液・体液・分泌物・排泄物・汚染物への接触時は清潔な手袋(ディスポーザブル、非滅菌可)を着用	91.5%	97.7%
手袋で処置した後に汚染していないものに触れる時は手袋を外す	98.0%	98.6%
手袋を外した後は必ず手洗いをを行うか擦式消毒液を使用	91.5%	98.2%
ディスポーザブルの器具は周囲を汚染しないように廃棄処理を実施	99.1%	99.5%
実施率 90%以上	第一次	第二次
次の患者や同一患者に次の処置を行う前に必ず手洗いを実施	81.3%	91.8%
感染性があるものに接触時には同一患者でも他の部位に触れる前に手袋を交換	83.1%	93.2%
他の患者や環境を汚染しないように使用後のバリアは直ちに処理	84.5%	91.8%
ノロウィルスが疑われる吐物・排泄物に対する消毒法は、1. 加熱(熱湯消毒)、2. 塩素製剤としてキッチンハイター等を準備	82.2%	90.0%

②実施率 85%以上の項目

第二次調査で実施率が 85%以上であったのは、次の5項目である。全ての項目で実施率が上昇したが、「図2-1 腕時計・指輪を外してから手洗いを実施」で第一次調査 69.4%から第二次調査 89.0%になるなど、第二次調査で実施率の上昇幅が高い項目が多かった。

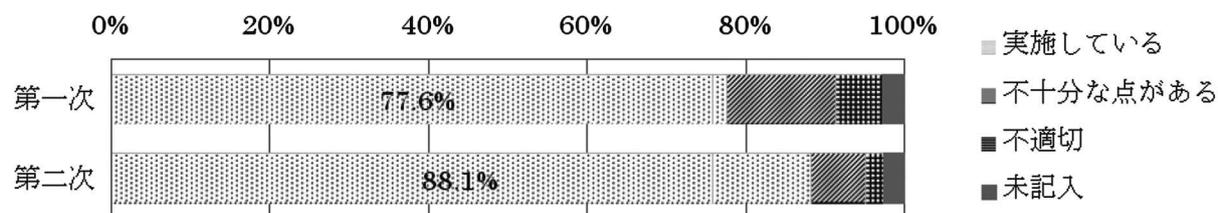


第一次調査の改善策としては、今後外す、気をつける。外すように指導するなどの回答があった。意見としては、腕時計に関してはなされていない、結婚指輪は外せない、指輪による感染症のエビデンスはないなどがあった。第二次調査の結果としては、外すように心がけている、スタッフへの指導を徹底などの回答があった。意見としては、腕時計は外さない時もあるなどがあった。



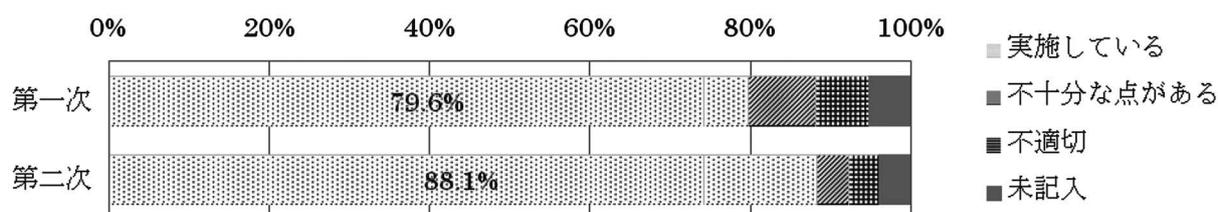
第一次調査の改善策としては、ペーパータオルの導入、共有タオルを改めるなどの回答があった。意見としては、アルコール消毒で処置している、専用タオルを使用しているなどがあった。第二次調査の結果としては、ペーパータオルを導入した、全てペーパータオルにする、温風機の設置などの回答があった。意見としては、共有タオル後にアルコールを使用している、ウェルパスを使用、タオルを頻繁に交換する、共有タオルを使用した場合はヒビスコール液を使用することとした、アメリカの大学では温風乾燥では細菌が付着し禁止する施設もある、などがあった。

図2-3 飛沫感染が想定される患者への1m以内の接近・接触時はサージマスクを使用



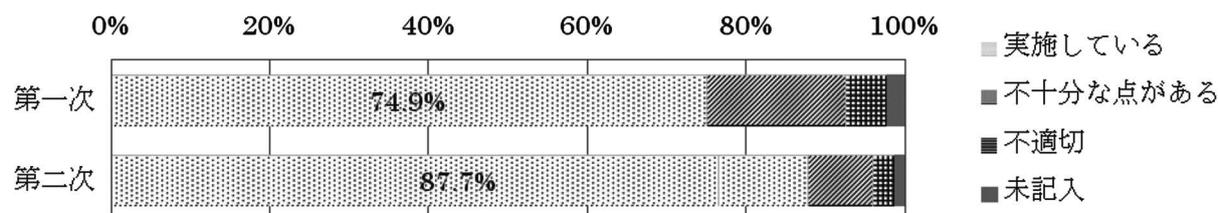
第一次調査の改善策としては、使用を心がける、使用を指導するといった回答があった。意見としては、使用していない、サージカルマスク、N95 マスク共に流行多いと数が足りなくなることもある、サージカルマスクではないが不織布のマスクを使用しており十分であると考えている、などがあった。第二次調査の結果としては、サージカルマスクを用意した、インフルエンザ流行期のみではなく常時マスクの使用、などの回答があった。

図2-4 患者の血液・体液で汚染されたガウンは直ちに交換又は破棄



第一次調査の改善策としては、交換・破棄を心がけるなどの回答があった。意見としては、ガウンは使用していない、鼻出血患者に使用のガウンをディスポーザブルに変更などがあった。第二次調査の結果としては、ガウンは直ちに交換又は破棄している、ディスポーザブルのガウンを設置などの回答があった。意見としては、ガウンは使用していない、結核等に関与しない、などがあった。

図2-5 器材洗浄で使用する抹布・ソブラ等は使用後に消毒と乾燥を確実に実施



第一次調査の改善策としては、消毒・乾燥を心がけるという回答があった。意見としては、ディスプレイとする、診察終了後にミルトンにつける、消毒用の容器をつくり次亜塩素酸ナトリウムでスポンジ・ブラシを消毒する、洗浄後に器材を煮沸消毒している、など多くの内容があった。第二次調査の結果としては、使用したスポンジ・ブラシは消毒と乾燥を行っている、スポンジは乾燥のみで消毒までは行えていない、など多くの内容の回答があった。

### ③実施率 70%以下の項目

第二次調査で実施率が 70%以下であったのは、「結核などの空気感染が想定される時はN95 マスクを使用」の1項目である。第一次調査の実施率 47.8%が第二次調査で 64.8%に上昇した。

第一次調査の改善策としては、使用するように心がける・準備するという回答があった。意見としては、結核患者の来院はみられない・受け入れをしていない、N95 マスクは常備していない・使用していない、N95 マスクは経済的に難しい、サージカルマスクで対応など多数あった。第二次調査の結果としては、N95 マスクを準備して使用するようにした、通常はマスク・紙マスクを使用しているなど、多くの内容で回答があった。意見としては、症例なし、小児科単科でありサージカルマスクで対応している、などがあつた。

### ④第二次調査における改善率上位の項目

第一次調査から第二次調査における改善率上位の項目は以下の通りであった。

- (i) 腕時計・指輪を外してから手洗いを実施 (69.4%→89.0% +19.6%)。
- (ii) 結核などの空気感染が想定される時は N95 マスクを使用 (47.8%→64.8% +17.0%)。
- (iii) 共有タオルは使わず手指はペーパータオル又は温風でよく乾燥させる (74.6%→89.0% +14.4%)。

## 4. 考察

本調査全体として、静脈採血並びに院内感染防止対策のチェックリストの回収率は、第一次調査 79.8%、第二次調査 63.8%であり、高い結果が得られた。このことは、①書面のみではなく、県下医師会長等協議会(月 1 回開催)において口頭で調査の依頼をしたこと、②各地区医師会の理事会で調査の周知・依頼がなされ、主に各地区医師会の役員から回答が得られたことによるものと考えられた。

## 1) 静脈採血

今回チェックリストで設けた静脈採血に関する項目では、殆どの会員が適切に実施していることが明らかになった。また、第二次調査では、7項目で実施率が上昇し、第一次調査から第二次調査における改善率上位の項目は以下の通りであった。① 駆血帯は1分以上巻いたままにしない(92.4%→97.7% +5.3%)、② 患者には座位、採血者は対面に位置し目標とする血管と正面になる位置とする(採血部位は心臓の位置より下にする)(95.3%→98.2% +2.9%)、③ 患者の緊張を解くような対応をする(98.3%→100% +1.7%)。

一方で、真空採血管の使用は70%程度で、臨床の現場で一般化しているとはいえない現状が明らかになった。この結果には採血時の毎回のホルダー交換の指示が影響したと考えられた。また、実施率が上昇した項目は実施することが当然な項目であり、改めて認識したものと考えられた。

## 2) 院内感染予防対策

チェックリストの回答結果は、静脈採血に比べると個々の項目の実施率にばらつきがあった。しかし、第二次調査では、「結核などの空気感染が想定される時はN95マスクを使用」の項目を除いて85%以上の実施率となった。また、第二次調査において全ての項目で第一次調査から実施率は上昇し、上昇幅も大きかった。第一次調査から第二次調査における改善率が10%以上上昇した項目は以下の通りであった。

- ① 腕時計・指輪を外してから手洗いを実施(69.4%→89.0% +19.6%)
- ② 結核などの空気感染が想定される時はN95マスクを使用(47.8%→64.8% +17.0%)
- ③ 共有タオルは使わず手指はペーパータオル又は温風でよく乾燥させる(74.6%→89.0% +14.4%)
- ④ 器材洗浄で使用するスポンジ・ブラシ等は使用後に消毒と乾燥を確実に実施(74.9%→87.7% +12.8%)
- ⑤ 次の患者や同一患者に次の処置を行う前に必ず手洗いを実施(81.3%→91.8% +10.5%)
- ⑥ 飛沫感染が想定される患者への1m以内の接近・接触時はサージカルマスクを使用(77.6%→88.1% +10.5%)
- ⑦ 感染性があるものに接触時には同一患者でも他の部位に触れる前に手袋を交換(83.1%→93.2% +10.1%)

改善率の上昇は、チェックリストの項目が感染防止の概念からは当然な項目であり、再認

識されたものと考えられる。N95 マスクに関しては、コストの面もあり、使用に対して実際的でないことが考えられた。

## 5. おわりに

本調査では、各診療科に共通する内容としての静脈採血と院内感染防止対策のチェックリストを作成し、会員への医療安全対策への注意喚起・啓発を試みた。調査は第一次調査(実態把握と改善策を記入)と第二次調査(改善策の実施結果と改善後の実態把握)を行った。その結果、全体を通して第二次調査で実施率は上昇した。

以上から、本調査を通してチェックリストの施行は当然なことを繰り返し認識すること、並びに基本動作の繰り返しが医療従事者の医療安全対策に資することが確認された。

## 第6章 大阪府医師会の医療安全への取り組み

執筆担当者 齋田 幸次 委員

### 1. はじめに

大阪府医師会の会員数は約 18,000 人であり、大阪府内全体では約 30,000 人の医師が働いている。そのような中、医師会としてより多くの医師の医療安全に対する意識を喚起するために働きかけることは非常に重要な責務である。また、大阪府病院協会、大阪府私立病院協会、大阪府看護協会を始めとする他の医療関係団体でも医療従事者の意識喚起のため、様々な取り組みが行われている。

大阪府医師会では、会員を始めとする医師や医療従事者の医療安全に対する意識変革の手助けとなるよう、これらの団体や大阪府などの行政と一体となり様々な事業を行っているので紹介する。

### 2. 方法

#### 1) 大阪府医師会「医療安全推進指導者講習会」

大阪府医師会では平成 16 年度の「医療安全推進委員会」の立ち上げとともに、同年度から大阪府からの委託を受け「医療安全推進指導者講習会」を毎年開催している。当初は病院における医療安全の指導者育成が目的であったが、近年は病院だけでなく診療所における医療安全の指導者も育成出来るようプログラムを構成しており、毎年 100 名を超える申込みがある。また、5日間のプログラムを全て修了した者には修了証を交付し、修了者はそれぞれの医療機関で医療安全対策の推進役を担っている。平成 16 年度から平成 23 年度(現在実施中)までの主な講演テーマは次のとおり。

メインテーマ	・医療機関における医療安全対策の指導者育成
主な講演テーマ	・先進的なリスクマネジメントの取り組み状況の紹介 ・インシデント・アクシデント事例の要因分析、事例分析演習 ・院内感染対策、医療機器管理対策、医薬品管理対策 ・医事紛争における法的責任について ・大阪府医療相談窓口について ・異業種における安全管理対策について ※20 年度～22 年度は実地研修 ※実地研修先: 田辺三菱製薬(株)、大阪ガス(株)、全日空整備(株) など

## 2) 会員診療所へのインシデント・アクシデント レポート調査

大阪府医師会では診療所における医療安全対策の一環として、会員診療所約7,100機関を対象としたインシデント・アクシデント レポート調査を平成17年度と平成20年度に実施。医療安全週間の1週間に発生したインシデント・アクシデントについて報告してもらい、その結果を広報誌などで会員へフィードバック。会員の医療安全に対する意識の向上に繋げている。

## 3) 地区医師会における医療安全に関する取り組み

### ①大阪市東住吉区医師会

東住吉区医師会では「医療安全対策は医療側だけでは限界がある」として、地域住民を含めた安全対策を実施しており、地区三師会(医師会・歯科医師会、薬剤師会)による医療安全推進実行委員会には区民4名が委員として参画。区民からの意見を積極的に取り入れている。また、三師会会員や区民を対象とした医療安全に関するアンケートの実施や医療機関や薬局、公共施設等に掲示するための医療安全啓発ポスターの作成など、東住吉区全体で医療安全対策の推進に努めている。また、医療従事者や区民が参加しての「医療安全シンポジウム」を開催している。

### ②堺市医師会

堺市医師会では「がん治療の病診連携における医療安全」をテーマに医療安全対策の推進に努めており、抗がん剤の使用等に関する研修会などを実施している。また、地域医療連携パスの運用時に生じたヒヤリ・ハット事例を収集・分析し、再発防止策などについて検討するためのインシデント・アクシデント レポート調査を平成23年12月に実施。他にも様々な医療安全対策に取り組んでいる。

## 4) 外部委員会への委員派遣等

大阪府医師会では大阪府が設置している「大阪府医療機器安全性確保対策検討委員会」や「大阪府医療相談等連絡協議会」など行政設置の外部委員会に役員が委員として参画し、積極的に意見を述べている。大阪府医療機器安全性確保対策検討委員会では、病院における医療機器の使用状況及び保守点検状況、医療機器のインシデント・アクシデントの実態を調査し、医療機器の安全性確保のための課題や問題点を抽出し、再発防止策などの検討を行っている。

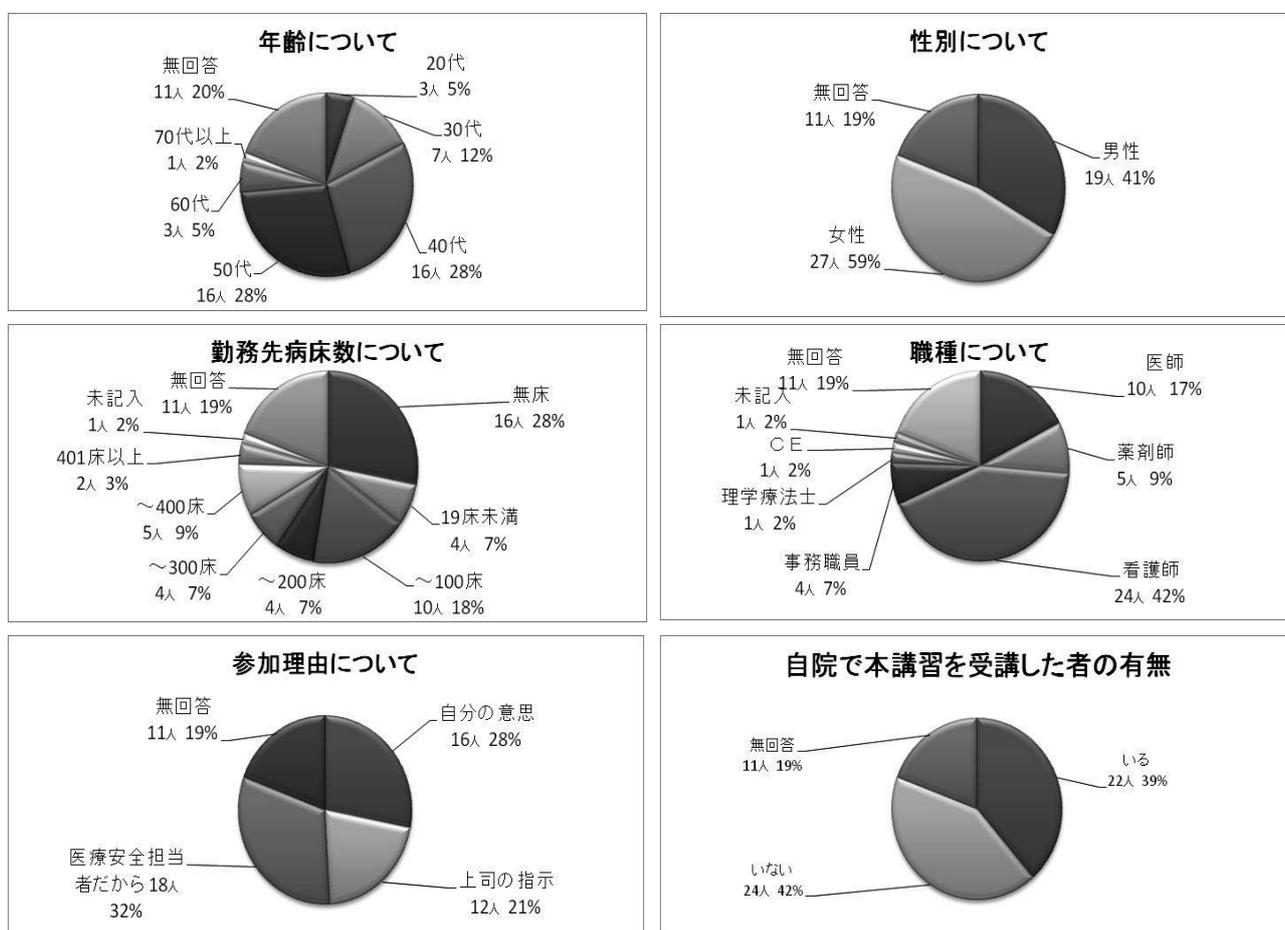
### 3. 結果

#### 1)大阪府医師会「医療安全推進指導者講習会」

##### ①平成 22 年度大阪府医師会「医療安全推進指導者講習会」アンケート調査

平成 22 年度「医療安全推進指導者講習会」受講者アンケートの結果を見ると、受講者の年齢は「40 代」「50 代」が多く、半数以上を占めていた。受講者の勤務先病床数については「無床」が 28%と最も多く、無床診療所からの受講者が4分の1を占めていた。また、受講者の職種については「看護師」が 42%と最も多く、次いで「医師」が 17%と続いている(図 1)。また、今後、講習会で希望するテーマについては「苦情、クレーム対応」「体験型、参加型の講習」などが多く見られた。

【図1. 平成 22 年度大阪府医師会「医療安全推進指導者講習会」アンケート調査結果】(N=57)



##### ②大阪府医師会「医療安全推進指導者講習会」平成 16 年度～22 年度修了者対象アンケート調査

平成 16 年度から 22 年度までの「医療安全推進指導者講習会」修了者 426 名を対象に、講習会修了後の院内での医療安全対策の推進についてアンケートを実施。アンケートの有効回答数は 218、有効回収率は 47.2%であった。修了者の年齢は「40 代」「50 代」が7割以

上を占め、また、修了者の男女比については、「男性」が4割、「女性」が6割と女性の受講者が多かった。修了者の職種については、「看護師」が半数以上を占め、「医師」は2割程度であった。また、修了者の4分の1が「無床診療所」からの受講であった(表1)。

【表1. 大阪府医師会「医療安全推進指導者講習会」平成16年度～22年度修了者対象アンケート結果①】

○修了年度について (SA)

No.	カテゴリ	実数	%
1	平成16年度	16	7.3
2	平成17年度	19	8.7
3	平成18年度	14	6.4
4	平成19年度	20	9.2
5	平成20年度	47	21.6
6	平成21年度	65	29.8
7	平成22年度	37	17.0
8	無回答	0	0.0
	サンプル数(%ベース)	218	218

○勤務先病床数について (SA)

No.	カテゴリ	実数	%
1	無床	54	24.8
2	19床未満	17	7.8
3	20～100床	38	17.4
4	101～200床	47	21.6
5	201～300床	24	11.0
6	301～400床	17	7.8
7	401床～	20	9.2
8	無回答	1	0.5
	サンプル数(%ベース)	218	218

○職種について (SA)

No.	カテゴリ	実数	%
1	医師	47	21.6
2	歯科医師	0	0.0
3	薬剤師	11	5.0
4	看護師	122	56.0
5	臨床検査技師	3	1.4
6	放射線技師	2	0.9
7	事務	18	8.3
8	その他(助産師、臨床工学技士、理学療法士など)	15	6.9
9	無回答	0	0.0
	サンプル数(%ベース)	218	218

○現在の医療安全対策に関する院内での立場について (SA)

No.	カテゴリ	実数	%
1	院内全体を統括する立場	98	45.0
2	所属部署を統括する立場	67	30.7
3	実行する立場	39	17.9
4	その他(医療安全委員会委員など)	14	6.4
5	無回答	0	0.0
	サンプル数(%ベース)	218	218

## 2) 会員診療所へのインシデント・アクシデント レポート調査

平成20年度(以下、今回)実施のインシデント・アクシデント レポート調査の回収率は39.1%(2,772 施設)で、うち集計に使用した施設は2,739 施設(38.7%)であった。また、「インシデント・アクシデントあり」の施設は440 施設(16.1%)、「インシデント・アクシデントなし」の施設は2,299 施設(83.9%)であった。「インシデント・アクシデントあり」の施設を平成17年度調査(以下、前回)と比較すると、今回が16.1%、前回は15.7%とほとんど差は見られなかった(図2)。今回の「インシデント・アクシデントあり」施設の延べ発生例数は869例で、1施設あたりの平均発生例数は1.98例であった。前回の延べ発生例数が2.09例であり、ここでも大きな差は見られなかった。

週曜日及び一日時間帯別では、前回と同様「月曜日」が最も多く、次いで「火曜日」「金曜日」が多かった。時間帯も前回同様に「10～11時台」が最も多く、次いで「18～19時台」が多かった。

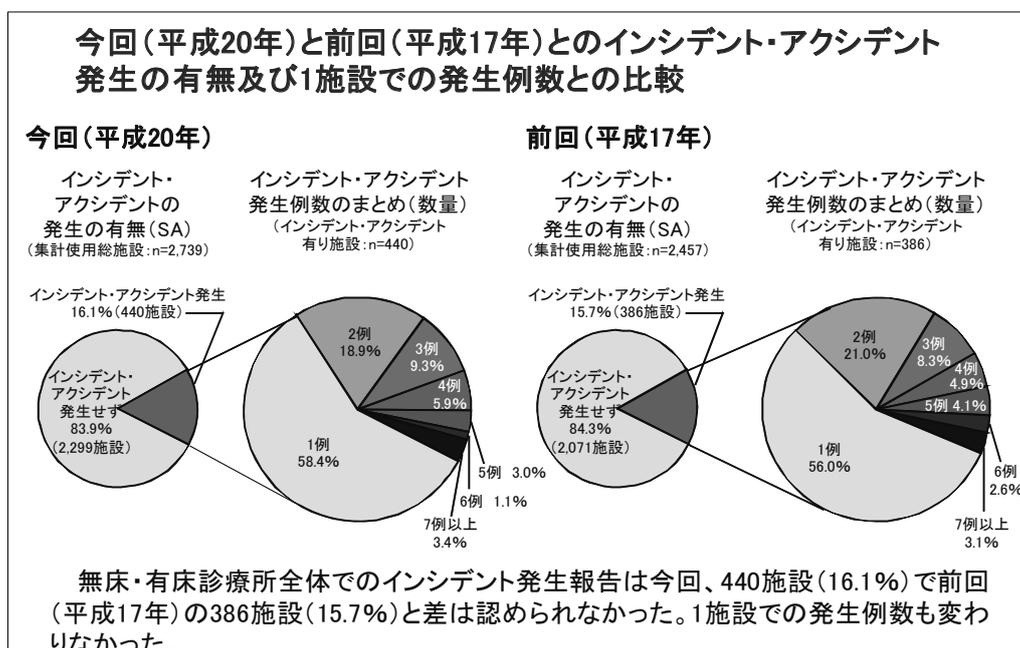
職種別では、「看護師」が最も多く、これも前回同様である。

医療行為別では、今回も「薬物」が最も多く、次いで「接遇」「検査」が多かった(図3)。「薬物」に関するインシデント・アクシデントは、「経口薬・外用薬」に関するものが約7割を占めていた。また、「薬物」「接遇」ともに前回より減少していた。

