

平成18年度福島県医師会医療安全推進研修会
「有床診療所における医療事故防止対策」

えんどうクリニック院長
遠 藤 剛

福島県医師会報第69巻第2号（19.2）抜刷

委員会だより

「有床診療所における医療事故防止対策」

えんどうクリニック院長 遠 藤 剛

はじめに

近年、医療の高度化や複雑化に加えて、医療を受ける側の意識の変化や多様化（診療情報の開示、インフォームドコンセント等）など、医療環境が目まぐるしく変化している。そこに置かれたわれわれ医療従業者は、以前にも増して「医療事故」につながる大きいリスクを背負っている。

1999年、某大学病院で起きた「患者取り違え事故」の報道を皮切りに、その後各地でさまざまな事故が多発している。

裁判所から発表された医療事故裁判の年別件数をみてみると、2004年の新規受付件数は1,593件であり、1970年は102件であるから、この30年間で15倍に増えたことになる。

いま、医療に携わる者として、事故防止への取り組みがとりわけ大きい課題となってきた。事故は「起こしてはならないもの」であるが、まずは「人間は過ちを犯す生物である」との認識から出発して考えていくことが大切である。従来よりみられたように「ミスは起きるはずがない」といったタテマエ的な構えを捨て、トラブルが起きることを前提に対策を早めに立て、重大なミスの発生を未然に防ごうという考え方と体制こそが不可欠なのである。又、ヒヤリハット事例の分析の結果（表1）から見ても、病室が圧倒的に多い。

そこで当クリニックではトラブルを想定した「有床診療所における事故防止マニュアル」が必要と考え手探り状態ではあったが、マニュアルの作成を試みた。



表1

【ヒヤリ・ハット事例の分析結果】

- ①発生時刻：8～12時が多い
- ②発生場所：病室が圧倒的に多い
- ③当事者職種：看護師が大多数
- ④経験年数、配属年数：いずれも0年が多い
- ⑤発生内容：
療養上の世話 < ドレーン・チューブ類 < 処方・与薬
- ⑥発生要因：勤務状況 < 観察 < 確認

委員会だより

院内医療事故対策マニュアルの作成

医療事故の多くは、看護師が当事者として報道されている。これは、看護職の働き方を考えると当然といえる。

1つは24時間患者のそばにいるために事故に遭遇する機会がそれだけ多くなるわけである。もう1つは、看護師は医療の最先端で患者に直接医療を提供する役割を負っている。

当クリニックは、外科、肛門科、消化器科を専門とする10床を有する医院であり、通常の外来業務以外に内視鏡（上部、下部）バリウム透視も含めたX線検査や、局所麻酔、外来手術、腰椎穿刺下にて各種手術も行っており、入院患者を受け入れている。

2000年7月にカンファランスを開き、その中で起こりうる事故を話し合い、大きく、(1)医療事故、(2)輸液事故、(3)麻酔事故、(4)注射事故、(5)検査事故、(6)院内感染、(7)与薬事故、(8)患者誤認転倒、(9)転落事故、(10)放射線事故、(11)給食、(12)個人情報保護、の12項目に分けた。

それを看護師、医療事務、厨房、薬剤師の1人1人が各項目を担当し、それぞれまとめてみた。その後も数10回にわたりカンファランスを開き、それぞれの項目について意見を出し合い、それをもとに院内事故防止対策マニュアルを作成した。具体的にわかりやすい言葉で、考えられるトラブルに対しての事故防止対策をまとめた。字数の関係でここにすべての表を網羅することはできないが一部を表2・3・4に示す。

表2

患者誤認	
トラブル	事故防止対策
1. 点滴ミス (ボトル交換ミス)	<ul style="list-style-type: none">オーダーと患者氏名の確認仕事途中の割り込み仕事をせず、できるだけ1人のナースが準備から実施まで行う
2. 採血ミス	<p>※できなかった場合は引き継ぎを円滑にする</p> <ul style="list-style-type: none">準備をする人は誰がみてもわかるようにしておくこと受けた人は責任をもって実施すること
3. 同姓同名患者のカルテミス	<ul style="list-style-type: none">声を出して患者本人であることを確認する(返事をした患者が対象となる患者か確認する)患者の顔、名前、疾患名を覚え、確認の手段とする同姓同名の患者のカルテを、あらかじめわかりやすくチェックしておく