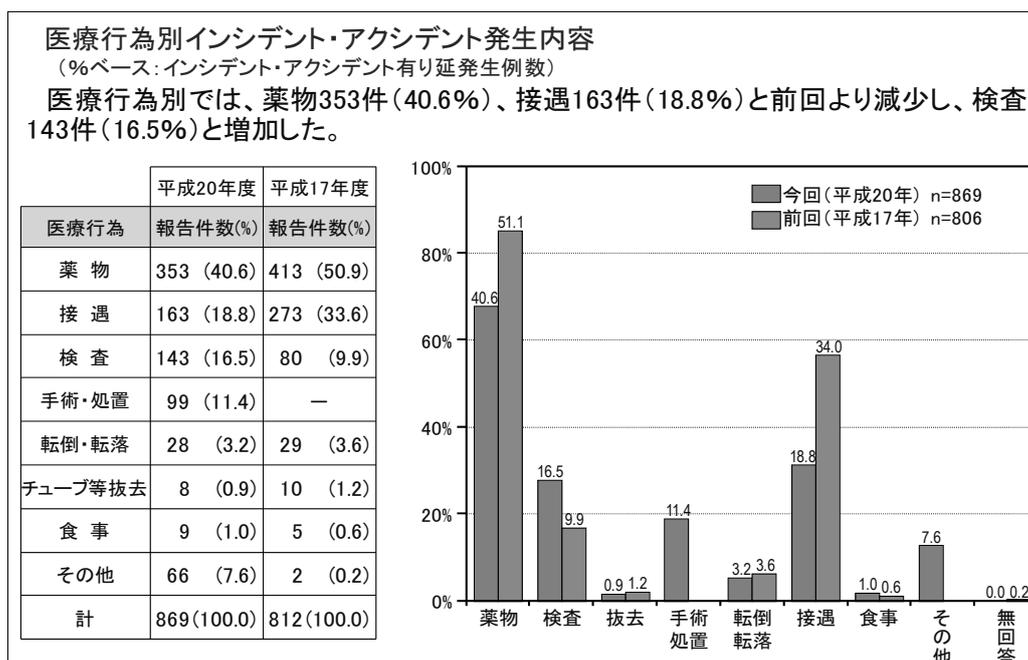
生命危険度別では、死亡はなかったが、「極めて高い」が3件(0.3%)、「高い」が3件(0.3%)報告されており、生命危険度「ない」は前回より増加した。

患者信頼度別では、「損なわない、ほぼ損なわない、あまり損なわない」が前回より減少したが、「大きく損なう」は7.4%と前回より僅かに増加した。

【図2. 平成20年度と平成17年度の比較①】



【図3. 平成 20 年度と平成 17 年度の比較②】



### 3) 地区医師会における医療安全に関する取り組み

#### ①大阪市東住吉区医師会

平成 22 年5月に区民対象に行った医療安全に関するアンケート調査(2,160 人の区民を抽出、うち 1,977 人が回答。回収率 91.5%。表2 ) の投薬に関する質問では、区民4%が誤投薬の経験があり、その 48%は「自分にも責任があり、確認が必要」と答えたが、22%は「当該医療機関での受診を中止」と回答している。また、処方された薬を「他人に譲渡した経験がある」と答えた区民は 32%だった。かかりつけ医療機関等の満足度調査では、区民の 5.3%が「不満」と回答。その理由としては「待ち時間」が最も多かった。医療事故の原因を尋ねると「特定は難しい」「医療従事者、医療行政」「医療の複雑化」がそれぞれ 20%以上と目立っており、「受診者に問題がある」との回答は 11%であった。今後の医療安全を図るための提案については 187 名が回答し、「医療者の自覚を喚起」「体制整備・改革」「信頼関係の構築」などの意見が半数以上見られた(表3)。

【表2.東住吉区三師会会員及び区民へのアンケート調査】

No.	会員及び区民アンケートの選択肢	回答率
1	会員:病歴・病状・質問などをメモなどにして伝えてもらいたい	46.3%
	区民:病歴・病状・質問など伝えることをメモにして準備している	17.4%
2	会員:医療従事者と患者のより良い信頼関係の構築には、双方に責任がある	58.6%
	区民:医療従事者とより良い信頼関係を構築するには、自分にも責任がある	44.0%
3	会員:病気について今後の見通しを説明するようにしている	46.8%
	区民:病気の今後の見通しについて説明を聞くようにしている	44.8%
4	会員:患者が医療従事者の説明をメモすることに抵抗はない	55.7%
	区民:病気や薬の説明で大切だと思うことはメモを取るようにしている	24.0%
5	会員:患者からの質問には必ず答える努力をしている	88.2%
	区民:治療で納得できないことは必ず質問する	42.3%
6	会員:患者への病状や薬の説明は十分にしており、ほとんど理解してもらっていると思う	22.7%
	区民:自分の病気については十分納得した上で治療を受けている	35.6%
7	会員:医療にも不確実なことや限界はあると思う	75.8%
	区民:医療にも不確実なことや限界があることは理解できる	29.3%
8	会員:治療方法は患者の意思も尊重するが、最終的には自分主導で決めている	16.3%
	区民:治療方針は医師任せにしない(医師と相談して自分で決める)	18.5%
9	会員:ほとんどの患者は処方した薬の効能などを理解して内服していると思う	15.8%
	区民:自分のもらっている薬の名前・効能は理解して内服している	47.3%
10	会員:ほとんどの患者は、薬は処方通り内服されていると思う	17.2%
	区民:もらっている薬は処方通り内服しないことがある	11.3%
11	会員:的確な診断治療や間違いのない投薬が行われていれば、職員の対応が悪くても許される	2.0%
	区民:評判の良い医師や歯科医師のいる施設でも、職員の対応が悪い施設には行きたくない	31.0%
12	会員:医療従事者と患者間の信頼関係構築には双方の相性も関係ある	61.6%
	区民:かかりつけ医師、歯科医師、薬剤師を決めるにあたっては相性も大切な要素であると思う	42.5%

【表3. 区民からの医療安全についての提案(自由記載)】

No.	記載された要点を分類	件数
1	医療従事者の自覚を喚起	44
2	体制整備・改革の必要性	36
3	患者・医療側の信頼関係の構築	22
4	医療従事者の人員の確保、医療者の負担軽減、余裕の必要性	16
5	患者側の自己防衛	13
6	病診連携の充実、セカンド・オピニオンの重要性	13
7	医療費のことを考えた診療	2
8	区民への情報発信	2
9	今のままでよい	1
10	医療側の非は素直に認めて謝罪	1
11	要望	14
12	その他	23

これらの結果を踏まえて行われた「医療安全シンポジウム」では、区民から窓口対応の重要性について指摘された。特に初診時での丁寧な対応を求める意見や高齢者への接遇のあり方、「患者様」と呼ばれることに対して違和感を覚えるとの声も挙がった。また、会場から「お薬手帳に血液検査の指標を掲載してほしい」との要望が寄せられるなど医療従事者と区民の忌憚のない意見交換がなされた。

## ②堺市医師会

平成23年12月に実施したヒヤリ・ハット事例調査の結果を会員へ周知することで会員の医療安全に対する注意を喚起し、連携パス運用時の事故・トラブルを少しでも未然に防ぐことが重要だと考えている。現在、集計結果の分析作業中であり、結果データが提供され次第、詳細を報告したい。

### 4) 外部委員会への委員派遣等

- 大阪府医療機器安全性確保対策検討委員会

「病院における医療機器の使用及び保守点検状況等に関する調査」は、大阪府内の全病

院 539 施設より抽出した 360 施設を対象に実施。平成 22 年 7 月 1 日から 7 月 16 日の間に発生したインシデント・アクシデントの件数、報告先、記録の記載、具体的事例について無記名方式で回答してもらった。調査の結果、231 施設から回答があり、回収率は 64.2%であった(表4)。

医療機器に関するインシデント・アクシデントの発生件数は、平成 20 年 4 月から平成 21 年 3 月までの 1 年間に 1,839 件発生しており、このうち健康に被害が及んだ事例は 14 件(0.8%)であった。

インシデント・アクシデントの報告については、「特に報告していない」が 20 件(8.7%)、「医療安全マニュアルに医療機器のインシデント発生時の対応を記載していない」が 56 件(24.2%)見られた。

また、医療機器の使用によって発生する健康被害(副作用、感染症及び不具合)が、厚生労働省へ報告された件数は 14 件(6.1%)であった。

また、発生部門としては「病棟」が多く、職種は、医療機器を取り扱う機会が多い「看護師」が多かった。

内容としては、「誤操作・動作不良」、「条件設定間違い」、「電源・スイッチの入れ忘れ」などが多く見られた。

原因・要因としては、「確認が不十分」といった「人的ミス」が多かったが、「日常点検や保守点検の未実施」もあり、実施することで防げるものもあった。

※参考:大阪府庁ホームページ

「病院における医療機器の使用及び保守点検状況等に関する調査結果報告書」

[http://www.pref.osaka.jp/yakumu/kiki\\_taisaku/kiki\\_anzen.html](http://www.pref.osaka.jp/yakumu/kiki_taisaku/kiki_anzen.html)

<http://www.pref.osaka.jp/attach/5743/00021447/houkokusyozentai.pdf>

【表4. 対応策別(複数回答)】「病院における医療機器の使用及び保守点検状況等に関する調査結果報告書」より抜粋

回答(231件)	対応策	件数	
注意喚起	確認の徹底	56	24.2%
	教育・訓練の実施	14	6.1%
	使用マニュアル・チェックリストの活用	14	6.1%
	注意喚起	12	5.2%
	識別ラベルの表示(色分け、名称等)・貼紙	8	3.5%
	取り扱い方法の周知・徹底	7	3.0%
	報告・伝達の徹底	6	2.6%
	合計	117	50.6%
院内体制の整備	作業手順の変更	8	3.5%
	日常点検(使用前・使用后点検含む)の実施	6	2.6%
	保守点検の実施	2	0.9%
	使用する機器の特定	2	0.9%
	使用状況の調査の実施	2	0.9%
	教育体制の見直し	2	0.9%
	全ての同一機種種の点検の実施	1	0.4%
	代替機の準備	1	0.4%
	設備の点検	1	0.4%
合計	25	10.8%	
点検内容等の見直し	取扱説明書の配布と設置	4	1.7%
	点検内容の見直し・改訂	3	1.3%
	点検回数の見直し	2	0.9%
	合計	9	3.9%
機器等への対策	新しい機器の導入	5	2.2%
	修理(補強)	3	1.3%
	機器の設定のチェック	3	1.3%
	機器の改良	1	0.4%
	安全面に配慮した機器の購入	1	0.4%
	使用中止	1	0.4%
	アラーム設定音色の変更	1	0.4%
	合計	15	6.5%
業者への対応	業者に改善依頼	6	2.6%
	業者による点検の実施	3	1.3%
	業者による説明会の実施	3	1.3%
	業者に報告	2	0.9%
	業者に原因究明・対応策の検討を依頼	1	0.4%
	合計	15	6.5%
その他	その他	4	1.7%
	不明	2	0.9%
	合計	6	2.6%
該当事項なし		1	0.4%
無回答		146	63.2%

## 4. 考察

大阪府医師会「医療安全推進指導者講習会」については、修了者のうち約8割が「院内の医療安全対策の推進に役立った」と実感しており、また、修了者の約6割の施設で医療安全に関するシステムが立ち上がっている(表5)。これらの結果から今後も継続して講習会を実施していくことが重要であるが、課題として、医師を始めとして他の職種の受講を増やすこと、医師を含め若い年代の医療従事者の受講を増やすことが挙げられ、これらの課題をクリア出来るようなプログラム構成や開催案内の方法などを検討しなければならない。

【表5. 大阪府医師会「医療安全推進指導者講習会」平成16年度～22年度修了者対象アンケート結果②】

○講習会修了後、院内に医療安全のシステムが立ち上がりましたか (SA)

No.	カテゴリ	実数	%
1	立ち上がった	129	59.2
2	立ち上がっていない	51	23.4
3	以前から立ち上がっていた	34	15.6
4	無回答	4	1.8
	サンプル数(%ベース)	218	218

○講習会修了後、院内で伝達講習会を開催しましたか (SA)

No.	カテゴリ	実数	%
1	開催した	144	66.1
2	開催していない	73	33.5
3	無回答	1	0.5
	サンプル数(%ベース)	218	218

○講習会修了後、院内の医療安全対策が推進されたと思いますか (SA)

No.	カテゴリ	実数	%
1	思う	165	75.7
2	思わない	47	21.6
3	無回答	6	2.8
	サンプル数(%ベース)	218	218

また、平成20年度実施の会員診療所へのインシデント・アクシデントレポート調査は、回収率が38.7%(全会員診療所7,084中2,739診療所)と、前回の回収率35.0%と比較して、やや増加はしているが、未だ満足の出来る回収率には至っていない。また、インシデント・アクシデント事例の内容を見てみると、患者が「10～11時台」に集中し、多くの事例が発生しているため、予約制など受診時間の分散対策を検討しなければならない。また、「薬物」に関する事例では、患者や院外薬局が処方ミスなどに気づくことが多く、それぞれの医療機関において処方箋のダブルチェックなど対策が必要である。「接遇」に関する報告については、

「窓口対応トラブル」が半数を占めていた。また、「人違い」が2割程度見られ、その原因として「同姓同名」「同姓」「うっかりミス」などが挙げられているが、しっかりとした患者確認が必要である。また、信頼度は、「大きく損なう」が前回より増加しており、慎重な対応が求められる。「検査」に関しては、自由記述によって「注射・採血時の皮下血腫」「採血後の疼痛持続及び検査機器の不具合」などが報告されており、注射や採血時には細心の注意が必要である。また、検査機器の細かな事前点検も必要である。「抜去」「手術・処置」に関する報告では、「透析時のトラブル」が最も多く、近年、診療所で維持透析が多く実施されているため、透析医療機関は一層の注意が望まれる。

地区医師会における医療安全の取り組みとして、大阪市東住吉区医師会が平成23年11月に開催した「医療安全シンポジウム」では「医療は患者側・医療側の双方で多少のリスクを伴うものの、『安全で当たり前』と考えられている。しかし、医療関連のトラブルが顕著に減少しないのは、両者のリスクに対する認識の違いが大きく関連しており、これからの医療安全を構築する上で、双方がこの認識の違いを埋めていく努力を常に怠らないことが重要である」との認識が示されたが、この認識を常に意識して日常診療に取り組むことが必要である。

また、当会役員が委員で参画している大阪府の「大阪府医療機器安全性確保対策検討委員会」が行った「病院における医療機器の使用及び保守点検状況等に関する調査」では、府内の病院360施設において平成20年4月から平成21年3月までの1年間に1,839件のインシデント・アクシデントが発生し、このうち健康に被害が及んだ事例が14件報告されている。インシデント・アクシデントの発生を少しでも未然に防ぐ体制を院内で構築し、その体制を職員に周知徹底することが必要である。また、機器の日常点検や保守点検を細かに実施することが求められる。

## 5. 最後に

大阪府医師会では、これらの取り組みをより一層推進し、郡市区等医師会、医療関係団体、行政と一体となって、医療機関における安全対策がこれまで以上に推進されるよう努力していきたい。

## 第7章 兵庫県医師会の医療安全への取り組み

執筆担当者 西田 芳矢 委員

### 1. はじめに

兵庫県医師会は日本医師会医師賠償責任保険のスタートに遅れること6年、昭和54年以来、同制度を背景に医師会レベルでありながら、常に地域住民の目線にも適うよう、公平・公正を旨として紛争解決に向け腐心してきた経緯がある。

現在、兵庫県医師会で各郡市区から上がって来た医療現場でのトラブル事例を検討・処理する委員会としては月2回定例の「特別事業常任委員会」と、年1回県下全域医師会よりの推薦委員(地元医師会長が多い)、特別委員として、これも各地元から委嘱された弁護士13名、それに日本医師会医療安全担当常任理事を招き、その年の具体事例を検証する「特別事業委員会」がある。

各地元(郡市区)より選定された医療安全担当委員は、地元での紛争事例の解決に奔走するだけでなく、トラブル発生前の予防策として、時にオンコールによる相談体制も整えており、地元主催の医療安全に関する研修会(県医師会レベルでの2年に1度の研修会開催のみでは至らない点を補完する)を主催する役目も帯びている。

又、各専門分科会でも独自の取り組みを行っており、例えば産婦人科領域では、各地元で専従の対策要員を選定、オンコールで対応可能な体制を敷く一方、事例検討会を地元レベル(産婦人科医会)でも開催、産婦人科の医療安全啓発に努めてきた。

県下の医療現場で、今何が問題提起されているか、具体例にエビデンスを求め、そこに端を発する地域性並びにその時々に応じた医療安全の方向性を見定めた上で、それを県下各地域で行われる県医師会の「医療安全に関する地区別研修会」にフィードバックしていく手法については今しばらく継続していくことになる。

### 2. 方法

1)現時点での兵庫県医での医療安全に関する取り組みは【資料1】のように取り纏められる。

【資料1-1】に上がってきた具体例の科目別分類は、直近3か年の動向を見極めるために、記録をとり始めた通年(過去31年間)結果を診療科別にカッコ内に付記している【資料2】。合わせて、平成年間での前半10年間とその後についても比較検討、実際の現場でいま何が医療安全上問題となっているか描出を試みた。

兵庫県医師会としては、医療現場で際立った紛争事例や解決にてこずった事例、解決

に高額の保険金が支払われた事例等、個別の印象に惑わされること無く、恒常的な基礎データの集積を図り、その時、その現場に即した医療安全の方策を検証する立場を維持しており、今のところは「最重要項目」を定めて、それを実行に移すという重点項目方式は採っていない。

2)【資料1-3】に記載した「医療安全に関する地区別研修会」は兵庫県下を17地域に分けて、2年間かけて担当役員(常任委員会委員長、副委員長、地元選出委員、専門分科会委員)が巡回する方法で続けている。県下全医師会員は2年に1度は必ずいずれかの会場での受講が義務付けられており、研修終了時に手交した「受講証」【資料3】は改正医療法で義務付けられた「記録」と同時に保管されることになる。研修内容について、夫々各医療機関に持ち帰り、自院のスタッフに伝達講習の形をとることも医療法で定められたところで、この点も受講者には周知を願っている。尚、本年度の研修内容については、概ね全てのブロックで別記日程【資料4】にて行われた。各ブロックの受講者数は【資料5, 6】に取り纏めた。

3) 日本医師会「医療事故削減戦略システム」の重点項目【資料7】について、過去3年間の県下の紛争事例それぞれが、この項目の何れに該当するか検証してみた【資料8】。この冊子が日常診療の場でどの程度利活用されているか掌握しておく必要を感じると同時に、選定されたこの「重点9項目」が日常診療の場でいかほどに重要度を反映しているか、それを見極めることにより、医療安全対策の見直しに関して将来に向けた示唆を期待したうえで作業である。

### 3. 結果

1)【資料1-2】にみる「特別事業委員会」は年に1度、毎夏恒例で県下全域44ブロックからの特別委員を招請、例年通り日本医師会医療安全に関する各種会合の報告、前年度県下での医療トラブル事例の集計結果の検討に加え、平成22, 23年度については講師として日本医師会医療安全担当常任理事、特別委員として弁護士による講演が追加された。

#### ①平成22年7月31日

- 日本医師会の医療安全への取り組み…日本医師会 高杉常任理事
- 最近の判例に見る医療過誤訴訟のあれこれ…藤原弁護士

#### ②平成23年8月20日

- 医事紛争について…日本医師会 葉梨常任理事

●院内トラブルへの対処…玉田弁護士

2)【資料5, 6】の「医療安全に関する地区別研修会」については、受講者は平成 21 年度…1,460 名、平成 22 年度…1,737 名、計 3,197 名で県医師会 A, B, C 会員 9,009 名 (H.23.12.31 現在)のうち 35.5%の会員が「受講証」を取得した。平成 23 年度については 1 月 22 日現在、開催予定の半分を消化し、計 457 名の参加を数えている。

【資料4】の日程のうち

①県薬務課による麻薬・向精神薬取扱いに関する留意事項は医療現場で注意義務を喚起される重要項目として行政との協調体制で続けられており、本年度の検討内容は以下の通りである。

- 麻薬取扱いに関する立入り検査並びにそれに基づく指導の状況について
- 麻薬の管理・保管・記録・廃棄時の留意点について
- 向精神薬関連の留意事項、保管・記録・事故の実態、特に向精神薬の多量譲受けを狙った事例の頻発に対する注意喚起など

②「医療安全管理」最近の動向について (常任委員会委員長担当)【資料9, 10】

平成 21,22 年度の「医療安全管理」の動向についての研修内容を【資料9, 10】に取り纏めたが、【資料9-1~5】は平成 19 年4月1日医療法改正に伴う医療安全対策が全ての医療機関へと対象拡大され、しかも従来の医療安全管理体制の整備に加えて、院内感染制御体制の整備、医薬品、医療機器の安全使用、管理体制の整備の2項目が法律上の新たな規定として新設された点についての注意喚起が目的である。医療安全管理指針(兵庫県版)については、各医療機関に常備が義務付けられて以来年月を経つつあり、今一度その内容を再確認するためである。特に【資料9-4】「ヒヤリ・ハット」報告については、事故の報告書とは異なり、患者さんに何らかの影響を与える事象が起こる前に、院内に潜む危険を洗い出し、事故発生予防対策を立てるのに供するもので、職員が義務ではなく自主的に報告(情報提供)するものであって、これにより特定の個人・部署が非難されたり、まして人事考課に影響を受けたりするものであってはならない点を強調している。

【資料9-6】に関しては平成 16 年以來の医療事故、ヒヤリ・ハット事例の日本医療機能評価機構への情報報告システムの構築に始まり、その後の国の医療安全管理に関する施策について解説を加え、【資料9-7】においては、このような状況を背景に「更なる医療の信頼に向けて」とサブタイトルのついた日医総研の医療安全に関するシンポジウムに関する報告、【資料9-8】では全国レベル、兵庫県下でも急増しつつある医療現場への警察・検察介入事例に対する医師会としての対処法の必要性について述べ、最後の「まと

め」に代えて【資料 10-9】自院での医療安全対策についての再点検と合わせ、患者さんとの対話を中心とした自助努力が今医療の現場で求められている点を強調させて頂いた。

③県下におけるトラブル事例の発生状況並びに予防対策について(常任委員会副委員長担当)【資料 11】

(i)直近3か年の診療科別トラブル事例の発生状況を通年結果と比較検討した結果【資料2】、通年では外科・整形外科系で優位だった発生頻度は、直近3か年では内科系に多発の傾向が窺われ、原因のひとつとして上げられるものに、内視鏡関連のトラブル事例を内科系に含めて処理したことが考えられる。発生順位は変わらないが、産婦人科関連では、発生頻度が通年に比し約5%減少しており、これを産婦人科専門委員を各地元に貼り付けオンコール体制をとり続けた成果とみるか、それとも分娩を扱う医療機関そのものが減少しつつある状況の反映か、詳細は今のところ定かではない。

眼科のトラブル事例が増加傾向にあるのは白内障手術、それも日帰り手術例の急増に関連あり、と指摘する専門科委員も居る。

(ii)兵庫県医師会では従来トラブルの原因として上げられていた内科・小児科系事項 10 項目、外科・整形外科系6項目、産婦人科系5項目、その他の診療科5項目、その他施設等関連3項目、計 29 項目で平成年間のトラブル事例を「平成前期」と「平成後期」で比較検討した結果、各診療分野での最近の傾向として、以下の問題点が浮き彫りにされた。即ち

内科・小児科系では

- ・薬品の誤投与・副作用関連
- ・がんの診断遅延・告知関連
- ・内視鏡に起因するトラブル

外科・整形外科系では

- ・外科手術に関するもの
- ・骨折以外の整形外科領域関連

産婦人科系では

- ・婦人科手術に関するもの

その他の診療科では

- ・眼科関連
- ・耳鼻咽喉科関連

その他

- ・院内管理・施設に関するもの
- ・その他の特殊ケース

などがそれぞれ増加の傾向を示しており、今後の対策に向けて参考になる問題点とし

て取り上げられることになる。

(iii) 医療安全推進の立場からトラブル防止のための予防対策として、副委員長より【資料 11-3①～⑤】の各項目に関して具体例をあげて説明、特に①については倫理・自浄作用活性化委員会との協働による「医師法 19 条、診療に応ずる義務」に関するリーフレットを利用して留意点が解説された。

### 3) 日本医師会「医療事故削減戦略システム」について【資料7, 8】

県下直近3か年の事例 169 件を日本医師会重点9項目別に分類検討したところ⑥手術の実施…29.0%、④見落とし事例(がんやその他、所謂誤診例を含む)…13.6%、⑤検査と処置に関する事例(内視鏡トラブルを含む)…10.7%、などの項目が優位を占め、②薬剤投与に関するもの…10.1%がそれに次いだ。当初、高頻度の予測された③採血・注射の実施、⑨転倒・転落に関するものの発生頻度は本県では存外少ないという結果を得た。

## 4. 考察(今後に向けて)

県下各ブロックより上がって来る年間 50 件余りの事例についての詳細な検討を通じて、特に直近3年間の傾向を検証した結果を踏まえ、今後に向けての問題点をいくつか挙げておきたい。

- 1) 医療現場にみる「病院－勤務医－患者」間の法的関係が様変わりしつつあることにより、最近では患者さんが医療機関に対して、勤務医の使用人としての責任を追及するケース、あるいは医療機関をすり抜け、患者さんが直接勤務医にクレームをつけるケースなどが生じつつあり、医療安全を推進する立場からは、研修医を含めた勤務医に対する医療安全対策に関する研修なども今後は重要なポイントになるものであり、これが兵庫県下でも医師会に大学病院などから研修医、勤務医に対するレクチャーを求められる機会を生む契機となりつつあるものと推察される。
- 2) 今後の「医療安全」を考える方向の中で気がかりな事項として、従来「医療現場には馴染み難い」とされていた「医療における刑事事例→警察・検察の介入」は近年全国レベルでも、兵庫県下でも着実に増加しつつある。医療安全推進の一助として、医師会員が安心して日常診療に全力を注入できるよう、万一に備えた、例えばまさかのときには弁護士対応が 24 時間オンコールで可能になるような体制作りなどにも取り組むべき時期に至

ったと考えており、日本医師会においても是非本件についての対策を願いたい。

- 3) 過去 31 年間の統計的観察の積み重ね作業は、医療安全対策の全ての起点として重要であり、今後もフォローすべきと認識している。特に、日本医師会の戦略システムにみる重点9項目に関する検証は、トラブル例として表れたものと、既に「ヒヤリ・ハット事例」としてピックアップされ、対処されつつある項目との両面からの検証が必要となるが、日本医師会として今後このような重点項目方式を踏襲していくのであれば、項目設定に当たり参考に供して頂きたい。
- 4) 兵庫県医師会では既に【資料 11-3①】のように「倫理・自浄作用活性化委員会」との協調体制によるリーフレットを医療安全研修会テキストとして利用している。【資料 12】に示すとおり、近未来、否、現在既に医療提供側と提供を受ける側(患者、家族、地域住民)との情報共有の場は必須となりつつあり、今後は医療機能情報等を常にオープンにした状態での地域医療活動が日常に求められる状況が予測される。両者間での医療の概念に関するパラダイムシフトが生じつつある状況で、両者を同レベルに納得させるに足る恒常的な理念を上げるとするならば、2009年にWMA総会で採択された「医師主導の職業規範に関するマドリッド宣言」、特にその2番、8番に記載されている professional autonomy と self-regulation に辿り着くものとする。

「医療の安全」という全国民が享受し得る概念が根付くために、医療現場をあずかる医師会としては、医師個人への責任追及に止まらず、医療人として自律性を持ちつつ自浄性をも備えたピアレビュー(医療人の中での相互評価)に基づくシステム作りが急がれるわけで、その構築に向けての取り組みが、住民目線に適った「医療安全達成」の近道であるだけでなく、それが医師としての名誉を守ることに繋がる、と考える所以である。

当該委員会で分担を任された各委員により、既にそれぞれ独自の医療事情を有する諸外国(米、英、独、仏、韓、スウェーデンの6か国)に日本の実情を絡ませて、それぞれの医療制度の特徴に関する対比からはじまり、各国での医師会のありよう、医療事故発生の現況、さらにそこに端を発する医師会員間(医療界に身を置く立場)のピアレビューについて把握に努めているところである。医療倫理の専門家(東北文化学園大学准教授西村高宏氏)によるレクチャー(平成 24 年 2 月 25 日 兵庫県医師会ピアレビュー講演会、日本における医師の職業倫理徹底化のための処方箋—医療界におけるピアレビュー—)の成果も踏まえた議論を深めた上で、「医療界におけるピアレビュー兵庫県版」(一先ずの試作品)の完成を目指して作業を進めている最中である。

兵庫県医師会の取り組み

1. 県医 医事紛争対策特別事業常任委員会 月2回定例  
     県下全域医師会、各分科会推薦委員28名
2. 県医 医事紛争対策特別事業委員会 年1回定例  
     県下全域医師会推薦委員 44 名  
     特別委員(弁護士) 13 名  
     日医担当常任理事出席
3. 医事安全に関する地区別研修会 県下17地域巡回  
     説明、懇談(全会員対象)

資料 1

県医事直近3ヶ年(H.20～22年度)診療科別事例数

内科	56/161	...	34.8%	(通年27.5%)
外科・整形外科	52/161	...	32.3%	( 35.9%)
産婦人科	21/161	...	13.0%	( 18.4%)
眼科	10/161	...	6.2%	( 4.2%)
泌尿器科	5/161	...	3.1%	( 3.5%)
皮膚科	5/161	...	3.1%	( 2.3%)
精神科	5/161	...	3.1%	( 1.8%)
小児科	5/161	...	3.1%	( 1.5%)
放射線科	0/161	...	0%	( 0.1%)

資料 2

平成23年度医療安全研修会

受講証

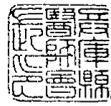
様

あなたは、兵庫県医師会主催  
 の医療安全研修会を受講されましたのでここに証します。

平成 年 月 日

兵庫県医師会

会長 川島 龍



貴医療機関において、本研修会の内容を医療従事者に  
 伝達下さるようお願い致します。

資料 3

兵庫県医師会 医療安全に関する地区別研修会 日程

1. 麻薬・向精神薬等取扱いに関する留意事項  
 (県業務課担当)
2. 「医療安全管理」最近の動向  
 (常任委員会委員長)
3. 県下におけるトラブル事例の発生状況並びに予防対策(常任委員会副委員長)
4. 最近、際立ったトラブル事例の提示並びに安全対策上、今後に向けての課題  
 (担当常任委員)
5. 重点科目設定の上で事例検討、当該専門科委員による問題点の提示  
 (現在のところ産婦人科委員担当)
6. 医療責任保険についての解説  
 (損保会社担当)

資料 4

平成21年度医療安全に関する地区別研修会

地区	会場	開催日時	参集医師会	参加人数
摂丹	丹南健康福祉センター	11月5日(木)	三田市、徳山市、丹波市	127名
但馬	じばさん但馬5Fホール	11月29日(日)	朝来市、養父市、出石郡、豊岡市、美方郡	90名
西播(西)	相生総合福祉会館4Fホール	12月3日(木)	相生市、赤穂市、赤穂郡	66名
神戸(西)	神戸市医師会館	1月21日(木)	兵庫区、垂水区、西区	261名
神戸(東)	神戸市医師会館	1月28日(木)	東灘区、灘区、北区	310名
阪神(東)	ホテルアルカイックオクト	1月30日(土)	尼崎市	249名
明石	明石市医師会館	2月4日(木)	明石市	145名
阪神(北)	伊丹シティホテル	2月25日(木)	伊丹市、川西市	212名
合 計				1460名

資料 5

平成22年度医療安全に関する地区別研修会

地区	会場	開催日時	参集医師会	参加人数
東播(北)	小野うるおい交流館エクラ	10月21日(木)	三木市、小野市、加東市、加西市、西脇市、多可郡	150名
西播(西)	播保郡あすかホール	10月30日(土)	たつの市・播保郡、兵庫県、佐用郡	98名
西播(東)	姫路文化センター	11月18日(木)	姫路市、神崎郡	307名
阪神(西)	西宮市民会館	12月2日(木)	西宮市、芦屋市、兵庫区	331名
東播(西)	加古川総合保健センター	1月20日(木)	加古川市、加古郡、高砂市	217名
神戸(中)	神戸市医師会館	2月3日(木)	中央区、神戸大学、兵庫県庁	242名
神戸(西)	神戸市医師会館	2月10日(木)	長田区、須磨区	150名
淡路地区	西淡公民館	2月26日(土)	洲本市、淡路市、南あわじ市	111名
阪神(北)	宝塚医療会館	3月10日(木)	宝塚市	131名
合 計				1737名

資料 6

日医「医療事故削減戦略システム」重点項目別事例から学ぶ医療安全



1. 緊急時の迅速対応
2. 薬剤の誤投与防止
3. 採血・注射の安全な実施
4. 見落としを防ぐ
5. 検査と処置の安全な実施
6. 手術の安全な実施
7. 感染防止対策
8. 医療機器の安全な操作と管理
9. 転倒・転落の防止

資料 7

県医事直近3ヶ年(H.20~22年度)日医重点項目別事例数

1. 緊急時迅速対応 8/169・・・ 4.7%
2. 薬剤誤投与防止 17/169・・・10.1%
3. 採血・注射の安全実施 3/169・・・ 1.8%
4. 見落としを防ぐ 23/169・・・ 13.6%
5. 検査と処置の安全な実施 18/169・・・ 10.7%
6. 手術の安全な実施 49/169・・・ 29.0%
7. 感染防止対策 14/169・・・ 8.3%
8. 医療機器の安全な操作・管理 1/169・・・ 0.6%
9. 転倒・転落の防止 2/169・・・ 1.2%

資料 8

## 「医療安全管理」最近の動向について(Ⅰ)

1. 改正医療法下での医療安全管理関連についての厚労省医政局長通知の概要
2. 改正医療法下での「医療安全管理指針」(兵庫県版)内容の再確認
3. 医療安全管理に関する院内研修の実施並びに実施記録について
4. 院内事故報告書並びに「ヒヤリ・ハット」報告に関する考え方について
5. 院内感染対策、医薬品安全使用のための業務手順再確認
6. 国の医療安全施策に関するこれまでの動きについて
7. 日医総研「医療安全シンポジウム」(H23.7.24)―更なる医療の信頼に向けて―に関する報告、解説
8. 兵庫県下における医療現場への警察・検察介入に関する事例検討並びに今後の県医師会としての対策について

資料 9

## 県下におけるトラブル事例の発生状況並びに予防対策

1. 県医事直近3ヶ年(H20～22年度)診療科目別事例数(資料2)と通年15年間、更には全国レベルでの発生状況との比較検討
2. 平成年間でのトラブル事例を「平成前期10年間」と「後期12年間」で比較検討
3. 医療安全推進の立場からトラブル防止のための予防対策
  - ①倫理・自浄作用活性化委員会との協働による「医師法19条・・・診療に応ずる義務」に関するリーフレットの解説
  - ②日常診療における医療水準確保のための生涯教育のあり方
  - ③I. C. の徹底、説明不足の解消、前医と後医との良好関係を保つ意識の持続
  - ④専門外診療に対処するための診・診、病・診など医療連携の構築
  - ⑤院内医療安全マニュアル再点検、常日頃からの正確なカルテ記載の習慣づけなど

資料 11

## 「医療安全管理」最近の動向について(Ⅱ)

9. まとめ
 

医療・介護現場での国による管理体制強化が進む中において、医療人としての原点に立ち戻り

  - ① 自院における医療安全対策についての再点検
  - ② 患者さんとの信頼関係を取り戻し、一層深めるためにも、対話を中心とした自助努力が今こそ求められる

資料 10

## 会員間ピアレビューを医療安全対策に取組む方式について

- \* 近未来、紛争の相手方となる患者さん・家族、地域住民と情報の共有を余儀なくされる時代が来る(既に来ている)ものとして、先ずは医師としての職業倫理浸透を図るため「倫理・自浄作用活性化委員会」との協調体制をとることに
- \* 既上記委員会作成リーフレット「診療に応ずる義務(医師法19条)」を医事紛争地区別懇談会の資料として活用している
- \* 会長諮問「ピアレビューの各国現状と方法論―兵庫県医師会モデルの模索―」に対する答申書作成に向けて諸外国(米、英、独、仏、韓、スウェーデン)の医療制度、並びに日本の制度との違い、ピアレビューの実態等を踏まえ、医療人としてのピアレビュー(兵庫県版)の試作版作成に向けて作業中である

資料 12

## 第8章 広島県医師会の医療安全への取り組み

執筆担当者 寺岡 暉 副委員長

### 1. はじめに

実地医家の目指す医療安全への取り組みという視点に立った医療安全活動として、広島県医師会では年1～2回の市郡地区医師会担当理事連絡協議会開催と、継続的なテーマにタイムリーなテーマを織り交ぜた地区医師会ごとの医療安全講習会を実施している。

2010年度以降、医療安全講習会を9か所の地域において開催した。取り組みテーマは「医療事故削減対策」、「多職種連携による医療安全の推進」、「医療安全全国共同行動への参加」で、パイロットスタディとしての全医療機関へのアンケート(2011年6月)結果および地区医師会がこれまでに行った調査分析結果から、今年度の「医療事故削減」重点項目として、「薬剤誤投与防止」、「採血注射の安全な実施」、「患者取り違え防止」、「転倒転落防止」、「指示ミスの防止」、「患者誤認防止」が浮き彫りにされた。

市郡地区医師会担当理事連絡協議会は2011年度2回開催された。新たな課題は、日本医師会から提示されている「医療事故調査制度の創設」に係わって、医療事故調査委員会を「全ての医療機関に設置する」という件であり、その環境づくりとして特に小病院・診療所において平素からの医療安全対策への取り組みをレベルアップすることが不可欠であることが再認識された。

「多職種連携による医療安全の推進」と「医療安全全国共同行動への参加」については、2011年12月18日(日)、広島医師会館にて、四師会(広島県医師会、広島県歯科医師会、広島県薬剤師会、広島県看護協会)参加による「多職種連携医療安全対策共同行動」が開催され、職種横断的な医療安全活動の重要性と医療安全についての市民理解の意義が共通認識された。

### 2. 方法

#### 2-1. パイロットスタディ

- 1) 県内全医療施設を対象とした調査:対象 全A会員(2,385名)に対するアンケート。時期:2011年6月。医療安全対策の重点項目、ヒヤリ・ハット事例、「医療事故削減戦略システム」の活用について設問し、医療施設種に注目して結果を分析した(資料1, 2参照)。
- 2) 地区医師会(府中地区医師会)におけるこれまでに行った医療事故・ヒヤリ・ハット調査の分析を行った(資料3参照)。

## 2-2. 「多職種連携による医療安全の推進」

医療安全全国共同行動として、医師会・歯科医師会・薬剤師会・看護協会の参加による医療安全フォーラムを開催し、多職種に係る医療現場における職種横断的な医療安全対策の共通認識を図った。

## 3. 結果

### 3-1. パイロットスタディの結果

#### 1) アンケート調査結果(資料 1, 2参照)

- ① 広島県内全医療機関 2,385 のA会員に送付し、650 の有効回答を得た(27.3%)。
- ② 集計は病院(59)、有床診療所(73)、無床診療所(518)毎に行い、本委員会の趣旨から分析の主体は有床診療所と無床診療所においた。
- ③ 「問4 医療安全の取り組み」への回答結果から、病院では全ての項目において実施率 70%以上と満遍なく行われている一方、診療所では院内感染予防・医薬品の安全使用・医療機器の安全管理において十分実施されていない。特に無床診療所においては医療事故防止・院内感染のマニュアルも半数以上が作成していない(問5, 6)。
- ④ 「問7 ヒヤリ・ハット」については、事例はやはり病院・有床診療所で多いが、無床診療所においても 65%の報告がなされている。経験した事案では、「誤薬」、「指示ミス」、「情報の伝達」の順に多い。
- ⑤ 「問9-12 医療安全に関する情報」については、入手手段は何れの医療施設においても、「研修会・講演会などへの参加」に依るところが多い。また、欲しい情報としては「最近の医療安全の知識」「他の医療機関での取り組み」の順になっている。
- ⑥ 「問13-14 講習会への参加」の出席率は病院 96%、有床診療所 88%に比べて無床診療所は低い、それでも 64%は出席している。

### 広島県四師会共同フォーラム

#### “みんなで築こう安全安心な医療！”

日時：平成 23 年 12 月 18 日(日) 13:00~16:00  
場所：広島医師会館 2階講堂  
共催：広島県医師会、広島県歯科医師会、  
広島県薬剤師会、広島県看護協会

#### 【プログラム】

13:00~	開会挨拶	広島県医師会 会長	碓井静照
13:05~	基調講演 (60分)	「(医療安全全国共同行動より)」 講師 東北大学大学院医学系研究科国際保健学分野 教授 上原鳴夫 座長 日本医師会常任理事 高杉敬久	
14:05~	シンポジウム	「医療安全と医療連携～ヒヤリ・ハットから学ぶ～」	
	1. 「広島県医師会」(20分)	広島県医師会 常任理事	天野國幹
	2. 「広島県歯科医師会」(20分)	広島県歯科医師会 副会長	清水勢一
	3. 「広島県薬剤師会」(20分)		
	4. 「広島県看護協会」(20分)		
15:25~	5. 総合討論 (30分)	座長 日医医療事故調査に関する検討委員会委員長 寺岡 暉	
15:55~	閉会		

⑦ 「問15 医療事故削減戦略システム(日本医師会 平成22年3月発刊)の認識・利用について」は、残念ながら十分な活用がなされていない。

⑧ チェック項目を遭遇頻度・関心が高いと認識しているとして集計すると、上位3位までは次のようになり、どの種類の医療施設においても誤薬に係るミスが多い。

無床診	1位 指示ミス	2位 誤薬	3位 患者誤認
有床診	1位 誤薬	2位 転落・転倒	3位 指示ミス
病院	1位 転落・転倒	2位 誤薬	3位 食事のミス

## 2) 地区医師会の医療事故調査の分析結果(資料3参照)

府中地区医師会において、2004年4月～2005年3月に医師会医療事故委員会に届け出られた医療事件事例、2007年1月～12月、2009年1月～12月の届け出事例を表に示す。「誤薬」が最多事例であることは県全体のアンケート結果と一致している。施設種類別の頻度順位は以下の如くである。

無床診	1位 誤薬	2位 検査上のミス	3位 看護・患者管理	4位 患者誤認	
有床診	1位 誤薬	2位 患者誤認	3位 看護・患者管理	4位 転倒・転落	5位 検査上のミス
病院	1位 転倒・転落	2位 誤薬	3位 チューブ管理	4位 看護・患者管理	5位 給食ミス

2007年と2009年の調査に関しては、事故種類と事故レベルに分けて結果を分析し、比較した(資料3-3～5参照)。

### 3-2. 多職種連携による医療安全の推進

医療の実践が多職種・多医療施設連携によって行われていることの実態認識に立った取り組み。

1) 平成23年12月18日、「医療安全全国共同行動」の一環として、広島県医師会、広島県歯科医師会、広島県薬剤師会、広島県看護協会の参加による医療安全四師会共同フォーラムを開催した。参加人数100名。参加人数は少なかったが、医療安全の取り組みにおいても、医療連携が不可欠であることの共通認識を多職種医療専門職が確認しあう第一歩となった。

2) 基調講演において、「医療安全の仕組みづくり」を多職種間で共通認識することの意義

について学んだ。

3) シンポジウム「医療安全と医療連携 ～ヒヤリ・ハットから学ぶ～」では、医師・歯科医師・薬剤師・看護師の職能団体の代表が医療現場における医療安全への取り組みを以下の如く発表した。

- ① 医師会: 「事例から学ぶ」として、最も緊急性が高く、医療ミスが発生し易く、また歯科医師会、薬剤師会、看護協会にも共通し、かつ、診療所でも経験する可能性がある事例であるアナフィラキシーショックの注意点について「医療事故削減戦略システム」(日本医師会 平成 22 年3月発刊)を参照しつつ紹介した。アナフィラキシーショックは造影剤、抗がん剤、解熱消炎鎮痛剤、抗菌剤、血液製剤、生物由来製品など、多く日常的な医薬品によって起こる可能性があり、重大な結果に繋がる頻度が高いので、どこの診療所においても速やかな処置ができるよう準備しておくことの必要性が強調された。
- ② 歯科医師会: 骨粗鬆症や悪性腫瘍の治療に使用されるBP系薬剤(ビスフォスフォネート系薬剤)の使用にあたっての侵襲的歯科処置のリスクについて、歯科側から改めて情報提供があり、ア. 薬剤投与前に歯科の受診を勧め、抜歯などの治療は済ませる、イ. 投与中は口腔内管理を定期的に受ける、ウ. 口腔内を清潔に保つ、エ. 歯科受診時には既往症や薬、アレルギーを告知する、など具体的な注意点が指摘された。その他アスピリン投与の問題点についても説明された。
- ③ 薬剤師会: 薬局においてもヒヤリ・ハットに遭遇した際は日本医療機能評価機構に報告する旨が紹介され、またトピックスとしてメトレキサート製剤「リウマトレックス」の適正使用について注意喚起された。次いで製薬会社が行っている事故から学ぶ安全対策についても紹介があった。また、医師－薬局との医療連携の形として、「疑義照会」の適正な運用が持つ意義について指摘され、医療安全を保つためには詳細まで確認ができる関係性の構築と継続が必要であるという重要な提案がなされた。
- ④ 看護協会: 看護職は、看護協会会員だけでも保健師、助産師、看護師および准看護師の約 17,500 人の会員がおり、病院に限らず、行政、学校、訪問看護、介護という幅広い現場で働いている。このような現状を反映して、平成 18 年～23 年度の県内医療安全管理者養成研修修了者数は 484 名となっており、近年、中小規模施設、診療所、訪問看護からも受講が増えている。医療安全への取り組みについては、ヒヤリ・ハットから学ぶというテーマに添った日本看護協会の熱心な取り組みがあるが、医療安全を巡る環境は依然として厳しいものがある。医療事故発生場所の

多くは病棟、原因は看護師、発見者も看護師、対策の担い手も看護師という構図  
実態は変わらない。医療現場に係る全ての職種が「間違っていること」、「困ってい  
ること」を率直に協議し職種横断的な取り組みをすることの重要性が指摘された。