委員会だより

表3

輸液事故	
トラブル	事故防止対策
1. 指示受けミス	<ul style="list-style-type: none"> 口頭指示はすぐにメモをとる 対象患者をきちんと把握する(名前の確認、同姓同名の場合は生年月日確認)
2. 投与ミス	<ul style="list-style-type: none"> 当直、病棟担当ナースはカルテをチェック、指示を確認 申し送りの徹底 3度の確認 ①使用する薬剤を棚から出す時 ②薬剤を開封する時 ③薬剤を注射器に吸ってアングル等を捨てる時 準備、投与者は統一する(統一が無理な場合は引き継ぎ者にきちんと申し送る) 薬剤の基本知識を身につける
3. 患者誤認	<ul style="list-style-type: none"> 担当患者の状態の把握 患者本人の確認(名前はフルネームで、顔やベットネーム確認) 点滴ボトルは部屋番号、氏名(フルネーム)を記入(同姓同名患者に注意)
4. 静脈留置部位のトラブル	<ul style="list-style-type: none"> 穿刺部位の選択 適時、刺入部の観察(発赤・腫脹・疼痛の有無) 患者からの訴え聴取(施行前に点滴目的を説明し、随時状態変化時はナースコール等の使用を説明する)
5. 点滴中のトラブル	<ul style="list-style-type: none"> 滴下数、ラインの観察 <ul style="list-style-type: none"> ①ラインの圧迫、屈曲、血液の逆流、詰まりの有無 ②接続部位のテープ固定 ③施行前・中・後の患者の状態チェック ④小児の場合、安静が保たれていない場合、シーネ等での固定(段ボールなどを副子として患者の手を固定する)
6. 感染	<ul style="list-style-type: none"> 穿刺部の消毒(アルコール綿は一度に多量に作り置きしない) ライン接続時の清潔操作 三方活栓をルート内に多用せず、取り扱う際にも清潔操作を行う 点滴の作り置きはしない