## 4. 考察

### 1) 広島県医師会アンケート調査結果について

- ① 診療所、特に無床診療所においては、医療安全対策委員会の設置など日頃の  
対策が不十分である。今後全ての医療施設における医療事故調査の仕組みを  
導入することを視野に置くと、医師会等の支援も得て対策を講じることが望まれ  
る。
- ② 無床診療所においてもヒヤリ・ハット事例の院長への報告が65%為されていること  
から、届け出方法を工夫することにより、違和感無く届け出を奨励することが可能  
であろう。
- ③ 講習会等への参加や情報入手については、関心がA会員に留まっているは、医  
療現場の医療安全向上に直結しない。医療安全への関心は全ての職員に共有  
されなければならない。
- ④ 「医療事故削減戦略システム」の活用が不十分である。事例と関連付けながら、  
周知を図る必要がある。
- ⑤ 「誤薬」の事例が全ての種類の医療施設を通じて極めて多い。投薬業務は医療  
現場で最も多い多因子医療行為であり、しかも安易に行われ易いのでミスも多い。  
原因解析も含めたしっかりした調査と成果に繋がる対策を講じる必要がある。

### 2) 地区医師会の医療事故事例調査分析結果について

「誤薬」の事例が多いことは、県全体の調査と一致した傾向である。資料3に示す如く、  
院外調剤で多いことから、例えば「地域調剤カンファレンス」(仮称)を持つことが有意義で  
あろう。

2007年度と2009年度の比較については、取り組みの効果を判定する段階ではなく、  
取り組みの浸透度の問題と考えられる。

また、「患者誤認」の事例が増えていることは、大事故に繋がる要因を秘めており、対策  
を急ぐ必要があるが、さらに深く検討する必要がある。

### 3) 多職種連携による医療安全推進—広島県四師会共同フォーラムについて

医療の実践は多くの専門職によって、しかも様々な医療機関において行われているので、現場には多数のインターフェースがある。このインターフェースには同一施設内のものと他施設間のものとあり、さらに後者には同種他施設間(例えば診療所－診療所、診療所－病院、病院－病院)と異種施設間(例えば診療所または病院－調剤薬局)があるなど多種多様である。医療安全の問題はこのような多職種多施設連携に立った取り組みでないと、現実の医療現場に対応したものとなり得ない。

この度の四師会共同フォーラムでは、医師・歯科医師・薬剤師・看護師の連携を課題にしたが、医療現場の担当者は一層拡大しつつある現状を踏まえ、今後は連携の対象をリハビリテーション療法士<sup>※</sup>・臨床工学技士、さらには介護福祉士にまで広げ、医療安全対策を全ての領域に広める方向で、この会を拡充していきたい。また医療の安全は医療関係者だけでなく、市民にとっても関心があり、医療安全の問題は市民・国民の理解と参画が大事である。この度の参加者が核となって市民を巻き込んだ会に育てる必要がある。

---

参考文献) 第6回 医療の質・安全学会学術集会

「広島県府中地区医師会における自浄作用活性化活動状況について」(長 健 ほか)

---

<sup>※</sup> 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の総称として用いた

(資料1)

医療安全対策に関するアンケート調査（質問票および回答）

問1 貴医療機関の種類をお尋ねします。

無床診療所	518
有床診療所	73
病院	59
介護保険事業所	14
その他	1
回答なし	6

問4 事故防止・感染予防など医療安全の観点から取り組んでいることに全てにチェックをお願いします。（いずれかに○）

	全体	比率			
		無床診療所	有床診療所	病院	全体
患者・家族との良好な信頼関係構築	617	479	65	55	92%
職員との円滑なコミュニケーション	581	450	64	51	87%
「ヒヤリ・ハット」事例の院長への報告	485	345	67	57	72%
医療事故防止の職員研修の実施	326	199	62	55	49%
職員への定期健康診断などの健康管理	588	443	72	59	88%
職員への院内感染予防の研修実施	357	230	59	56	53%
職員への医薬品安全使用の研修（副作用が出た場合の対応等）実施	212	133	31	42	32%
医薬品の有効期限の定期的なチェックおよび記録	508	378	62	55	76%
医療機器の定期的な保守点検の実施および記録	420	300	56	55	63%
職員への医療機器の使用法、安全性についての研修実施	285	192	36	48	42%
特になし	16	14	0	0	2%

問5 貴院では「医療事故防止マニュアル」を作成していますか？（いずれかに○）

	比率				
	全体	無床診療所	有床診療所	病院	全体
作成している	338	211	59	57	50%
作成していない	318	293	14	1	47%
無回答	15	14	0	1	2%

問6 貴院では「院内感染防止マニュアル」を作成していますか？（いずれかに○）

	比率				
	全体	無床診療所	有床診療所	病院	全体
作成している	357	221	64	58	53%
作成していない	298	282	8	1	44%
無回答	16	15	1	0	2%

問7 これまでに「ヒヤリ・ハット」の事例がありましたか？（いずれかに○）

	比率				
	全体	無床診療所	有床診療所	病院	全体
あった	471	335	63	58	70%
ない	184	167	10	1	27%
無回答	16	16	0	0	2%

問 7-1 経験したものの全てにチェックと、その原因と思われるものに○をお願いします。

	比率				
	全体	無床 診療所	有床 診療所	病院	有床 診療所
指示ミス	235	168	27	36	62%
採血・静脈注射時の神経 損傷	29	16	5	5	9%
技術ミス（採血・静脈注 射時の神経損傷を除く）	53	34	2	16	28%
誤薬	262	166	38	47	81%
患者誤認	146	96	16	34	59%
転落・転倒	133	41	32	48	83%
院内感染	29	5	4	15	26%
食事のミス	52	0	8	41	71%
輸血ミス	3	0	0	2	3%
機器類誤操作	41	21	5	14	24%
各種検査の不手際	105	60	15	29	50%
情報の伝達	151	88	24	36	62%
誤診・診断の遅延	54	45	4	4	7%
接遇	143	83	26	33	57%
その他	8	6	1	1	2%

問 12 医療安全推進にあたり最も知りたい情報は？（1つ選択）

	比率				
	全体	無床 診療所	有床 診療所	病院	有床 診療所
各学会のガイドライン	83	64	10	5	8%
最近の医療安全の知識	352	278	38	27	46%
厚生労働省通知などの法律関 係情報	59	44	7	7	12%
他の医療機関での医療安全の 取り組み情報	145	97	16	26	44%
接遇・マナーの知識	76	56	16	3	5%
その他	6	5	0	1	2%

問 13 医療安全に関する講習会に参加されたことがありますか？（いずれかに○）

	比率				
	全体	無床 診療所	有床 診療所	病院	有床 診療所
参加したことがある	461	329	64	56	95%
参加したことがない	196	175	9	3	5%
無回答	14	14	0	2	0%

問 11 効果的（貴院・貴院の従業員に届きやすい）と思われる情報提供方法は？（1つ選択）

	比率				
	全体	無床 診療所	有床 診療所	病院	有床 診療所
紙媒体での情報提供	313	262	26	17	29%
電子媒体での情報提供	30	20	3	6	10%
研修会・講習会の実施	313	210	47	45	76%
その他	38	34	2	1	2%

問 15 平成22年3月に日本医師会が発刊した「医療事故削減戦略システム」について

	比率				
	全体	無床 診療所	有床 診療所	病院	有床 診療所
大いに利用している	18	10	4	3	5%
時々利用している	130	97	18	12	20%
使用していない、知らない	494	392	44	41	69%
無回答	29	19	7	3	5%

問 16 「医療事故削減戦略システム」の以下の重点項目のうち、参照度または遭遇頻度が高いものを3項目にチェックをつけてください。

	比率							
	全体	無床診療所	有床診療所	病院	全体	無床診療所	有床診療所	病院
緊急時の迅速対応	323	258	33	20	48%	50%	45%	34%
薬剤の誤投与防止	260	199	33	20	39%	38%	45%	34%
採血・注射の安全な実施	218	197	15	5	32%	38%	21%	8%
見落としを防ぐ	156	130	12	10	23%	25%	16%	17%
検査と処置の安全な実施	102	82	12	4	15%	16%	16%	7%
手術の安全な実施	25	13	10	2	4%	3%	14%	3%
感染防止対策	175	121	25	20	26%	23%	34%	34%
医療機器の安全な操作と管理	48	36	8	3	7%	7%	11%	5%
転倒・転落の防止	86	43	17	21	13%	8%	23%	36%

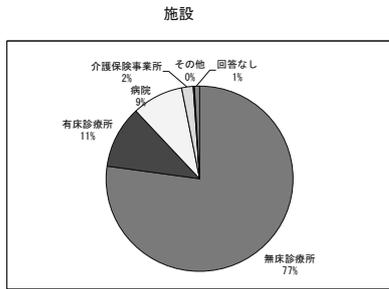
問 17 昨年度、「医療事故削減戦略システム」をもとに開催した医療安全講習会について（いずれかに○）

	比率							
	全体	無床診療所	有床診療所	病院	全体	無床診療所	有床診療所	病院
参加し、役に立っている	77	57	12	6	12%	12%	18%	11%
参加したが、役に立っていない	12	10	2	0	2%	2%	3%	0%
参加していない	539	423	51	47	86%	86%	78%	89%

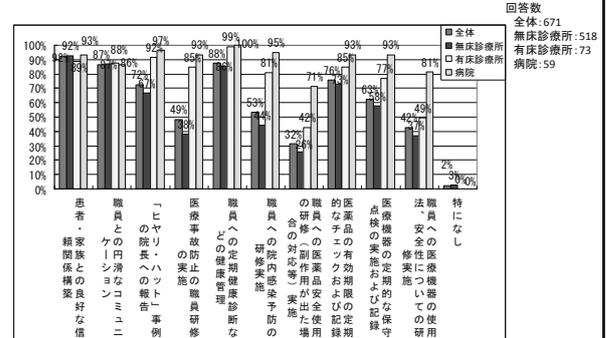
問 18 医療安全全国共同行動について（いずれかに○）

	比率							
	全体	無床診療所	有床診療所	病院	全体	無床診療所	有床診療所	病院
参加している	12	6	1	4	2%	1%	1%	7%
参加予定である	25	14	8	2	4%	3%	12%	3%
知っているが参加していない	131	92	13	21	20%	18%	19%	36%
知らない	478	386	46	32	74%	78%	68%	54%

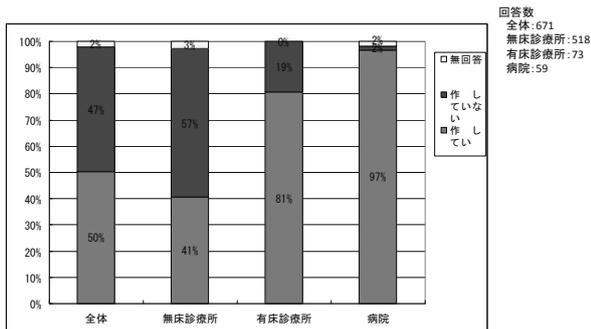
問1 貴医療機関の種類をお尋ねします。



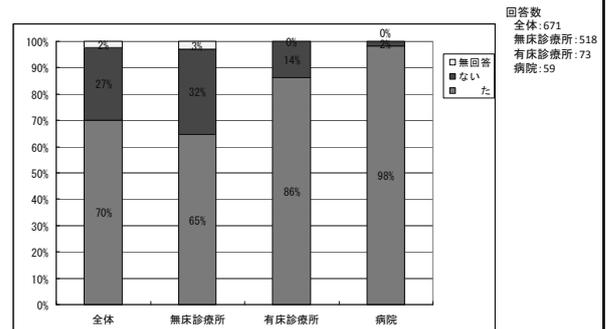
問4 事故防止・感染予防など医療安全の観点から取り組んでいることに全てにチェックをお願いします。



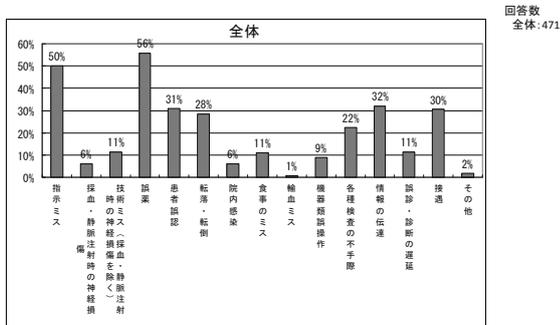
問5 貴院では「医療事故防止マニュアル」を作成していますか？(いずれかに○)



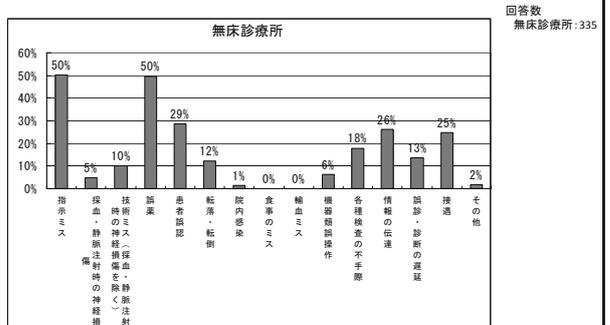
問7 これまでに「ヒヤリ・ハット」の事例がありましたか？(いずれかに○)



問7-1 経験したものに全てにチェックと、その原因と思われるものに○をお願いします。

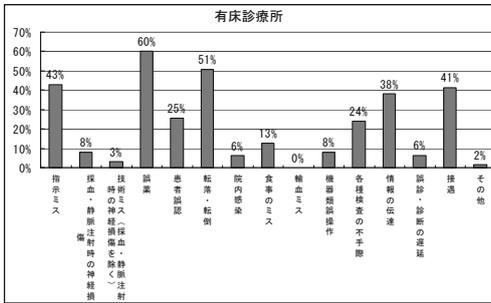


問7-1 経験したものに全てにチェックと、その原因と思われるものに○をお願いします。



問7-1 経験したものの全てにチェックと、その原因と思われるものに○をお願いします。

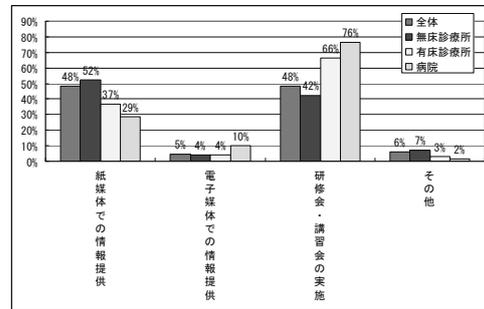
回答数  
有床診療所:63



7

問11 効果的(貴殿・貴院の従業員に届きやすい)と思われる情報提供方法は？

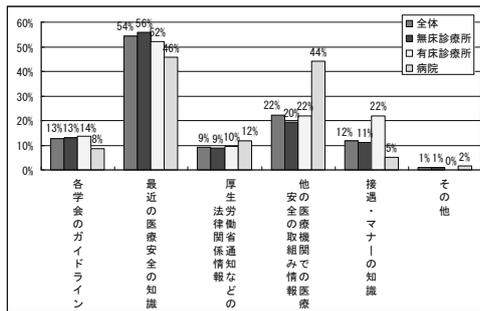
回答数  
全体:650  
無床診療所:500  
有床診療所:71  
病院:59



8

問12 医療安全推進にあたり最も知りたい情報は？

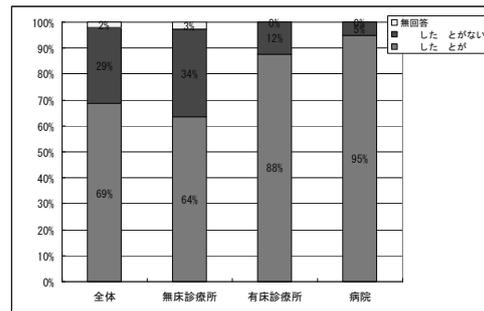
回答数  
全体:649  
無床診療所:497  
有床診療所:73  
病院:59



9

問13 医療安全に関する講習会に参加されたことがありますか？(いずれかに○)

回答数  
全体:671  
無床診療所:518  
有床診療所:73  
病院:59



10

府中地区医師会医療事故報告件数

平成16年4月～平成17年3月  
病院8/8 有床診療所5/7 から回収

医療事故	病院	有床診療所	計
誤薬	1,158	64	1,222
転倒・転落	459	36	495
看護および患者管理	317	6	323
検査	102	18	120
チューブ管理	43	0	43
給食	42	10	52
患者誤認	20	4	24
患者の暴力	20	0	20
誤嚥	14	0	14
その他	913	94	1,007
計	3,088	232	3,320

施設別誤薬に関する報告件数

平成16年4月～平成17年3月  
病院8/8 有床診療所5/7 から回収

	院内調剤	院外調剤	外来	病棟
病院	296	351	157	490
有床診療所	24	55	46	33
無床診療所	11	7	18	—
計	331	413	221	523

病院の事故種類と事故レベル 07年:09年比較

	0		1		2		3		4		5		計	
	07年	09年	07年	09年	07年	09年	07年	09年	07年	09年	07年	09年	07年	09年
誤薬	309	183	378	331	86	93	1	11	0	0	0	0	774	618
転倒・転落	10	6	285	257	129	251	37	153	7	4	0	1	468	672
看護および患者管理	17	33	76	164	41	30	8	49	4	1	0	0	146	277
検査	62	28	82	115	31	24	5	4	0	0	0	0	180	171
チューブ管理	2	4	50	68	66	106	35	372	12	0	0	0	165	550
給食	83	44	157	105	6	11	0	2	0	0	0	0	246	162
誤認	15	8	34	69	22	8	0	1	1	0	0	0	72	86
暴力	1	5	31	13	26	22	5	3	0	1	0	0	63	44
誤嚥	0	0	3	3	8	12	4	11	2	0	0	1	17	27
その他	130	85	211	201	121	73	36	23	2	0	1	0	501	382
計	629	396	1,307	1,326	536	630			28	6	1	2	2,632	2,989

有床診療所の事故種類と事故レベル 07年:09年比較

	0		1		2		3		4		5		計	
	07年	09年												
誤薬	10	59	8	16	0	0	0	1	0	0	0	0	18	76
転倒・転落	0	0	10	3	2	15	0	4	0	0	0	0	12	22
看護および患者管理	5	4	2	18	10	5	0	0	0	0	0	0	17	27
検査	4	3	2	11	0	2	0	0	0	0	0	0	6	16
チューブ管理	0	0	0	0	1	1	0	4	0	0	0	0	1	5
給食	0	2	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4
誤認	5	51	12	12	0	1	0	0	0	0	0	0	17	64
暴力	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
誤嚥	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0
その他	0	26	2	18	0	1	0	3	0	0	0	0	2	48
計	25	145	37	81	13	25	0	12	0	0	0	0	75	263

無床診療所の事故種類と事故レベル 07年:09年比較

	0		1		2		3		4		5		計	
	07年	09年												
誤薬	15	32	40	10	0	0	0	0	0	0	0	0	55	42
転倒・転落	0	0	5	0	3	1	1	0	0	0	0	0	9	1
看護および患者管理	6	6	8	0	0	0	0	1	0	0	0	0	14	7
検査	18	11	6	2	0	0	0	2	0	0	0	0	24	15
チューブ管理	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
給食	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
誤認	11	9	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	12	0
暴力	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
誤嚥	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
その他	5	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	5	2
計	59	59	60	13	3	2	1	3	0	0	0	0	123	77

事故種類と事故レベルの比較考察

- 総報告事例数は、増加した。とくに、有床診療所からの報告が増加した。
- 病院では、事故レベル4・5については1/4に減少したが、レベル3が増加した。内容は、転倒・転落とチューブ管理であった。
- 有床診療所では、誤認が4倍近く増加した。
- 無床診療所では、誤薬と検査に関する事故が多かった。

## 第9章 香川県医師会の医療安全への取り組み

執筆担当者 坂東 義教 委員

### 1. はじめに

香川県医師会では、医事紛争処理委員会が医事紛争に加え医療安全にも対応していたが、平成 18 年度より、医療安全部が独立し活動している。医療安全部として、医事紛争、医療事故、医療安全や自浄作用活性化などを扱っている。医療安全については、定期的な研修会の開催、日本医師会からの情報提供や中国・四国医師会の研究会などの報告を行ってきた。

現在までに行った医療安全対策研修会開催等による効果は不明な部分が多く、目に見える形での成果を求めるため、香川県医師会として、①注射・採血に関する医療安全情報提供およびそれに関するアンケート収集、②インシデント・アクシデント報告制度開始、を実施した。

今回の医療安全情報により、多くの医療関係者で知識の再確認ができること、そして、アンケート回答から今回の情報の有効性や内容の問題点が出されることを期待した。また、インシデント・アクシデント事例を報告するシステムを作ることにより、事例を記載し報告するという意識付けができ、その情報の共有化が事故削減につながると考えた。

### 2. 方法

平成 23 年2月に

- 1) 香川県内医療機関(大病院を除く 760 医療機関)に、香川県医師会医療安全情報(採血・注射の安全な実施)(資料1)とアンケート用紙(資料2)を配布した。今回の医療安全情報は、日本医師会「医療事故削減戦略システム」重点項目3(採血・注射の安全な実施)の内容を、変更・追加することなく引用した。
- 2) 中小の病院および診療所に対し、インシデント・アクシデント事例報告書(見本)を配布した。

### 3. 結果

#### 1) 医療安全情報について

対象とした 760 医療機関のうち、230 医療機関(回答率 30.3%)からの回答があった。そして、230 医療機関の 1,131 人からアンケートの回答が出された(表1, 図1)。

内訳は、医師 164 人、看護師 865 人、臨床検査技師 47 人、その他 55 人であった。この

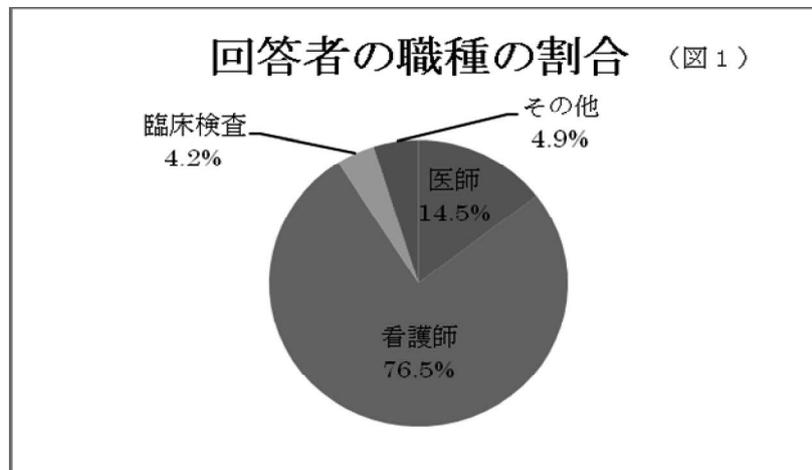
うち回答内容と職種を合致できたのは 379 人で、医師 141 人、看護師 201 人、その他 37 人であった。多くの方から、「非常に役に立った」「少し役に立った」との回答が得られた(表 2, 図2～5)。

今回の医療安全情報を参考にし、医療機関で改善された実例の報告があった。①注射後、針のリキャップをやめた、②針刺し事故及び感染症防止のためディスポ手袋の着用に努めた、③注射の際、患者への説明と観察に以前より配慮するようになった、などである。また、今回の資料を全看護師に配布したり、安全委員会の議題として使用した医療機関があった。

今回の医療安全情報に関して、注射後のマッサージの必要性についての疑問が示された。今後の医療安全情報として、①転倒防止、②感染予防対策、③インシデント・アクシデント事例の内容と改善策の情報提供、などが要望された。

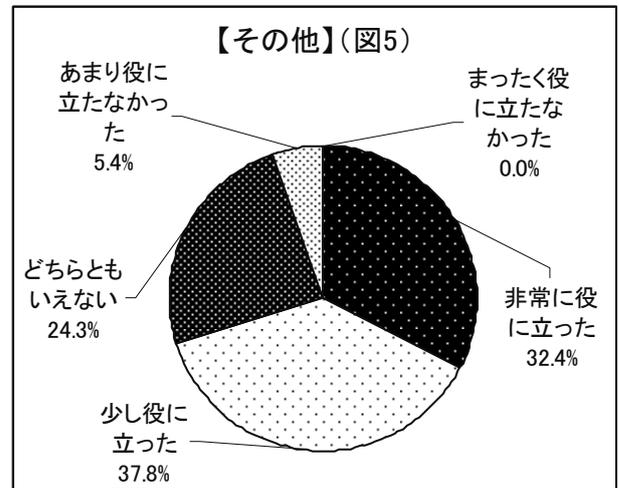
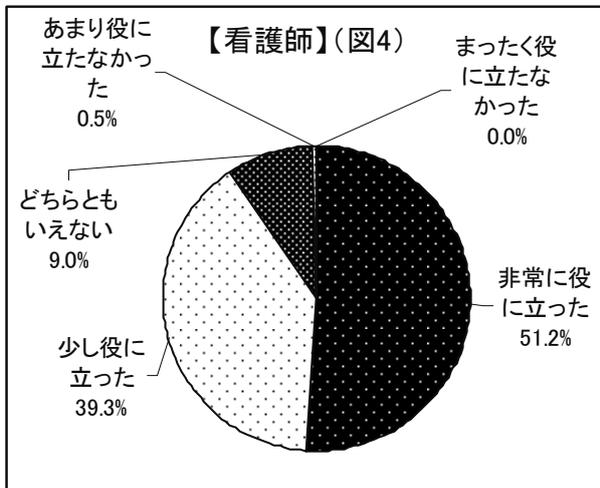
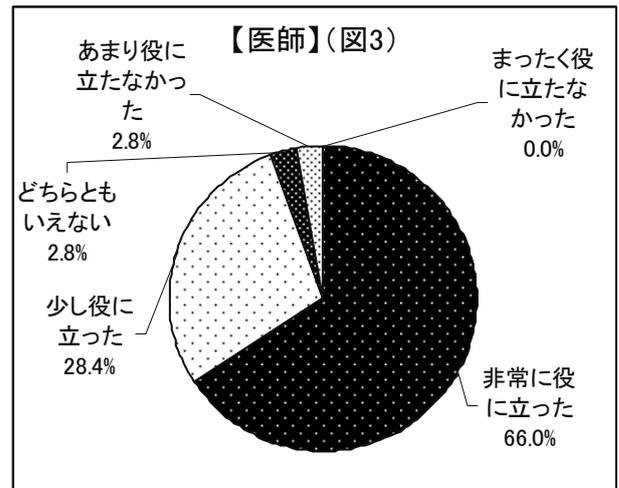
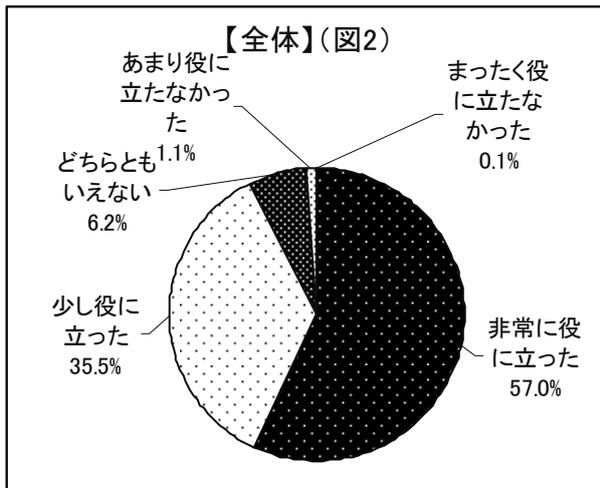
●回答者の職種に該当するものはどれですか。(表1)

医師	看護師	臨床検査	その他	計
164	865	47	55	1,131



●今回の「採血・注射についての安全情報」についてお答え下さい。(表2)

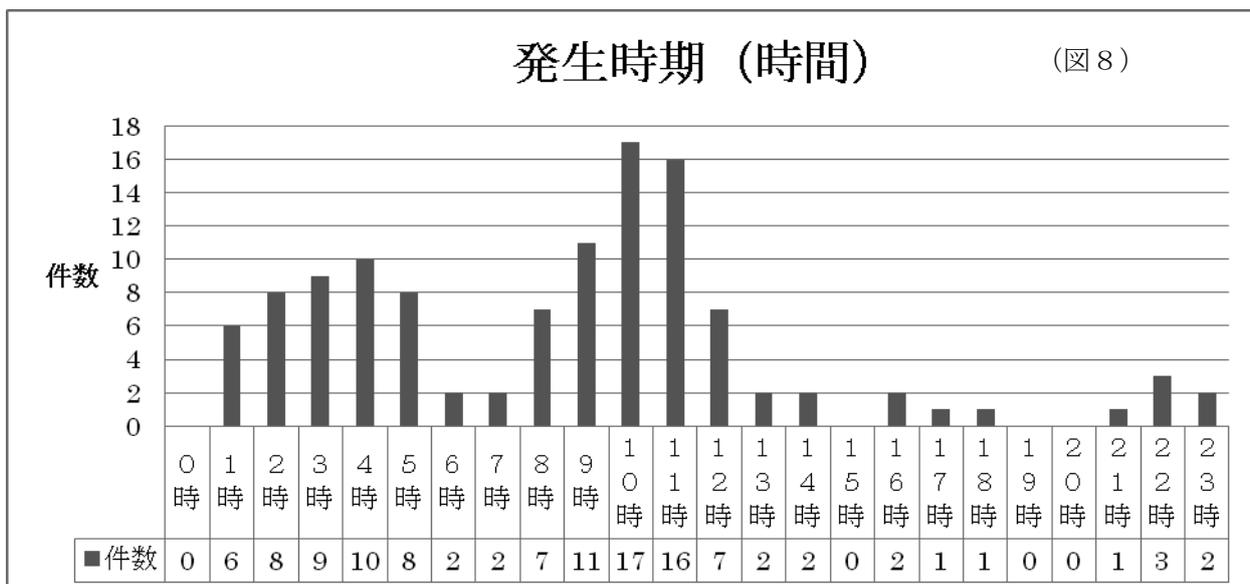
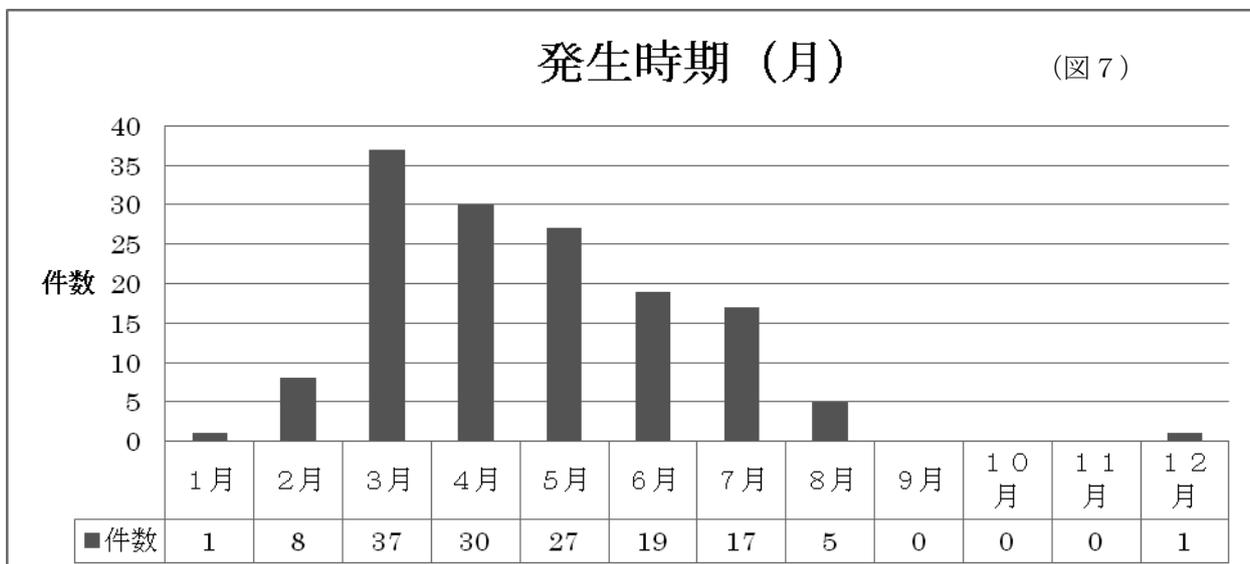
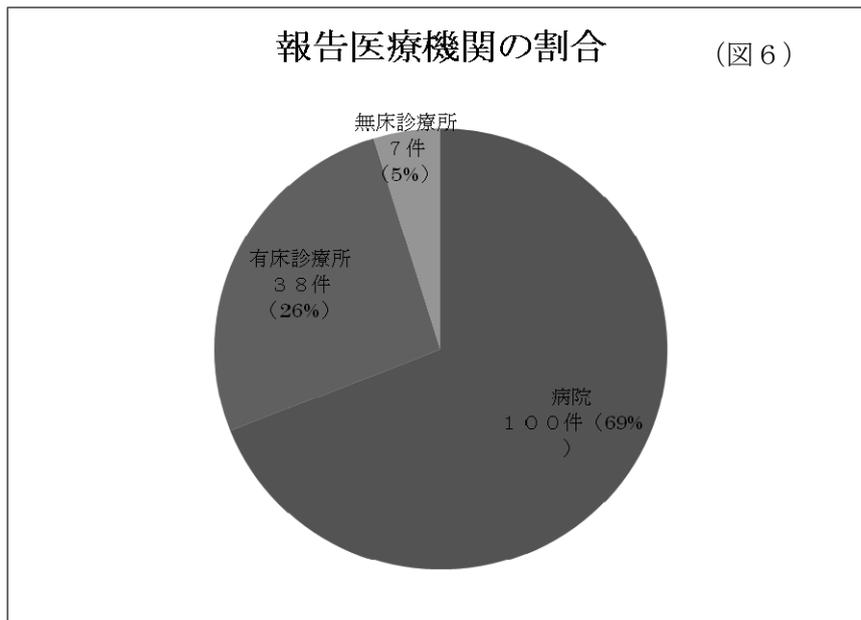
職種別	非常に役に立った	少し役に立った	どちらともいえない	あまり役に立たなかった	まったく役に立たなかった	計
全体	645	402	70	13	1	1,131
医師	93	40	4	4	0	141
看護師	103	79	18	1	0	201
その他	12	14	9	2	0	37



## 2) インシデント・アクシデント報告について

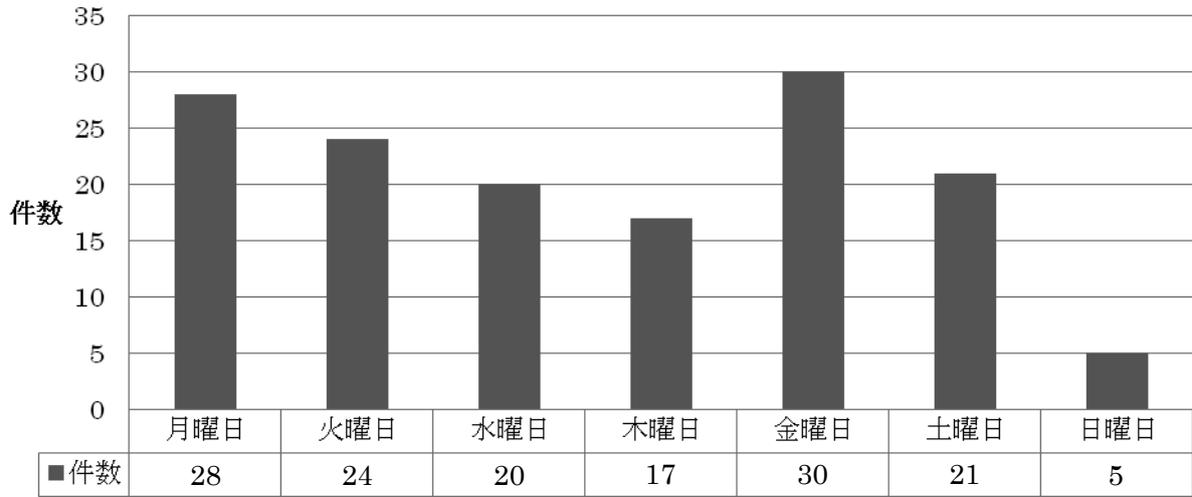
平成23年8月末現在で145事例の報告があった。内訳は、病院から100件、有床診療所から38件、無床診療所から7件であった(図6)。

2月からの報告制度であり、3月の発生事例が多く報告された(図7)。発生時刻では、深夜帯と午前中が多く(図8)、曜日別では、月曜日と金曜日が多かった(図9)。発生場所としては、病室がほぼ半数を占めた(図10)。概要による分類では、薬剤、注射・採血に関するものや転倒・転落事例が多かった(図11)。その他には、眼科診療所でのコンタクトレンズ処方違いなどが含まれている。



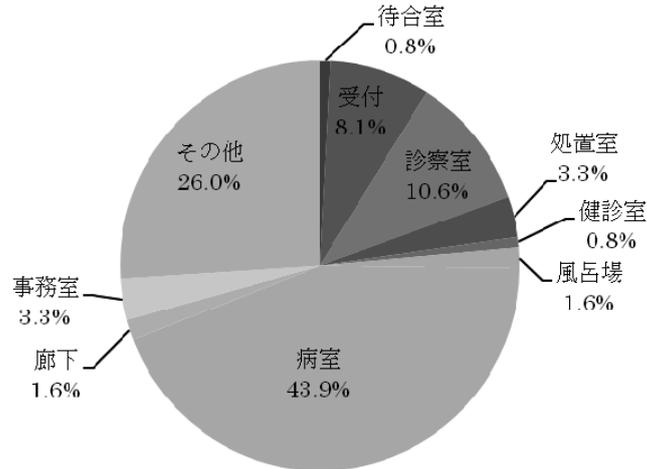
## 発生時期（曜日）

(図 9)



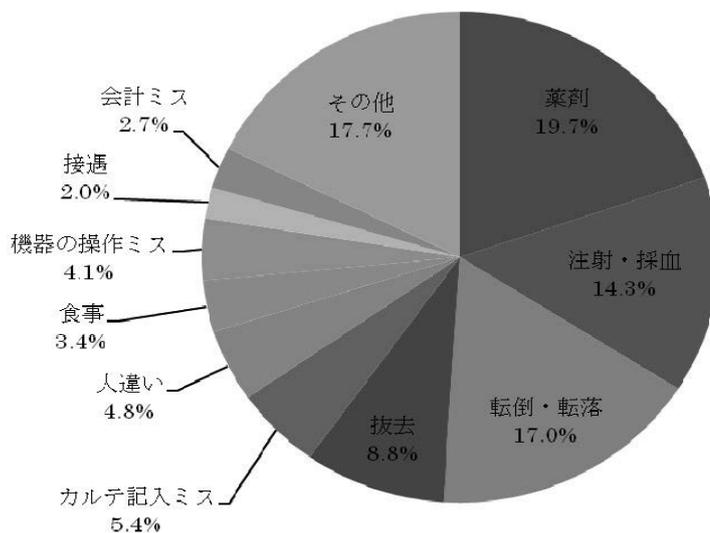
## 発生場所

(図 10)



## 概要による分類

(図 11)



## 4. 考察

今年度の活動により、香川県医師会員のなかで医療安全への関心が高まった。

香川県医師会医療安全情報に関するアンケート回答での記載内容から、会員等が今回の情報を熟読していただいたことがわかり、多くの医療関係者で知識が高まったと判断できた。また、今回の医療安全情報の内容における問題点が出され、改訂時の参考になると考えた。

全県的な取り組みを行ったことにより、県医師会員のなかでインシデント・アクシデント報告への関心が高まり、中小医療機関での医療安全についての啓発ができた。ただ、報告事例の69%が病院からで、診療所からは31%であった。病院からの報告が多いのは、転倒・転落などの事例は病院で発生すること、また、病院では事例報告の意識付けができていたためと考えた。診療所からの報告を促すため、これまでの集計結果や事例に対する有用な改善策などを提示したい。

今後も、様々な内容に関する香川県医師会医療安全情報を定期的に出していく予定である。インシデント・アクシデント事例の収集については、今後も継続していきたい。これに関しては、日本医師会がホームページ等を活用して全国的な収集を行い、多くの事例を集計し改善策等をまとめることを要望する。

医療事故を削減するためには、定期的な職員教育に加え、各医療機関に見合った体制づくりが求められるが、患者側と医療従事者との協働医療の観点から、患者側にも協力を求める考えが広がることを期待する。

# 香川県医師会医療安全情報

## (重点項目3) 採血・注射の安全な実施

### [3-1] 採血の安全な実施

#### 1. 事例

<採血後の左腕骨神経不全麻痺>

55歳女性

人間ドックで左腕関節部付近から採血。採血時左第2指にビリビリした痺れがあったが気にしなかった。1週間後痺れ感が続く旨の訴えあり、他院紹介により3週間の加療要と診断された。

#### 2. 本事例の問題点

- 腕側手関節部からの採血は優先する部位ではなく肘正中皮静脈が最適部位。
- 穿刺時や採血中の訴えに対しては中止することを考慮する。
- 採血器具の適切性。

#### 3. システムで実現する安全確保・予防のための取組

- 1) 患者の特性を把握し、患者や家族に対して採血の目的や手技について十分に説明する。静脈が細い、怒張しづらい患者にはその旨をあわせて説明する。
- 2) 最も適切な穿刺部位を選ぶ。  
通常は肘部が最適で、正中部・外側部の **肘正中皮静脈**、**橈側皮静脈** が望ましい(図1)。
- 神経損傷のリスクを考慮し、肘部内側の尺側皮静脈からの採血を避ける。
- 3) 適切な器具や針を選択、準備する。
- 4) 手洗い、手袋、消毒、駆血の手順の確認。
- 5) 穿刺時の訴えや痺れ感に留意し、血液の流入や針の刺入部は患者を十分に観察する。
- 6) 電撃痛など訴えにより採血を中止する。しびれの起こる部位にて刺激した神経が推定できる(図1、2)。
- 7) 確實に止血し、内出血、疼痛、痺れ、知覚異常の有無を確認する。
- 8) 実施後の適切な説明、指示をする。少しでも違和感、感覚の異常が残るようであれば翌日でもすぐに来院するように指示する。
- 9) 実施後の訴えには即応し、適切に対応する。必要に応じて他院(整形外科または神経内科)を紹介する。
- 10) 注射・採血の正しい行い方を模倣を使って練習する方法もあり、地区医師会により講習会を開催する。

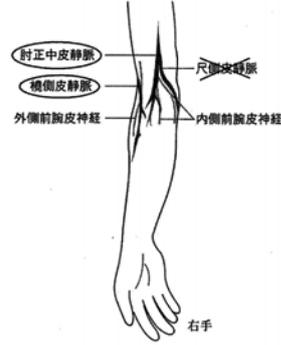


図1 肘部の静脈と神経走行

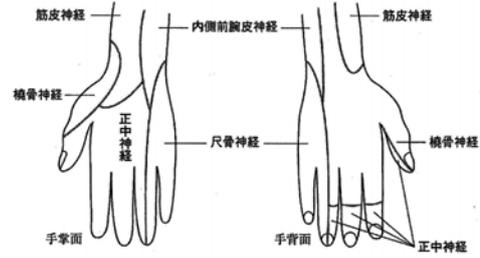


図2 手の神経支配領域

#### 4. 参考資料

1) 財団法人日本医療機能評価機構：医療事故情報収集等事業、第13・14・15回報告書

### [3-2] 注射の安全な実施

#### 1. 事例

説明書どおりに用意した抗がん剤3mlを3日間にわたり上腕三角筋に筋注を行った。3日目より筋注部位の腫脹と疼痛と前腕のしびれ感を訴えるようになった。

#### 2. 本事例の問題点

- 比較的多量の抗がん剤の筋注を上腕三角筋へ行った。
- 頻回かつ投与量の多い筋注の場合、中殿筋を行う。

#### 3. システムで実現する安全確保・予防のための取組

- 1) 筋内注射の原則
  - 中殿筋や上腕三角筋のような大きな筋肉を選択する。血管・神経の分布の少ない部位を選ぶ。
  - 上腕三角筋部位が最も多く使われてきたが、腋窩神経三角筋枝麻痺を生じる危険が高いため、中殿筋部に行うのが望ましい。
  - 大腿(だいたい)前面部は、やむを得ない場合を除いて使用しない。
- 2) 中殿筋の筋内注射部位
  - クラークの点とよばれる付近へ筋注する。クラークの点は、腸骨前上棘と腸骨後上棘を結ぶ線の外前1/3の部位である(図1参照)。

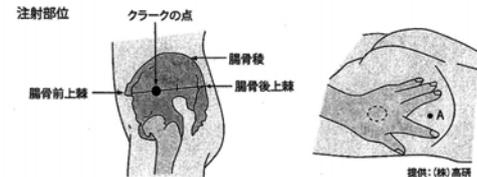


図1 中殿筋の筋内注射部位

#### 3) 上腕三角筋部位の筋内注射部位

- 肩峰の約三横指下の三角筋部位を選ぶ(図2、図3参照)。
- 肩峰から腋窩神経までの最短距離が5cmといわれる。このため、注射針刺入角度を皮膚面に対して90度以下とし、神経を避ける(図4参照)。
- 注射針の長さが5cm以下の針を使用する。

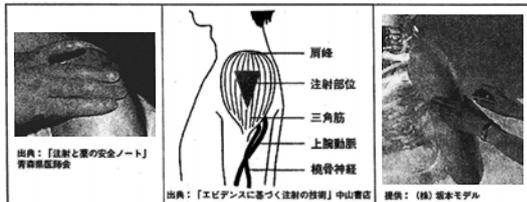


図2 肩峰から三横指下

図3 三角筋への筋内注射部位

図4 正しい注射部位

#### 4) 確認事項

- (1) 患者の氏名と注射薬剤の一致をまず確認する。
- (2) 注射部位(中殿筋が望ましい)をアルコール綿で消毒する。
- (3) 注射針(23ゲージ)のキャップをはずす。
- (4) 患者に注射前に授与するとの声をかける。
- (5) 注射部位の皮膚を張る。
- (6) 注射針を筋肉まで刺入する。
- (7) 血液の逆流やしびれのないことを確認する。
- (8) 薬剤をゆっくり注入する。注射量は5mlまでとする。
- (9) 注入後、針を抜きマッサージする。
- (10) 針を抜き、リキャップせずトレイに入れる。
- (11) 刺入部の出血の有無を確認する。とくにワルファリンを使用中の患者。

#### 5) 皮下注射の際の確認事項

- (1) 患者と注射薬の確認。
- (2) 注射部位(上腕三角筋)をアルコール綿で消毒する。
- (3) 注射針(27ゲージ)のキャップをはずす。
- (4) 患者に注射前に授与するとの声をかける。
- (5) 注射部位の皮膚を張る。
- (6) 注射針を皮下まで刺入する。
- (7) 血液の逆流やしびれのないことを確認する。
- (8) 薬剤をゆっくり注入する。注射量は少量とする。
- (9) 注入後、針を抜きマッサージする。
- (10) 針を抜き、リキャップせずトレイに入れる。
- (11) 刺入部の出血の有無を確認する。

#### 6) 小児に対する筋注の留意事項

- (1) 1970年代の筋内注射(以下、筋注と記す)に起因するとされた多数の筋拘縮症の発生以来、小児に対する筋注は極力避けるべきとされてきた。
- (2) しかし、ワクチンは筋注の方が皮下より副反応が少ないとされており、欧米では筋注で行われることが多い。特に水酸化アルミニウムなどのアジュバントを含むワクチンでは局所の刺激や炎症、肉芽形成、組織壊死を起こしうるので、筋注が本来の接種方法とされる。わが国では筋注は肝炎ウイルスワクチン以外認められていないが、今後考慮されて良い投与方法と思われる。
- (3) わが国では、筋注の部位は、大人の場合と同様に、上腕伸側(外側)の三角筋で、橈骨神経に当たらない部位や(参考資料1)、殿筋後部又は前部(参考資料2)を推奨している。
- (4) 一方、米国小児科学会、米国ACIPの勧告などによれば、新生児、乳幼児では筋量や神経、血管の走行を考慮し、殿部よりも大腿前面中央やや外側が適しているとしている(参考資料3)。

#### 4. 参考資料

- 1) 塩田輝子：小児科研修医ノート 注射、診断と治療社、2003：329-331。
- 2) 及川暉：小児科臨床ピクシス 4 予防接種、中山書店、2008：28-29。
- 3) 小池通夫：論壇 新生児への筋内注射は大腿前面中央やや外側にすること、殿筋の上外側部は小児には使ってはならぬこと、日本小児科学会雑誌2003；107：689-691。