23

表4

〈転倒・転落事故〉																			
トラブル	事故防止対策																		
1. ベットからの転落	<ul style="list-style-type: none"> ベット欄をきちんとつける。 ストッパーの確認 OP後 最初の排尿時はナースコールを押してもらい、必ずNsサイドで介助する。 																		
2. 廊下、病室での転落	<ul style="list-style-type: none"> ①つまづき、滑りの誘因の排除 <ul style="list-style-type: none"> 滑りやすい床(モップの水などで床が濡れていないか) 通路の障害物(廊下には物を置かないようにし環境整備をする) 不適切な照明 滑るラグマットを使用しない。(浴室など) ②掃除中は立看板にて注意を促す。 																		
3. 検査・手術中 処置台からの転落	<ul style="list-style-type: none"> 必ず担当ナースがPtのそばにいる。 検査の流れを事前に説明し処置台の手すりをきちんとつかむようにPtに指導する。 処置台の手すり、足台がきちんと設置されているか確認する。 ルンバール后、NsはPtの背部に立ち、後に転落しないように注意する。(Ptに声がけをする) 																		
4. 高齢者や 麻痺のあるPt	<ul style="list-style-type: none"> Ptの身体機能を確認し、状態に合わせて車イス介助をしたり、Ptのベースに合わせて歩行介助をしPtをしPtをあわせてさせない。 入院中は、排泄・入浴時、転倒の危険を感じる時にはナースコールを押してもらい必要時介助する。(※特に夜間の排泄時は注意!!) 高齢者のOP后は、Ptの同意を得て、できるだけフォーレ挿入しベット安静にする。 																		
5. 薬剤による転倒	<ul style="list-style-type: none"> 原因となる作用・副作用を引き起こす薬剤 <table border="1"> <thead> <tr> <th>原因となる作用・副作用</th> <th>主な薬物群</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>眠気、ふらつき、 注意力低下</td> <td>ベンゾジアゼピン系睡眠薬・抗不安薬、バルビツール酸、抗精神病薬、抗ヒスタミン薬、抗アレルギー薬</td> </tr> <tr> <td>失神、めまい</td> <td>降圧薬(利尿薬、カルシウム拮抗薬、β遮断薬、ACE阻害薬など)、血糖降下薬(インスリン、SU剤など)</td> </tr> <tr> <td>失調</td> <td>抗てんかん薬</td> </tr> <tr> <td>低血圧</td> <td>抗うつ薬、降圧薬(α遮断薬) 排尿障害治療薬</td> </tr> <tr> <td>脱力、筋緊張低下</td> <td>筋弛緩薬、ベンゾジアゼピン系抗不安薬</td> </tr> <tr> <td>せん妄状態</td> <td>バーキンソン病治療薬、H1受容体拮抗薬、β遮断薬</td> </tr> <tr> <td>視力障害</td> <td>抗コリン剤、抗核薬、ステロイド剤</td> </tr> <tr> <td>バーキンソン症候群(椎体外路傷害)</td> <td>抗精神病薬、抗うつ剤、制吐薬、胃腸機能調整薬</td> </tr> </tbody> </table>	原因となる作用・副作用	主な薬物群	眠気、ふらつき、 注意力低下	ベンゾジアゼピン系睡眠薬・抗不安薬、バルビツール酸、抗精神病薬、抗ヒスタミン薬、抗アレルギー薬	失神、めまい	降圧薬(利尿薬、カルシウム拮抗薬、β遮断薬、ACE阻害薬など)、血糖降下薬(インスリン、SU剤など)	失調	抗てんかん薬	低血圧	抗うつ薬、降圧薬(α遮断薬) 排尿障害治療薬	脱力、筋緊張低下	筋弛緩薬、ベンゾジアゼピン系抗不安薬	せん妄状態	バーキンソン病治療薬、H1受容体拮抗薬、β遮断薬	視力障害	抗コリン剤、抗核薬、ステロイド剤	バーキンソン症候群(椎体外路傷害)	抗精神病薬、抗うつ剤、制吐薬、胃腸機能調整薬
原因となる作用・副作用	主な薬物群																		
眠気、ふらつき、 注意力低下	ベンゾジアゼピン系睡眠薬・抗不安薬、バルビツール酸、抗精神病薬、抗ヒスタミン薬、抗アレルギー薬																		
失神、めまい	降圧薬(利尿薬、カルシウム拮抗薬、β遮断薬、ACE阻害薬など)、血糖降下薬(インスリン、SU剤など)																		
失調	抗てんかん薬																		
低血圧	抗うつ薬、降圧薬(α遮断薬) 排尿障害治療薬																		
脱力、筋緊張低下	筋弛緩薬、ベンゾジアゼピン系抗不安薬																		
せん妄状態	バーキンソン病治療薬、H1受容体拮抗薬、β遮断薬																		
視力障害	抗コリン剤、抗核薬、ステロイド剤																		
バーキンソン症候群(椎体外路傷害)	抗精神病薬、抗うつ剤、制吐薬、胃腸機能調整薬																		

42

委員会だより

インシデント・レポート作成

事故やヒヤッとしたことを報告する報告書は、一般にインシデント・レポートと呼ばれている。このレポートは、人間であれば誰もがミス、ニアミスなどを起こす者であるということを前提に、組織として事故につなげない仕組み作りをしていく上で貴重な資料となるものである。

事故の防止に役立つようなレポートにするために当事者の状態（勤務状況、健康状態など）、患者の状況、患者の置かれていた環境などが浮き彫りになるような工夫を施し、事故の状況に対する考察、事故原因の分析、今後の対応策などを書き込むことにした。(表5)

表5

資料1 インシデント・レポート					
インシデント・レポート 提出日：	年	月	日	印	
部署名	氏名				
患者氏名	年齢	(男・女)	病名		
発生場所					
発生した日時	年	月	日	時	分
発見した日時	年	月	日	時	分
処理を開始した時間	年	月	日	時	分
上司に報告した時間	年	月	日	時	分
事故の種類					
事故発生の経過					
事故の危険度	生命の危険 <input type="checkbox"/> 極めて高い <input type="checkbox"/> 高い <input type="checkbox"/> 可能性あり <input type="checkbox"/> 低い <input type="checkbox"/> ない 患者の信頼 <input type="checkbox"/> 大きく損なう <input type="checkbox"/> 少し損なう <input type="checkbox"/> 影響ない				
発生時の 自分の健康状態（精神的・身体的）					
事故原因の考察					
今後の対応策					
その後の患者の反応					