## 第 10 章 鹿児島県医師会の医療安全への取り組み

執筆担当者 三宅 智 委員

### 1. はじめに

平成 18 年の医療法改正により、従来から病院、有床診療所に義務づけられていた医療の安全管理の①指針の整備、②委員会の開催、③職員研修の実施、④改善方策(事故報告など)に加え、新たに無床診療所に対しても①③④の医療安全管理体制が義務づけられた。また全ての医療機関に対し、院内感染防止対策、医薬品安全使用及び医療機器安全使用を確保するための体制整備が義務化された。

これまで鹿児島県医師会では、外部講師の講演を中心に医療安全対策研修会を年2回程度開催してきたが、当改正により、病院、診療所に対して、各種指針の整備、委員会の設置(無床診療所除く)、職員研修の実施、改善方策(事故報告)の体制整備など、より具体的な対策が求められるようになったことから、会員医療機関(特に、限られたスタッフの中で取り組まなければならない中小病院・診療所)を支援するべく、平成 18 年度から医療安全対策モデル事業を実施し、中小病院・診療所における医療安全対策の取り組み事例の発表の紹介やインシデントレポート様式の検討などを行ってきた。

#### 1) インシデントレポート様式について

医療機関において、インシデントレポート様式を活用することは、その後の事故防止対策に大変有用であることから、本会では、県下医師会立病院の医療安全管理担当者の協力を得て、医療機関の診療科、規模に関係なく使用でき、また簡単に記載でき、その後の分析に活用しやすい様式を目指し検討を行った。

影響度レベルは0～5の6段階に分け、「処置・治療を行わなかったが、検査などの必要性が生じた」事例をレベル2bまでのインシデントとし、「処置や治療を行った」事例をレベル3a以上のアクシデントに分類した(資料1)。

様式は、「麻酔・手術・治療・訓練」の項目のみを記述式とし、それ以外の項目は選択方式とした。「転倒・転落」の項目に、「排泄行動との関連の有無」、「転倒危険度スコア」を選択項目に入れ、分析時に関連性を見ることが出来るものとした。「薬剤」の項目については種類のみならず、「業務プロセス」を追加し、どの過程で誤りが発生したか検証できるようにした。また「マニュアルとの関連」についても選択項目を設けた(資料2)。

その後、平成 18～21 年度(各年度約2か月間)に、医療安全対策モデル事業に参加した 35 医療機関の協力を得て、当該様式でインシデント・アクシデントを集計し、様式の精査を

行い項目の追加などを行った。

当該様式は、本会が実施する医療安全対策研修会や本会ホームページ等で紹介し周知した。

## 2) 医療安全対策モデル事業について

中小病院、診療所の医療安全対策の取り組み発表を通じ、自院の医療安全対策に対する意識と技術向上を図ることを目的に平成 18 年度から実施。現在までに 48 医療機関(病院 37、診療所 11)が研修会で発表し、これまでの研修会参加者は 2,131 名である。

## 2. 平成 22 年度の鹿児島県医師会の医療安全対策の取り組み

### 1) テーマの選択とその理由

日本医師会・医療事故削減戦略システムの中から、「薬剤の誤投与防止」、「医療機器の安全な操作と管理」を選択した。

選択理由として、薬剤の誤投与については、インシデント件数として常に発生件数が多いこと。後発医薬品の使用促進により処方管理が複雑化、また調剤薬局との密な連携が求められていること。医療機器の安全な操作と管理については、臨床現場において様々な医療機器が導入される中で、日常的な管理体制(取扱指針、メンテナンス等)や使用にあたっての職員教育が重要であることから今年度のテーマとして取り上げた。

### 2) 実施方法

今年度取り上げた「薬剤の誤投与防止」、「医療機器の安全な操作と管理」をテーマに、中小病院(200 床以下)と診療所を対象に自院での医療安全対策の取り組み事例を募集し、医療安全対策モデル事業として研修会を実施した。

**【募集方法】**全医療機関に対しFAXもしくは郡市医師会を通じ募集

#### \* 募集要項

○目的: 中小病院・診療所における医療安全対策の検討と医療安全対策研修会での取り組み発表を行い、医療安全対策の質の向上に寄与する

○対象: 病院(200 床以下)、診療所

○テーマ: 「薬剤の誤投与防止」、「医療機器の安全な操作と管理」

※実際の発生事例から講じた防止対策

○期間: 9～12 月

○内容: ①打合せ4回開催 ②医療安全対策研修会の企画・運営・発表

## 【実績】

○参加医療機関:10 医療機関(病院8、診療所2)

○打合せ:

第1回(10/7)	①事業の活動目的 ②各医療機関の取り組み状況 ③取り組みたいテーマ ※事例発表の内容について、失敗から学んだ対応策として発表。
第2回(11/1)	①発表テーマの決定 ②発表内容の確認 ③発表時間等の確認(発表5分、質疑1分)
第3回(11/15)	①発表内容の確認 ②発表順番等の確認
第4回(12/1)	①発表内容の確認 ②研修会当日の確認

## 3. 結果

### 1) 研修実績

医療安全対策研修会を平成23年1月28日(金)に開催。参加者数:327名、参加医療機関数140施設(病院68、診療所72)。

### 2) 研修内容

#### 【第一部】医療安全対策モデル事業の発表

##### テーマ① 薬剤の誤投与防止

- ・与薬業務の改善～与薬係を設置して得られた効果～
- ・事例発生後の現場検証による根本原因分析への取り組み
- ・患者アレルギー情報の収集・共有化
- ・BP 関連顎骨壊死の発症予防～医師と歯科医師の連携ツール作成～
- ・精神科における取り組みの現状

##### テーマ② 医療機器の安全な操作と管理

- ・患者急変事案から AED 設置・BLS 教育への取り組み
- ・医療機器を安全に取り扱うために～輸液ポンプについて～
- ・産科救急とその対策

- ・MRI 吸引事故を経験して～吸引事故半年後の意識調査から～
- ・当院における人工呼吸器管理の現状
- ・医療機器安全管理体制への取り組み

## 【第二部】特別講演

### 「医薬品と医療機器の安全」

横浜市立大学附属病院 医療安全管理学 教授 橋本廸生 先生

## 3) 発表内容の紹介

### 《テーマ I 薬剤の誤投与防止》

#### 発表例①「事例発生後の現場検証による根本原因分析への取り組み」

平成 22 年 4 月より医療事故発生後、医療安全管理者が中心となり、院長をはじめ各部署の責任者を招集し、事故後の現場検証を実施(図1)。今回、現場検証により事故発生の根本的な原因を分析し、再発防止策を立案した事例。

事例内容は、ボスミン注とドルミカム注の取り違え。大腸検査時、ポリープ切除後の止血目的で使用する薬剤をボスミン注と取り違えドルミカム注を注射器に吸い医師へ手渡した。事故発生後、医療安全管理者が速やかに日時を決定し、現場検証を実施。

#### 現場検証①「なぜ薬剤ケースにドルミカム注があったか」

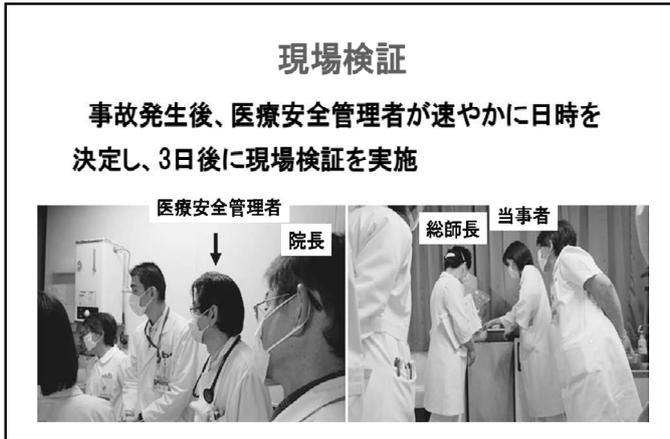
理由は、検査中に鎮静が必要なケースがあり、検査医師が置くよう指示していた。事後検証において、使用頻度が少ないこと、高い緊急性がないことなどの意見があり、必要時に薬剤部より払い出すことが可能であることから、対策①として、ドルミカム注は定数として置かず、必要時に薬剤部より払い出す、さらに薬剤ケースが不明瞭であったため、わかりやすく、薬剤の調整指示も明確に表示するように改善した(図2)。

現場検証②「指示受けした看護師は、隣の部屋にある薬剤ケースから必要な薬剤を取り出し、薬剤を注射器に吸い上げ、注射器をもって再び検査をしている部屋に向かった。問題となる場面は、なぜ薬剤の調製指示を確認しながら行っていないのか、なぜ、薬剤を吸った注射器を空アンプルと一緒にトレーに入れて運搬していないのか」

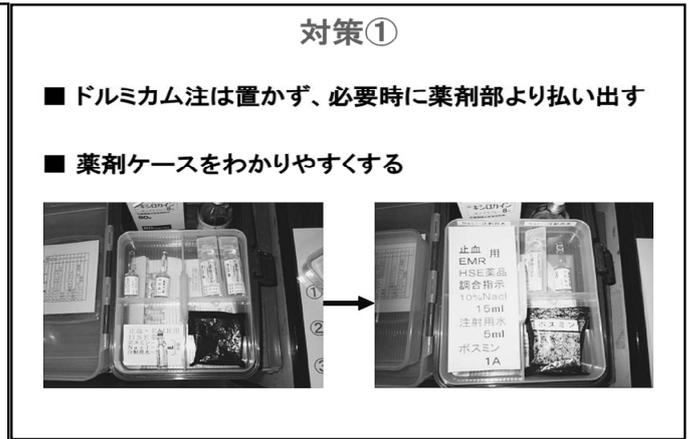
対策②薬剤調製指示カードを作成し、内容を確認しながら薬剤の調製を行う(図3)。

対策③薬剤入りの注射器は空アンプルと薬剤の調製指示カードも一緒にトレーに入れて運搬する。さらに、医師へ手渡す前に調製指示カードと薬剤を医師と再度確認する(図4)。以上の対策を現場検証の中で議論しながら立案していった。

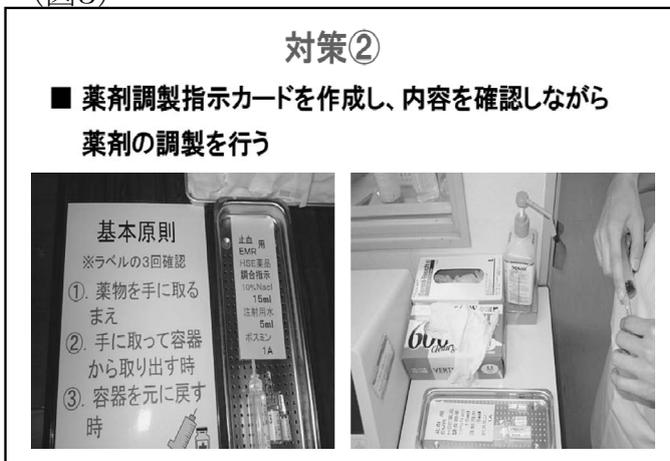
(図1)



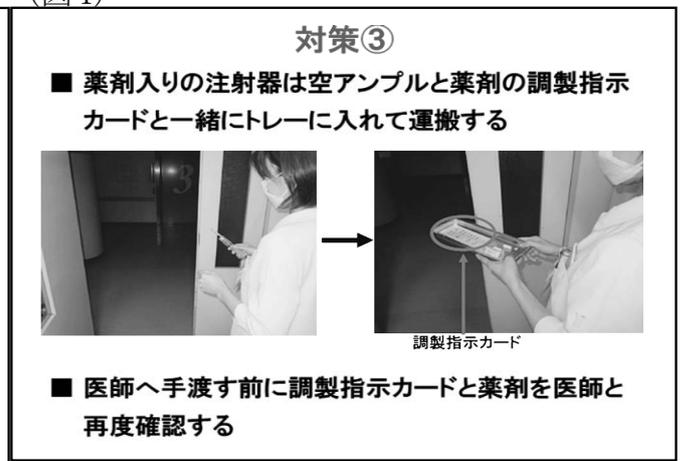
(図2)



(図3)



(図4)



現場検証の中で事故に至るまでの経緯を再現することで、報告書では読み取れない事故の根本的な原因を漏れなく反映することが出来、現場の意見が反映された対策を立案することができる。さらに、現場検証に院長はじめ各責任者が参加することで、病院全体として再発防止に取り組んでいる姿勢を職員に伝えることができるのではないかと考える。

今後も現場検証とその後の追跡調査を行うことで、職員全体の医療安全に対する意識を高め、事故の未然防止に役立てたい。

発表例②「患者アレルギー情報の収集・共有化」

禁忌投与によるアレルギー症状出現の事例報告。内科外来を定期受診している患者が8月23日に整形外科外来を受診し、痛風と診断されアロプリノールの処方を受けた。内科医の確認も受け、院内薬局の監査後処方箋を患者に渡した。

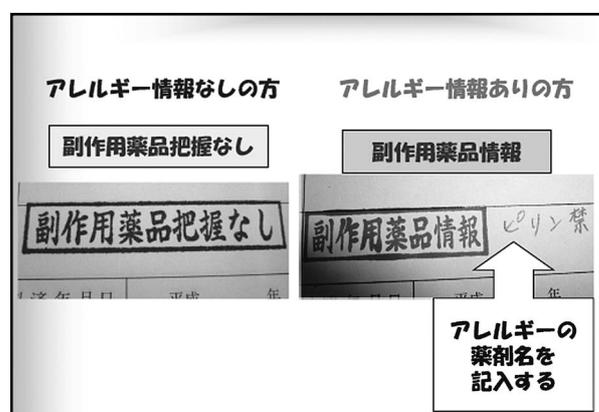
その後、院外薬局で内服薬をもらい服薬したところ、発疹が出現し自己中断していた。しかし、痛風の痛みがあり9月10日に再度服薬したところ呼吸困難、全身発赤、浮腫が出現し救急搬入となる。患者のアレルギーの経緯として平成21年12月、他の皮膚科からザイロリッ

ク® (一般名:アロプリノール)にて薬疹の既往がありとの情報があった。当院外来カルテは表紙にアレルギー情報記載欄があり、アレルギーの出現薬品の記入をしているが、他の薬剤と一緒にアロプリノール禁止と記載されており、医師、薬剤師ともそれに気づかなかった。要因として、アレルギー情報の取り扱いに関するマニュアルがなく、情報の収集、登録、更新、変更に関すること、商品名、一般名のどちらで記入するか統一がされていなかった。対策として、アレルギー情報を外来カルテの表紙に発生日、薬剤名を基本的に主治医が赤字で記入し、今後薬剤名の記入を統一するよう、マニュアル化しようと考えている。

院内薬局と院外薬局での情報が共有するシステムがないことに対しては、院内薬局と院外薬局との情報共有システムを作っていくことと、得られた情報の中から医療安全管理者が必要な情報をカルテに記入するよう対策を立てた。

院外薬局への伝票にアレルギー情報なしの方には(副作用薬品把握なし)と印字し、アレルギー情報ありの方には(副作用薬品情報)と印字してその横にアレルギーの薬剤名を記入するようにしている(図5)。院外薬局から得られた情報を院内薬局が受け取り、医療安全管理者が判断しカルテに記入するシステムを作っている。今回、得られた情報を収集しても、その情報をうまく活用するシステムが無かったことを再認識することが出来た。アレルギー情報についてのマニュアルを作ることで事故予防に繋がるよう期待したい。

(図5)



## 《テーマⅡ 医療機器の安全な操作と管理》

### 発表例③「医療機器を安全に取り扱うために～輸液ポンプについて～」

輸液ポンプの事例報告。

(事例1) 輸液ポンプ使用中の患者に吸入を施行した。吸入終了後、患者家族が誤って輸液ポンプのコンセントも抜いてしまう事例が発生。看護師が訪室し吸入器だけ引きあげた。再度訪室した時、点滴が落ちていないことに気づき、凝固していたため、再度点滴を刺し直した。

### 【問題点】

①看護師の確認・観察不足、②輸液ポンプの充電が出来ていなかった。③患者の部屋で使用する医療機器コンセントに識別表示がなかった。

### 【改善策】

- ①患者の室内の使用する医療機器コンセントに名称とカラーによる識別ができるようにした(図6)。
- ②輸液ポンプの残量確認と充電の施行。
- ③インシデントの内容・対策を連絡箋・申し送りにてスタッフで共有した。

(図6)



(事例2) 輸液ポンプに指定外の輸液セットを繋いでしまった。

### 【問題点】

①看護師の確認・設置ミス、②ポンプ専用輸液セットに注意を促すラベル表示をしていなかった。③院内にある輸液ポンプの機種が様々である。

### 【改善策】

- ①輸液ポンプに『輸液セット専用』のラベルを表示し、スタッフへ周知した(図7)。
- ②輸液ポンプの機種を統一する方向で検討する。情報を共有することにより意識付けを行い、スタッフが自信を持って医療機器を使用できるように教育・研修を行う。また計画を立て、医療機器の定期的な点検を行うことで患者に安全・安心な医療を提供できるように励んでいきたい。

(図7)



## 発表例④「産科救急とその対策」

妊婦死亡の最大の原因である産科出血の症例報告。

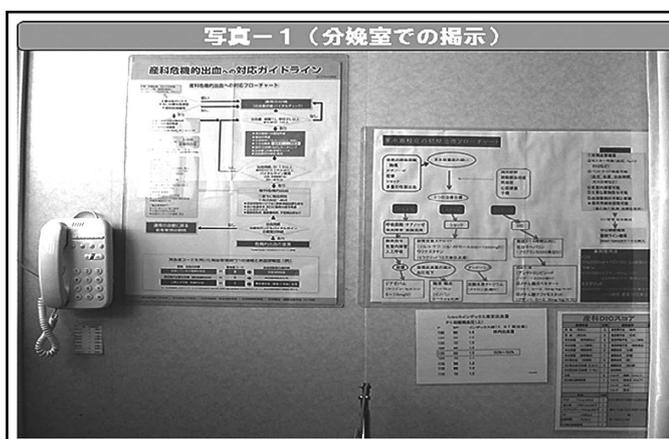
(症例1)33歳初産。正常分娩、児娩出時胸痛あり、出血量(羊水塞栓症も考慮に入れたDIC治療を開始。SI:0.7、DICスコア:13点、その後全身状態良好、第一歩行可、特変なく経過するも分娩後14時間突然出血みられ(400ml)、市立病院へ搬送。輸血、動脈塞栓術施行、搬送先での総出血量約4,500ml。4日後帰院、現在特変認めず。

(症例2)30歳1経産。正常分娩後弛緩出血、4ルートキープ。DIC治療開始、輸血施行、出血量(羊水込約4,210ml)SI:1.5、DICスコア:18点。市立病院へ搬送。4日後帰院現在特変なく経過中。

以上の症例は産科危機的出血という非常に稀な疾患であり高次施設への緊急搬送を急務とされる。妊産婦死亡の第一位は大量出血、DICであり、その対策として止血を中心としたより迅速な全身管理、DIC治療が問題とされる。1次施設では、検査、輸血にかかる時間、搬送中の出血量などの問題を抱え、更に発生予知不能のため、よりチーム教育トレーニングが重要となる。

当院では、救急事態を想定した産科危機的出血への対応ガイドライン(図8)、産科DICスコア(図9)、ショックインデックス推定出血量の表をOP室、分娩室に掲載。救急カートの緊急薬品は個別にセット管理(図10)、即使用可の状態にし、ルートキープ(複数)、EKGモニター装着、使用薬剤、OP室の機器、蘇生手順の実際などについて2週間に1回、研修会を実施しスタッフの意識を高めている。

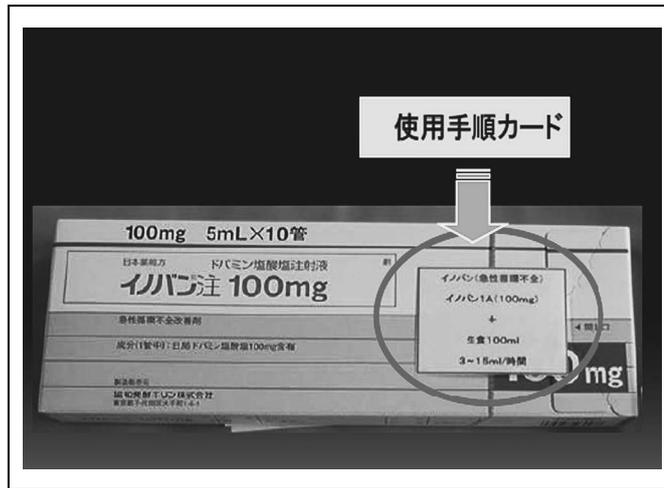
(図8)



(図9)

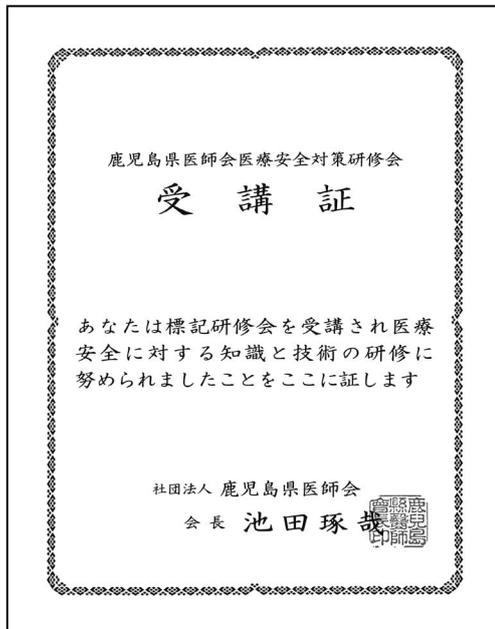
表-2 産科DICスコア				表-3 ショックインデックス推定出血量			
基礎疾患	点数	臨床症状	点数	P	BP	インデックス値(1.5↑要注意)	体内出血量
早産 (児死心)	5	急性腎不全 (無尿)	4	130	90	1.4	
早産 (児生存)	4	急性腎不全 (尿量)	3	130	80	1.6	
羊水栓塞 (急性肺性心)	4	急性呼吸不全 (人工換気)	4	130	70	1.8	
羊水栓塞 (人工換気)	3	急性呼吸不全 (酸素療法)	1	120	90	1.3	
羊水栓塞 (補助換気)	2	臓器虚脱 (心臓)	4	120	80	1.5	30%~50%
羊水栓塞 (酸素療法)	1	臓器虚脱 (肝臓)	4	120	70	1.7	
DIC型出血 (産後期)	4	臓器虚脱 (腸)	4	110	90	1.2	
DIC型出血(出血量:2L以上)	3	臓器虚脱 (消化器)	4	110	80	1.3	
DIC型出血(出血量:1~2L)	1	出血傾向	4	110	70	1.5	
子癇	4	ショック (頻脈:100以上)	1				
その他の基礎疾患	1	ショック (脈圧:90以下)	1				
		ショック (冷汗)	1				
		ショック (蒼白)	1				
<b>検査</b>							
FDP	:10μg以上	以下に該当する項目の点数を加算し、					
血小板	:10万/mm <sup>3</sup> 以下						
フィブリノゲン	:100mg/dl以下	①0~1点:DICに進展する可能性が					
PT	:18秒以上	高い					
出血時間	:9分以上	①1点:以上:DIC					
その他の検査異常	1						

(図 10)

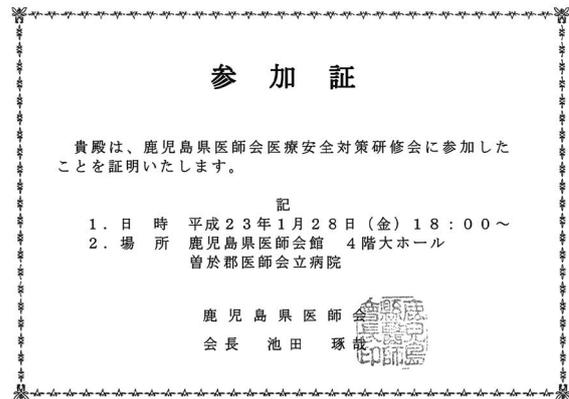


#### 4) 受講証明書の発行

医療安全対策研修会の参加者全員には医師会長名で受講証明書、参加者のうち医師には院内掲示用の証明書もあわせて発行している。



(医師用受講証明書)



(受講証明書)

## 4. 考察

医療安全対策モデル事業は、平成 18 年度から開始し5年が経過した。これまでに本事業で発表された取り組み事例は 43 題で、発表する医療安全対策研修会には 2,000 名を超える医療従事者が参加している。

これまでの医療安全対策は、各医療機関が各自で取り組まれており、人員面、コスト面で制限のある中小病院、診療所ではなかなか進まない現状がある。

そこで本事業では、中小病院、診療所で実際に発生したヒヤリ・ハットを通して取り組んだ医療安全対策を医療安全対策研修会で紹介することで、参加した同規模医療機関(中

小病院、診療所)が、自院でも身近に起こりうるヒヤリ・ハットとして気付きの機会となり、医療安全対策の意識の向上に繋がればと考えている。

また周知の通り医療安全対策は、多業種連携が不可欠であることから、平成 23 年度は、これまで医師会単独で行ってきた本事業の枠を広げ、日本医療機能評価機構認定病院患者安心推進協議会(共催)と県看護協会、県薬剤師会(後援)に呼びかけ医療安全対策研修会を開催した。今回は、日本医師会医療事故削減戦略システムから「院内感染防止対策」と「投薬・注射事故防止対策」をテーマに7題の事例を紹介し、薬剤師会からも1事例の発表があった。

今後も本事業を継続し、行政、関係団体とも連携しながら、地域全体で医療安全のレベルアップを図り、医療従事者の責務である安心・安全な医療提供体制を目指し努力したいと考えている。

□影響レベル

レベル0a、0b、0c、1、2a、2b……インシデント

レベル3、4、5……アクシデント

レベル0a…実施前発見、実施された場合の患者への影響は小さい(処置不要)

レベル0b…実施前発見、実施された場合の患者への影響は中等度(処置必要)

レベル0c…実施前発見、実施された場合の患者への影響は大きい(生命に影響)

レベル1…患者への実害はなかった(影響を与えた可能性は否定できない)

レベル2a…処置や治療は行わなかったが、観察の強化を要した

レベル2b…処置や治療は行わなかったが、検査などの必要性が生じた

レベル3a…簡単な処置や治療を要した(消毒、湿布など)

レベル3b…濃厚な処置や治療を要した(人工呼吸器の装着、手術、骨折など)

レベル4…永続的な障害や後遺症が残った

レベル5…患者が死亡した(現疾患の自然経過によるものを除く)

註) 鹿児島県医師会独自の指標

インシデント・アクシデント報告書

報告書種類  インシデント  アクシデント  
 影響度レベル  0a  0b  0c  1  
 2a  2b  3a  3b  4  5

院長	事務部長	副委員長	看護部長	所属長

発生日時	平成 年 月 日 曜日	時 分	報告者氏名
発見者	<input type="checkbox"/> 当事者 <input type="checkbox"/> 当事者以外の職員 <input type="checkbox"/> 患者本人 <input type="checkbox"/> 他の患者 <input type="checkbox"/> 患者家族		
経験年数	<input type="checkbox"/> 1 未満 <input type="checkbox"/> 1~2 未満 <input type="checkbox"/> 2~3 未満 <input type="checkbox"/> 3~4 未満 <input type="checkbox"/> 4~5 未満 <input type="checkbox"/> 5~10 未満 <input type="checkbox"/> 10 年以上		
部署	<input type="checkbox"/> 1 未満 <input type="checkbox"/> 1~2 未満 <input type="checkbox"/> 2~3 未満 <input type="checkbox"/> 3~4 未満 <input type="checkbox"/> 4~5 未満 <input type="checkbox"/> 5~10 未満 <input type="checkbox"/> 10 年以上		
職種	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 看護士 <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 看護補助者 <input type="checkbox"/> リハビリスタッフ <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 栄養士 <input type="checkbox"/> 調理師 <input type="checkbox"/> 放射線技師 <input type="checkbox"/> 事務 <input type="checkbox"/> 臨床検査技師 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
心身状態	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 疲労 <input type="checkbox"/> 睡眠不足 <input type="checkbox"/> 体調不良 <input type="checkbox"/> イライラ <input type="checkbox"/> 動揺 <input type="checkbox"/> 焦り <input type="checkbox"/> その他		
勤務状態	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 他に注意が集中 <input type="checkbox"/> 複雑業務同時進行 <input type="checkbox"/> 業務中断再開 <input type="checkbox"/> 業務繁忙		
患者氏名	性別	年齢	病棟
主病名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		入院からの日数
発生場所	<input type="checkbox"/> 病室 <input type="checkbox"/> 廊下 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 浴室 <input type="checkbox"/> 食堂 <input type="checkbox"/> レンゲン室 <input type="checkbox"/> 診察室 <input type="checkbox"/> 検査室 <input type="checkbox"/> NS <input type="checkbox"/> 手術室 <input type="checkbox"/> リハ室 <input type="checkbox"/> 栄養室 <input type="checkbox"/> 厨房 <input type="checkbox"/> 薬局 <input type="checkbox"/> 事務室 <input type="checkbox"/> その他 ( )		

発生の状況と直後の対応

患者家族への説明内容  
 月 日 時 分頃 説明を受けた方 ( )  電話  来院

患者家族の反応:  
 【報告時間】  
 主治医または当直医 ( 月 日 時 分 )  所属長 ( 月 日 時 分 )  
 リスク委員長 ( 月 日 時 分 )  病院長 ( 月 日 時 分 )

今後の対策

リスクマネージャ意見

1. 麻酔・手術・治療・訓練

2. 転倒・転落	<input type="checkbox"/> 直接関与 <input type="checkbox"/> 目撃者発見 <input type="checkbox"/> 患者申告 <input type="checkbox"/> センサーマーゴットの有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 患者の特徴 <input type="checkbox"/> 中枢系・筋疾患 <input type="checkbox"/> 骨関節疾患 <input type="checkbox"/> 下肢筋力低下 <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> 認知症疾患 <input type="checkbox"/> 精神疾患 <input type="checkbox"/> 眼病・抗精神薬 <input type="checkbox"/> 聴・視覚障害 排泄行動との関連 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 転倒危険度スコア <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III 外傷 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> 打撲 <input type="checkbox"/> 表皮剥離 <input type="checkbox"/> 擦過傷 <input type="checkbox"/> 外傷なし <input type="checkbox"/> その他 ( )
3. 外傷 (転倒転落以外)	<input type="checkbox"/> 熱傷 <input type="checkbox"/> 打撲 <input type="checkbox"/> 表皮剥離 <input type="checkbox"/> 擦過傷 <input type="checkbox"/> 自傷行為 種類 <input type="checkbox"/> 入浴中 <input type="checkbox"/> 体交時 <input type="checkbox"/> 机交換時 <input type="checkbox"/> 処置中 (注射・点滴含) <input type="checkbox"/> 移動 <input type="checkbox"/> その他 ( )
4. チューブカテーテル	<input type="checkbox"/> 胃管 <input type="checkbox"/> 気管チューブ <input type="checkbox"/> 胃ろうチューブ <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル <input type="checkbox"/> 膀胱ろうチューブ ドレーンなど <input type="checkbox"/> 胸腔ドレーン <input type="checkbox"/> 術後ドレーン <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> その他 ( ) 種類 <input type="checkbox"/> 自己除去 <input type="checkbox"/> 留置固定部位障害 <input type="checkbox"/> 漏れ <input type="checkbox"/> 閉塞 <input type="checkbox"/> カフ破損 <input type="checkbox"/> 自然除去 <input type="checkbox"/> その他 ( )
5. 輸液ルート・三方活栓	<input type="checkbox"/> 点滴自己除去 <input type="checkbox"/> 接続のゆるみ <input type="checkbox"/> 三方活栓の方向 <input type="checkbox"/> クランプの開閉 <input type="checkbox"/> 血管外漏出 <input type="checkbox"/> その他 ( )
6. 薬剤	<input type="checkbox"/> 注射液・点滴 <input type="checkbox"/> 内服 <input type="checkbox"/> 眼剤 <input type="checkbox"/> 外用薬 <input type="checkbox"/> 麻薬 <input type="checkbox"/> 坐薬 <input type="checkbox"/> その他 ( ) 血液製剤 <input type="checkbox"/> MAP <input type="checkbox"/> FFP <input type="checkbox"/> 血小板 <input type="checkbox"/> 自己血 <input type="checkbox"/> その他
7. 食	<input type="checkbox"/> 患者間違え <input type="checkbox"/> 誤嚥・誤飲 <input type="checkbox"/> 異物混入 <input type="checkbox"/> 指示と食事内容の違い <input type="checkbox"/> 検査のための運食・欠食 <input type="checkbox"/> その他 ( )
8. 検査・処置	<input type="checkbox"/> 患者間違え <input type="checkbox"/> 部位間違え <input type="checkbox"/> 検体取り違い <input type="checkbox"/> 検体紛失 <input type="checkbox"/> 検体取らず <input type="checkbox"/> 不適切な前処置 <input type="checkbox"/> その他 ( )
9. ME機器	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 操作ミス <input type="checkbox"/> 機器不具合 <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> 心電図/心電図モニター <input type="checkbox"/> 操作ミス <input type="checkbox"/> 機器不具合 <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> 輸液/シリンジポンプ <input type="checkbox"/> 操作ミス <input type="checkbox"/> 機器不具合 <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> 医療器具・機器 <input type="checkbox"/> 操作ミス <input type="checkbox"/> 機器不具合 <input type="checkbox"/> その他 ( )
10. コミュニケーション	<input type="checkbox"/> 接遇や診察態度 <input type="checkbox"/> 不十分な説明 <input type="checkbox"/> 検査や治療に関する不満 <input type="checkbox"/> 医療費 <input type="checkbox"/> 施設や環境 <input type="checkbox"/> 診察に対する拒否的な態度 <input type="checkbox"/> 待ち時間 <input type="checkbox"/> その他
11. その他	<input type="checkbox"/> 盗難 <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 自殺 <input type="checkbox"/> 離院 <input type="checkbox"/> 在庫不足 <input type="checkbox"/> 予期せぬ急変 <input type="checkbox"/> 診療記録等 <input type="checkbox"/> 手術同意書 <input type="checkbox"/> 輸血同意書 <input type="checkbox"/> 検査同意書 <input type="checkbox"/> 身体拘束同意書 <input type="checkbox"/> その他 ( )
12. 同意書	<input type="checkbox"/> 手術同意書 <input type="checkbox"/> 輸血同意書 <input type="checkbox"/> 検査同意書 <input type="checkbox"/> 身体拘束同意書 <input type="checkbox"/> その他 ( )
発生の原因	1. 不適切な指示 <input type="checkbox"/> 手書き指示・指示変更などの間違い <input type="checkbox"/> 院外処方 <input type="checkbox"/> 検査伝票・輸血伝票・ラベルの誤記 <input type="checkbox"/> その他 ( ) 2. 確認不足 <input type="checkbox"/> 指示表・処方箋で確認せず <input type="checkbox"/> ラベル確認せず <input type="checkbox"/> ベットネーム・リストバンドで患者を確認せず <input type="checkbox"/> ダブルチェックせず <input type="checkbox"/> 疑問に思ったが確認せず <input type="checkbox"/> 思い込み・勘違い <input type="checkbox"/> 正しい確認方法を知らなかった <input type="checkbox"/> その他 ( ) 3. 指示の見落とし <input type="checkbox"/> 指示の見落とし <input type="checkbox"/> 指示の見誤り <input type="checkbox"/> その他 ( ) 4. 患者観察の不足 <input type="checkbox"/> 手術・処置・検査中あるいは前後の状態 <input type="checkbox"/> 投薬・輸血中あるいは直後の状態 <input type="checkbox"/> その他 ( ) 5. 説明不足 <input type="checkbox"/>
6. 避けられない偶発症	<input type="checkbox"/> マニュアルとの関連 <input type="checkbox"/> 不慣れ・不手際 <input type="checkbox"/> 手順に従っていなかった <input type="checkbox"/> 手順がなかった <input type="checkbox"/> 手順に従っていた
【リスク委員チェック】	緊急性 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> リスクの重大性 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 頻度 <input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 少ない

## 第11章 医療事故、ヒヤリ・ハット事例の収集(インシデント・アクシデント レポート)と再発防止の取り組み

執筆担当者 後 信 委員

### 1. はじめに

平成21年10月に日本医師会医療安全対策委員会により取りまとめられた「医療事故削減戦略システム」では、診療所におけるインシデントレポートの収集について言及している。その中で、「インシデントを日常のなりゆきとして捉えるのではなく、受診者の安全・安心を念頭に置いた診療内容の向上をも見据えた日常診療活動を行っていくための1つの手段としてインシデントを報告し、検討していく習慣を各診療所において身につけていくことが望ましい」と述べ、診療所におけるインシデントレポートの意義を説明するとともに、診療所におけるインシデントレポートの目的として、1)診療所における診療内容の向上をめざす、2)診療所の安全を向上させる、3)地域医師会の医療事故への意識の向上をめざす、の3点を挙げている。

本報告書を取りまとめるために、委員がそれぞれの地域において、先進的な医療安全推進のために取り組みを、パイロットスタディとして行ったが、その中にも、インシデント・アクシデント レポートの収集、集計が含まれている。

公益財団日本医療機能評価機構では、同様のレポートを収集、分析し、医療事故の発生防止や医療安全の推進を図る事業として、医療事故情報収集等事業を運営している。これまで、主として病院が参加してきた事業であるが、本報告書に記載されているように、今後、診療所においても同様の活動が広がり、診療所の医療安全が促進されることは大変望ましいことと考えている。そのためには、報告することによって事例が活用され、医療安全を推進するための情報となって還元、周知されることを理解していただくことが重要である。

そこで、本稿では、事例を収集、分析することにより得られる成果について、医療事故情報収集等事業の実績を解説する。

### 2. (公財)日本医療機能評価機構とその運営する事業について

財団法人日本医療機能評価機構は、平成7年に「国民の医療に対する信頼の確保と医療の質の向上を目的として設立された財団であり、設立後一貫して医療の質の一層の向上を図るために、病院の機能を学術的観点から中立的な立場で評価し、その結果明らかとなった問題点の改善を支援する第三者機関として活動してきた。この事業が「病院機能評価事業」であり、世界的にも多くの先進国で同様の第三者評価が行われている。平成23年12月

現在、我が国の全病院数8,650のうち2,466病院が認定されている。病院機能評価では、医療者や医療を受ける立場の方、その他医療に関わる様々な立場の方々の議論により、医療の質を担保するために病院に求められる評価項目が作成、設定されている。

このような、中立的な第三者機関として病院機能評価事業を運営してきた実績に着目されて、現在では病院機能評価事業のほかに、「産科医療補償制度運営事業」「医療事故情報収集等事業」「薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業」といった、医療安全の推進を目的とする様々な事業を展開している。広く社会に信頼される報告制度とするためには、中立性や第三者性を担保して運営することが重要である。

### 3. 医療事故情報収集等事業

#### 1) 事業開始の経緯

厚生労働省の医療安全対策検討会議の中に設けられた「医療に係る事故事例情報の取り扱いに関する検討部会」が平成15年に公表した報告書において、「医療事故事例情報を幅広く収集し、総合的に分析・検討したうえで、その結果を事故の発生予防・再発防止に役立てるために幅広い仕組みを構築すべきであること。そのために行政および医療事故の直接の関係から独立し、国民や医療関係者から信頼される中立的な第三者機関が必要である」と提言された。この第三者機関として当機構が医療事故情報収集等事業を運営する役割を担うこととなった。

#### 2) 事業の目的

医療事故情報収集等事業は、医療事故の発生予防と再発防止を目的とする事業である。医療事故情報やヒヤリ・ハット事例を事業参加医療機関から収集して、集計、分析した結果を医療機関だけでなく、広く社会に提供している。

#### 3) 参加医療機関数

参加医療機関は、医療法施行規則により医療事故報告が義務化されている医療機関が、国立高度専門医療研究センター及び国立ハンセン病療養所、独立行政法人国立病院機構の開設する病院、学校教育法に基づく大学の附属施設である病院(病院分院を除く)、特定機能病院であり、それ以外にも、当事業の事業要綱に基づき任意で参加を希望する医療機関が参加登録申請医療機関という位置づけで登録されている。医療事故やヒヤリ・ハット事例を報告している医療機関は1,266施設であり、我が国の病院数の約1割を占めており、現在でも徐々に参加数が増加している。そのうち、診療所は84施設である。

#### 4) 事業の成果

事業の成果は、四半期ごとに作成公表している報告書、年報、医療安全情報といった、分析結果としての成果物や、医療事故の原因分析の手法を学ぶ研修会の開催、事例データベースの提供などがある。病院から報告された事例を中心としたデータに基づく成果であるが、その内容には、診療所にとっても活用できるものや、診療所でも知っておくことが有用な病院の医療事故情報が多く含まれていると考えている。

##### ① 報告書

報告書では、医療事故やヒヤリ・ハット事例の集計の他、個別のテーマを設定した分析を行っている。最近取り上げたテーマを表1に示す。

例えば、「画像診断書の内容が伝達されなかった事例」というテーマでは、CTや胸部X線撮影の読影レポートに、主治医が想定していなかった肺癌などの病変が指摘されていた事例を紹介し、そのまとめを表として掲載している(表2)。また、「気管支吸引用カテーテルに関連した医療事故」では、医療機関のご好意により、実際に接続を間違えたカテーテルの写真や、それらを患者に装着した際の写真に掲載し、事例の内容を分かりやすく解説している。

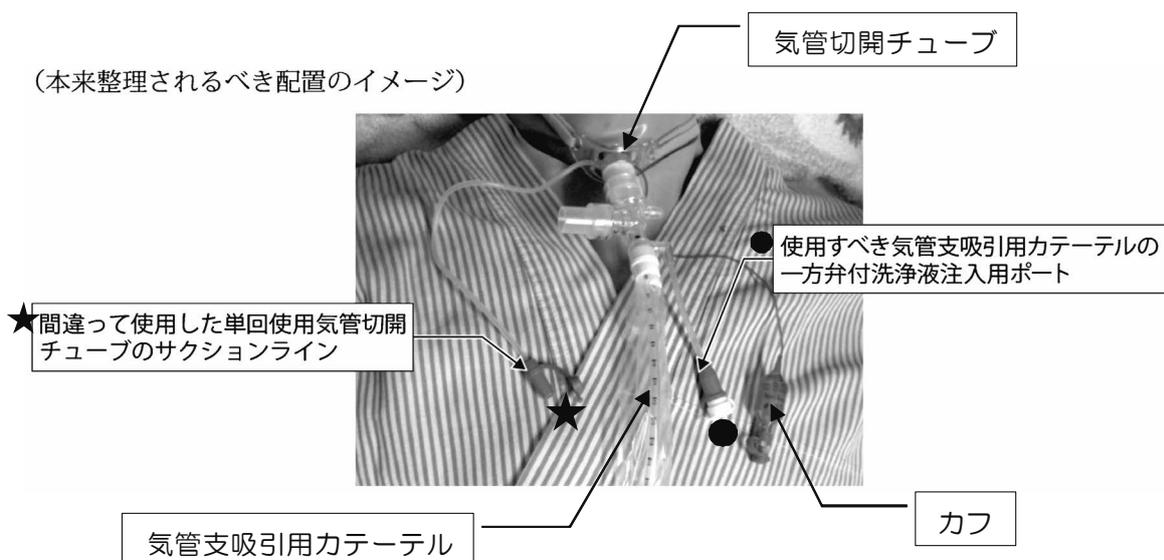
表1 最近取り上げた分析テーマ

薬剤の施設間等情報伝達に関連した医療事故
食事に関連した医療事故
医療用照明器の光源により発生した熱傷に関連した医療事故
集中治療室（ICU）の入室時の薬剤の指示に誤りがあった事例
画像診断報告書の内容が伝達されなかった事例
薬剤処方時の検索結果としての画面表示に起因した医療事故

表2 画像診断書の内容が伝達されなかった事例

事例	検査の種類	検査をした目的	画像診断報告書に記載されていた内容
1	胸部レントゲン	全身麻酔のための精査	異常陰影がありCTによる精密検査必要
2	胸部レントゲン	放射線療法中の定期検査	転移性肺腫瘍、原発性肺癌＋肺内転移、非定型抗酸菌症等が考えられ、CTでのチェックをお願いする
3	CT	腹壁ヘルニアの精査	2 cm大のtumor があり、肺癌の疑い
4	CT	吻合部大動脈瘤の有無	右下肺野に小空洞陰影が指摘され、原発性肺腫瘍が疑われ、病理的検索を依頼の必要性がある
5	CT	子宮癌術後の転移の有無	不明
6	CT	食道癌術後のリンパ節転移巣の再燃の有無	肝S6に径2 cm大の転移巣
7	CT	右内腸骨動脈瘤のフォローアップ	右肺癌を疑う所見あり

図1 気管支吸引用カテーテルに関連した医療事故



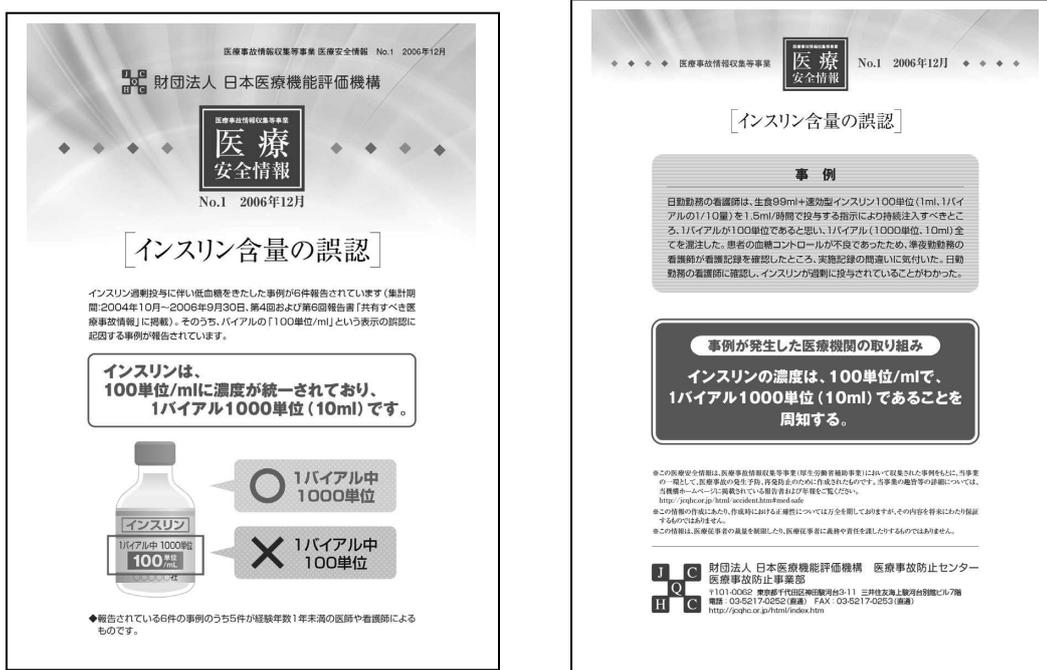
## ② 医療安全情報

### (i) 医療安全情報

報告書は基本的に四半期毎に作成、公表しており、毎回二百ページ程度の分量がある。これは報告していただいた多くの情報を集計、分析して還元しているためである。このような量的な情報還元は重要であると考えているが、多忙な臨床現場で診療を中心とした仕事に従事している医療者に目を通してもらうことは難しいとも考えている。従って、医療機関において医療安全管理者などの職にある方が、報告書や年報の中から自施設にとって有用な情報を取りまとめ、関連部署に情報提供していただくことを期待している。一方で、情報量を絞り込み、診療を中心とした仕事に従事している医療者にも参照していただけるような媒体として、平成18年度から「医療安全情報」を作成、送付している(図2)。

「医療安全情報」は報告書や年報とは異なる役割を持った媒体である。定期的な報告書や年報とは異なり、情報を絞り込み、視認性にも配慮して、1ページ目にはイラストや図を取り入れたり文字を大きくしたりしている。医療の現場で忙しく業務に従事している方々に、短時間で理解できる内容となるよう作成している。2ページ目には、実際に報告のあった事例の概要をいくつか掲載するようにしている。法令に基づく医療事故の報告が本事業の基盤となっていることから、報告された事例を基本として、架空の情報を追加せず作成するようにしている。現在我が国の病院数の半数を超える4,600医療機関(診療所を一部含む)に対してFAXにより情報提供しており、Webからダウンロードも可能である。診療所でも、本事業に参加することにより、医療安全情報をFAXで受け取ることができる。

図2 医療安全情報 (No.1) インスリン含量の誤認



(ii) 医療安全情報の例

医療安全情報の例を示し、その効果や実績について述べる。図3は、抗リウマチ剤として使用されるメトトレキサートの過剰投与による骨髄抑制の事例を取り上げたものである。この薬は、1週間のうち、内服する日とその後の休薬期間を設定することが必要な薬であるが、報告された事例では、連日投与してしまい、骨髄抑制が生じている。メトトレキサートは抗がん剤としての作用も有する成分であるため、抗がん剤として認識している医療者もいるであろう。この安全情報を作成した数年後、国はこれを添付した通知を製薬業界に送付し、メトトレキサートの包装のデザインに、注意文言を追加するよう指導した。そのため、現在ではこの薬剤の包装に、「この薬は休薬期間を必要とします」等の注意文言が赤字で表示され、また、服薬日を記入する欄も印刷されている。この事例は、医療機関から報告された事例が医療安全情報となり、それがモノの改善へとつながった好例である。

図3 医療安全情報 (No. 2) 抗リウマチ剤 (メトトレキサート) の過剰投与に伴う骨髄抑制

医療事故情報収集等事業 医療安全情報 No.2 2007年1月

財団法人 日本医療機能評価機構

医療安全情報 No.2 2007年1月

### 抗リウマチ剤 (メトトレキサート) の過剰投与に伴う骨髄抑制

抗リウマチ剤 (メトトレキサート) の過剰投与に伴う骨髄抑制をきたした事例が報告されています (集計期間: 2004年10月 - 2006年9月30日、第3回および第7回報告書 [共有すべき医療事故情報] に掲載)。

**抗リウマチ剤として使用されるメトトレキサートは、休薬期間が必要な薬剤です。**

(投与例)

◆メトトレキサートは腫瘍用薬として使用されている薬剤です。

医療事故情報収集等事業 医療安全情報 No.2 2007年1月

### 抗リウマチ剤 (メトトレキサート) の過剰投与に伴う骨髄抑制

#### 事例

入院前より抗リウマチ剤 (メトトレキサート) を、正しく週2日、計3回内服し、入院後も持参した内服薬は患者が管理していた。治療後、患者が自己管理できなくなった時点で、内服薬は病院の管理となった。病院は、連日投与するように準備したため過剰投与となった。

#### 抗リウマチ剤として使用されるメトトレキサートの製品

- ・メトトレキサート錠2mg
- ・メトトレキサート錠25mg
- ・メトトレキサートカプセル2mg
- ・リウマレックスカプセル2mg

◆この医療安全情報は、医療事故情報収集等事業 (厚生労働省指導事業) において収集された事例をもとに、当事者の同意なく医療機関等に提供されたものではありません。当事者の同意を得た事例については、当事者の同意を得た範囲内において、当該患者のプライバシーに配慮されている報告書および年報をご覧ください。  
<http://jgpc.or.jp/html/safetydata.html>

◆この情報の提供による、作成期における正確性については完全を期していませんが、その内容を各機関に共有して提供することを目的として提供されています。

◆この情報は、医療従事者の職業を保護し、医療従事者に責任を押しつけるものではありません。

J C 財団法人 日本医療機能評価機構 医療事故防止センター  
 H Q 医療事故防止事業部  
 〒101-0062 東京都千代田区千代田1-17 三井住友海上ビル4階417号  
 電話: 03-5217-0252 (直通) FAX: 03-5217-0253 (直通)  
<http://www.jgpc.or.jp/html/index.htm>

また、「ワルファリンカリウムの内服状況や凝固機能の把握不足」(図4)では、報告された医療事故について、「ワルファリンカリウムを内服していること」「ワルファリンカリウムの内服量」「凝固機能データ」の情報の把握状況を示している。全て把握していた事例はなく、中には全て把握していなかった事例もあった。2ページ目には具体事例を掲載しているが、出血傾向のため、顎部から頸部にわたる巨大な血腫を形成したことが報告されており、患者にとって影響度の大きな事例である。

図4 医療安全情報 (No. 51) ワルファリンカリウムの内服状況や凝固機能の把握不足

医療事故情報収集等事業 医療安全情報 No.51 2011年2月

財団法人 日本医療機能評価機構

医療安全情報 No.51 2011年2月

### ワルファリンカリウムの内服状況や凝固機能の把握不足

ワルファリンカリウムを使用していた患者の内服状況や凝固機能に関する情報の把握がなされていなかったため、軽微な出血による出血が誘発された事例が5件報告されています (集計期間: 2007年1月1日 - 2010年12月31日、第20回報告書 [個別のテーマの検討状況] (P.140) 一部を掲載)。

**ワルファリンカリウムを使用していた患者の内服状況や凝固機能を把握しないまま観血的処置を行い、予期せぬ出血をきたした事例が報告されています。**

	ワルファリンカリウムを内服していること	ワルファリンカリウムの内服量	凝固機能データ	件数
情報の把握	○	○	×	3
○: おり	○	×	×	1
×: なし	×	×	×	1

医療事故情報収集等事業 医療安全情報 No.51 2011年2月

### ワルファリンカリウムの内服状況や凝固機能の把握不足

#### 事例

高齢者の患者は、下肢静脈血栓に対しワルファリン5mg/日を内服していた。両脚は腫脹を来すため、血液検査を実施した。生体組織の電子カルシウムと血液検査の結果を把握したところ、凝固機能検査の結果は異常を示していた。両脚は腫脹を来すため、血液検査を実施した。2時間後、患者は口内出血を認め、鼻出血に転じた。及び顎下腺から出血した。出血を認め、凝固機能検査の結果は異常を示していた。

#### 事例が発生した医療機関の取り組み

・観血的な処置を施行する前は、凝固に関する薬剤の内服状況や、凝固機能に関する検査結果の確認を徹底する。

#### ワルファリンカリウムの製剤 (2010年12月31日時点)

- ワルファリン錠1mg・5mg
- ワルファリン錠2.5mg・5mg
- ワルファリン錠10mg
- ワルファリン錠20mg
- ワルファリン錠30mg
- ワルファリン錠40mg
- ワルファリン錠50mg
- ワルファリン錠60mg
- ワルファリン錠75mg
- ワルファリン錠100mg
- ワルファリン錠150mg
- ワルファリン錠200mg
- ワルファリン錠300mg
- ワルファリン錠400mg
- ワルファリン錠500mg
- ワルファリン錠600mg
- ワルファリン錠750mg
- ワルファリン錠1000mg
- ワルファリン錠1500mg
- ワルファリン錠2000mg
- ワルファリン錠3000mg
- ワルファリン錠4000mg
- ワルファリン錠5000mg
- ワルファリン錠6000mg
- ワルファリン錠7500mg
- ワルファリン錠10000mg

#### 総合評価部会の意見

・抗凝固剤を使用中の患者の治療・処置の際は、日本循環器学会が公表している「循環器疾患における抗凝固・抗血小板療法に関するガイドライン (2009年改訂版)」の「IV.補足 2 投与や手術時の対応」などを参考にしましょう。

◆この医療安全情報は、医療事故情報収集等事業 (厚生労働省指導事業) において収集された事例をもとに、当事者の同意なく医療機関等に提供されたものではありません。当事者の同意を得た事例については、当事者の同意を得た範囲内において、当該患者のプライバシーに配慮されている報告書および年報をご覧ください。  
<http://www.jgpc.or.jp>

◆この情報の提供による、作成期における正確性については完全を期していませんが、その内容を各機関に共有して提供することを目的として提供されています。

◆この情報は、医療従事者の職業を保護し、医療従事者に責任を押しつけるものではありません。

J C 財団法人 日本医療機能評価機構 医療事故防止事業部  
 H Q  
 〒101-0062 東京都千代田区千代田1-17 三井住友海上ビル4階417号  
 電話: 03-5217-0252 (直通) FAX: 03-5217-0253 (直通)  
<http://www.jgpc.or.jp/html/index.htm>

一見すると、「自分の施設ではこのような事例は起こらないだろう」「自分はこのような事例の当事者とはならないだろう」と思うような基本的な内容が原因となっている事例が、医療機関の大小を問わず発生しているという現実がある。そのため、基本的な確認作業や観察の繰り返しを促している内容が多くなるが、高度な医療技術、看護技術などとともに、地味であってもそのような基本事項をおろそかにしない習慣を確実なものとしたいものであり、このような問題意識に基づいて作成されている医療安全情報は、診療所でも参考になると考えている。

医療安全情報の活用例としては、院内での回覧、医療安全の会議で配布、周知する、関連部署のスタッフステーションの壁などに掲示する、院内の研修会における活用などを行っている例があると伺っている。医療法の改正に伴い、病院、診療所、助産所では、医療安全のための職員研修が必要となっている。「医療安全情報」を活用して、院内で「医療安全情報」に紹介されている事例の発生を防ぐ仕組みが備わっているか、毎月考えてみることも有用なのではないかと考えている。

医療安全は、職種を問わず共通の関心事でなければならないが、職種を超えて活用される有用な情報伝達の媒体がないのが現状である。医療安全情報も決して十分とは考えていないが、そのような媒体に育てていきたいと考えている。医療安全情報をまだ見たことがない、という方は、是非Webサイトを閲覧していただき、ご活用をお願いしたい。

### (iii) 医療安全情報のパターン

医療安全情報を作成してきた過程では、安定した考え方のもとで情報発信を続けるために、大きな変更を加えてはいないが、それでもよりよい情報発信を目指して議論し、作成を続けてきた中で、現在までに5種類のパターンが作成されている(表3)。これらのうちいくつかのパターンを、実際の医療安全情報を示しながら説明する。

表3 医療安全情報の5つのパターン

1	作成開始当初から継続している基本型
2	前年の1年間に提供したものを振り返るパターン(3月号)
3	第1号にさかのぼり、過去に提供した全ての医療安全情報を振り返るパターン(6月号)
4	提供した後、同種事例が再発しており、同時に新しく注意喚起すべき情報がある場合は、「第2報」として提供するパターン
5	「医療安全情報」の中で事例が発生した医療機関の取り組みを紹介することに加えて、さらに踏み込んだ情報提供をするために、医療安全情報を作成している本事業の総合評価部会において出された意見を付したパターン

一つ目は、作成開始当初から継続している、ひとつのテーマを取り上げているパターンである。先述した構成で成り立っており、いわば医療安全情報の基本パターンである(図3, 4)。

二つ目は、毎年3月に提供している、前年の1-12月に取り上げたタイトルの再紹介を行うパターンである(図5)。医療安全情報を見たことがない医療者の方、見たことはあるがその内容を忘れてしまった方、新入職員の方、などにとって、繰り返し情報提供することによって、記憶にとどめていただき、診療や看護、調剤、検査、リハビリなどの際に、まさに同じ行為を行う場面で、思い出していただいたり、スタッフ同士で確認したりしながら医療を提供していただくことを期待している。また、医療安全情報を提供後に再発事例や類似事例が報告されたタイトルには、その横に印を付けて、そのことがわかるように配慮している(図6)。そして2ページ目にそれらの事例の一部を掲載している。掲載できなかった事例は年報に掲載することとしている。

図5 医療安全情報 二つ目のパターン

医療事故情報収集等事業 医療安全情報 No.52 2011年3月

財団法人 日本医療機能評価機構

医療安全情報

2010年に提供した医療安全情報

No.52 2011年3月

2010年1月~12月に医療安全情報No.38~No.49を毎月1回提供いたしました。今一度ご確認ください。

番号	タイトル
No.38	★清潔野における注射器に準備された薬剤の取り換え
No.39	★持参薬の不十分な確認
No.40	2009年に提供した医療安全情報
No.41	処方表記の解釈の違いによる薬剤量間違い(第2報)
No.42	セントラルモニタ受信患者間違い
No.43	2006年から2008年に提供した医療安全情報
No.44	コンセントの容量(定格電流)を超えた医療機器や電気機器等の接続
No.45	★抗リウマチ剤(メトトレキサート)の過剰投与に伴う骨髄抑制(第2報)
No.46	清拭用タオルによる熱傷
No.47	抜歯部位の取り換え
No.48	脈菜残量の未確認
No.49	B型肝炎母子感染防止対策の実施忘れ

★のタイトルについては、提供後、2010年12月31日までに類似事例が発生しています。

医療安全情報 No.52 2011年3月

2010年に提供した医療安全情報

◆以下の類似事例が発生しています。

**No.38 清潔野における注射器に準備された薬剤の取り換え**

心臓カテーテル検査施行時、清潔野には識別情報のない2つのピーカーにヘパリン生食とハイポアルコールが入っていた。医師は左鎖骨動脈に留置したシースをフラッシュする際に、清潔野にあったハイポアルコールのピーカーの中身をフラッシュ用のヘパリン生食だと思い、注射器で取って注入した。その後患者に血栓が漏れを訴え、左前腕の発赤、腫脹を呈した。

**No.39 持参薬の不十分な確認**

入院当日、他院からの紹介状やお薬手帳等には、患者の内服薬を記載した書面はなく、主治医と看護師は持参薬だけで確認した。主治医は、患者が薬袋によりバイアスピリン(抗血小板薬)の内服を中止したことは把握していたが、他院でフラビンクス(抗血小板薬)とセロクラーが処方されていることは知らず、持参薬の中にもなかった。持参薬の最終内服の指示により、フラビンクスとセロクラーを数日間投与しなかった。

**No.45 抗リウマチ剤(メトトレキサート)の過剰投与に伴う骨髄抑制(第2報)**

医師は、ステロイド増量の経過観察をするため、1週間分の処方とし、その旨を患者に説明した。ステロイド以外の内服を処方する際、リウマチ薬のカプセル2mgを、本来であれば2日分とするところ7日分と入力した。患者は、院外薬局で処方薬を受け取り、7日間内服後再診した。患者から7日間内服したと告げられた医師は、処方量の誤りに気付かず、血液検査を施行した。データ上異常はなかったが、予防のためロイコボリンを処方した。

※処方されたメトトレキサートは、1日1回1500mgを処方し、残りの6日間は休薬する。これを1週間ひとりに繰り返す。

◆他の類似事例につきましては、平成22年年報に掲載いたします。

※この医療安全情報は、医療事故情報収集等事業(厚生労働省補助事業)において収集された事例をもとに、当事業の一環として関係団体の専門家のご意見に基づき、医療事故の発生予防、再発防止のために作成されたものです。当事業の趣旨等の詳細については、当業ホームページに掲載されている報告書および年報をご覧ください。  
http://www.medic.or.jp/

※この情報の作成にあたり、作成時における正確性については万全を期してはおりますが、その内容を将来にわたって保証するものではありません。  
※この情報は、医療従事者の教養を補強したり、医療従事者に業務や責任を課したものではありません。

J C 財団法人 日本医療機能評価機構 医療事故防止事業部  
1101-0061 東京都千代田区二橋1-14-17 東京ビル  
電話：03-5217-0252(直通) FAX：03-5217-0253(直通)  
http://www.johnc.or.jp/html/index.htm

図6 提供した医療安全情報の一覧

番号	タイトル
No.38	★清潔野における注射器に準備された薬剤の取り換え
No.39	★持参薬の不十分な確認
No.40	2009年に提供した医療安全情報
No.41	処方表記の解釈の違いによる薬剤量間違い(第2報)
No.42	セントラルモニタ受信患者間違い
No.43	2006年から2008年に提供した医療安全情報
No.44	コンセントの容量(定格電流)を超えた医療機器や電気機器等の接続
No.45	★抗リウマチ剤(メトトレキサート)の過剰投与に伴う骨髄抑制(第2報)
No.46	清拭用タオルによる熱傷
No.47	抜歯部位の取り換え
No.48	酸素残量の未確認
No.49	B型肝炎母子感染防止対策の実施忘れ

三つ目は、毎年6月に提供している、第1号まで遡って最近1年間の再発や類似事例の発生状況を情報提供する医療安全情報である(図7)。毎年医療安全情報は増えていくため、この号は、再発・類似事例が発生する限り、必ずしも2枚の紙に収めることができない。図7に示した例は2011年6月号の医療安全情報であり、全5ページで構成されている。この医療安全情報をご覧くださいと、毎年繰り返して報告されている事例を知ることができる。

図7 医療安全情報 三つ目のパターン

The figure shows a stack of pages from a medical safety information report. The top page is the table of contents, listing various incidents and their counts. Below it, several pages provide detailed descriptions of these incidents, including titles, dates, and specific details of what happened and how it was resolved. The text is in Japanese and includes terms like '医療安全情報' (Medical Safety Information) and '2011年6月号' (June 2011 Issue).

### ③Web を通じた情報提供

提供している情報

平成21年7月から、Web上の情報掲載量を増やしたため、従来よりも多くの情報提供ができるようになった。具体的には、報告書には主な図表や後述するテーマ分析の結果を掲載することとし、Webにはそれらの図表も再掲するとともに、さらに詳細な図表や報告項目の一覧、参加医療機関一覧等の情報を掲載している。また、Web上に報告事例のデータベースを開設し、本年1月以降に報告された全ての事例をご覧いただけるようにした。検索機能もあるので、関心のある事例を選択して閲覧することも可能である。この取り組みの趣旨は、医療事故の予防や再発防止に役立つ情報提供を増やし、医療安全を一層推進していくことであるとともに、医療の透明性を向上することでもある。そのことを十分ご理解いただき、情報を診療や研究に、また安心して安全な医療を受けるためにご活用いただければ幸いであり、そうならば本事業の成果の活用が一層進むものと期待される。

図8 事業の専用ホームページ



### ④医療事故／ヒヤリ・ハット報告事例の検索機能

図8の画面に新設された「公開データ検索」をクリックしていただくと、図9の画面が現れる。このページ上で、報告された医療事故情報やヒヤリ・ハット事例の多くを閲覧することができる。当事業に参加しておられる医療機関や研究者の皆様、またその他多くの皆様より、報告書に掲載される事例が多くなり内容も豊富になっているため、Webを活用した事例の閲覧や検索ができるシステムの開発を望む声をたくさんいただいていた。そこで、平成21年の見直

しの機会を利用してこのような機能のご提供を開始することとしたものである。検索の画面に記載しているように、このような情報提供は、医療安全の推進を目的として行っているものである。私どもは、このような情報が適切に活用されることによって、医療提供の仕組みやモノの改善が進み、その成果が実感されることによりさらに報告が定着し、適切に公表されることによってさらに改善が進んでいくという医療安全の好循環が生じ、医療界だけでなく我が国の社会において重要な機能として定着していくことを願っている。

図9 医療事故/ヒヤリ・ハット事例検索のページ

#### 4. おわりに

本事業の成果について報告書や医療安全情報、事例データベースを中心に述べた。本事業の成果は、最近10年間で、特にリスクの高い医療を多く提供している病院に対して医療安全の確保を求める声が強まり、同時に病院における医療安全推進の機運が高まって多くの実践が積み重ねられてきたことにより、達成されてきたと考えられる。それ以前は、悪い結果になりそうになった事例、あるいは悪い結果となった事例から学習することは、医療者個人や、小規模な診療グループにおいてなされていたであろうが、より大きな組織、つまり診療科や診療部門、個別の医療機関、全国の医療機関における取り組みとしては行われておらず、その必要性も十分検討されてこなかったものと考えられる。しかし10年が経過して、現在では医療の安全や質の向上が医療における中心的な価値となってきたことを十分認識することが重要である。

同様な流れは、診療所にも及ぶことを考えることにも留意する必要がある。今回、地域医師会で収集されたヒヤリ・ハット事例を見ると、病院と診療所とでは、ヒヤリ・ハットの種類や頻度が異なることが考えられる。先述したように、本事業の参加医療機関はほとんどが病院である

ため、報告書の集計は基本的に病院のデータを示しており、診療所のデータは今後の診療所の取り組みによって明らかになるものと考えられる。診療所の医療安全を促進するためには、診療所の規模や施設数を考慮すると、本事業と同様、またそれ以上に全国的で組織的な大規模な取り組みが必要であろう。

具体的には、診療所の管理者や医療安全担当者が施設におけるリスクを適切に把握するための、恒常的な報告システムや、全国の診療所の医療安全の推進のための報告システムを構築、運用することが考えられるが、今回、地域の医師会でヒヤリ・ハット事例の収集が試行されたことで、報告項目の設定や地域間の不整合、集計実務の負担、分析における専門家の関与とその負担、診療所において利用しやすい情報還元の方法、などの課題が明らかになったと考えている。今後は、本事業における既存のWebシステムの活用や改良と、引き続き事例分析、情報提供の仕組みの拡大などが検討されても良いのではないだろうか。

先述したように、事例の報告により、全国的に医療事故が発生しているリスクの高い診療や看護、調剤などの分野を見出して注意喚起することができるとともに、1例でも発生すれば患者の健康や病状に重大な影響を及ぼしかねない事例を、他施設の事例を知ることによって、これを自施設の経験として受け止めて医療事故の未然防止のための改善を行うことができるなど、報告システムを整備することには、安全な医療の提供のために様々な良い効果がある。同時に、このような効果は、医療者が自ら成果を活用することにより最大化されるものであることを忘れてはならない。

患者が受ける医療の内容は、診療所や病院の間で不連続なものではなく、連続的なものである。したがって、その過程で、医療の安全性も連続的なものとして確保されなければならない。このたび、本報告書を取りまとめるにあたって行われた、各地域の医師会におけるインシデント・アクシデント レポート報告の取り組みが、全国の診療所に拡大し、同時に多くの成果を生み出して活用されることにより、我が国における医療の安全が一層確実なものとなることを願っている。

## 5. 参考

- 1) 医療事故情報収集等事業ホームページのURL  
<http://www.med-safe.jp/>

## おわりに

この医療安全対策委員会の報告書「医療安全の推進と新しい展開について」をお読みいただき、各地区の医師会において、以前から独自の医療安全活動が行われていたことが、お分かり頂けたと確信している。基幹病院においてはすでに安全管理のための委員会が設置されていて、中小医療機関に比較して医療安全対策活動が着実に進められている。

医療安全の講演会や講習会は中小医療機関を対象に開かれているが、病院の安全管理のための委員会に相当する機能の立ち上げや報告システムの構築を行う課題が残されている。また、集計されたデータの解析や得られた結果のフィードバックによる問題点の共有などは医師会に与えられた任務となる。

中小医療機関とはいえ、チーム医療の時代に入った現在において、医療安全には医師、看護師、技師などの全員の参画を目指す必要があり、医師会には医療安全への強力なリーダーシップが要求される。この報告書を参考にして、各医師会において医療安全対策の確立と普及を毎年拡大していただけることを衷心より期待したい。

## 医療安全対策委員会

### 委員名簿（順不同）

◎北原 光夫	農林中央金庫健康管理室長
○寺岡 暉	寺岡記念病院理事長
橋本 洋一	北海道医師会常任理事
小原 紀彰	岩手県医師会副会長
石渡 勇	茨城県医師会副会長
江本 秀斗	東京都医師会理事
	(第1回～第6回)
松本 賢治	東京都医師会理事
	(第7回～第10回)
横井 隆	愛知県医師会理事
齋田 幸次	大阪府医師会理事
西田 芳矢	兵庫県医師会副会長
坂東 義教	香川県医師会理事
三宅 智	鹿児島県医師会副会長
後 信	日本医療機能評価機構執行理事

(註)◎印;委員長

○印;副委員長