16

総括

ヒヤリハットの大多数は看護師であり看護師は、常に患者の「安全」や「安楽」が最も基本的で重要であると考え、看護を行っている。したがって、多くの看護師はクリアすべき「基準」があり、それに沿って実施することになる。

今回、このマニュアルを作成するに当たり、改めて「看護基準」や「看護手順」を看護師一人ひとりが再認識することになった。そして、基本を守り行動することではほとんどの看護業務の事故防止につながっていくことに気付いた。しかし、日々の忙しさや仕事への慣れによって、この手順を省いたり見逃すことで、トラブルが発生する。

また、他にも事故の起きる背景には、さまざまな因子が潜んでいることが考えられる。医療従事者と患者さんとのコミュニケーションの悪さもその中の1つである。患者さんは医療者の言葉だけでなく、ちょっとした表情、態度、しぐさ、目つきなどに敏感に反応して不信の念

委員会だより



図1



図2

を抱くようになると
いわれている。そう
いったさまざまな因
子が複雑に関わること
によって、思いも
よらないトラブルや
事故が発生する。こ
こで患者さんとの日
頃の関係がものを
言ってくると言って
も過言ではない。(図
1参照)

今後、トラブルが
起こった場合、「誰
がしたのか」という
犯人探しをして、そ
れを罰することで一

件落着、「私には関係ない」という考えは捨てることがまず大切である。それぞれが日々の仕事の中で経験したヒヤッとしたこと、ハッとしたことをカンファランスで出し合い、それを他人事と捉えず、自分にも起こりうることとして受け止める。そして、それはどうして起きたのか、どこに問題があったのか、どうすれば再発を防止できるのかという原因指向型の考え方をして、その都度マニュアルの見直し、修正を行っていかなければならない。(図2参照)

又、職員各個人個人全員がAEDの使い方や救命救急蘇生を瞬時にできるための講演会の積極的な定期的参加や突然の災害における患者さんの担架による移動や火災発生時の消火活動(写真1・2)などの訓練を定期的にすることもリスクマネージメントの1つと考えておかね

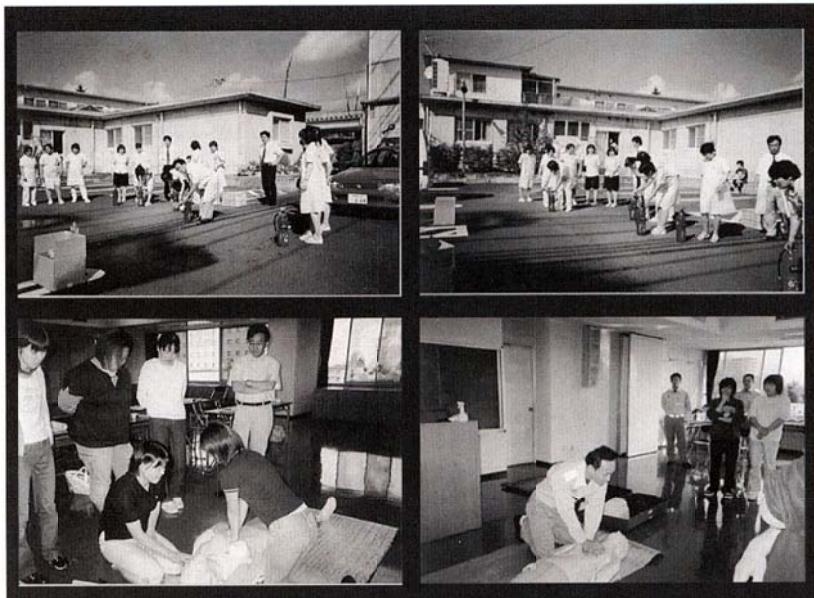


写真1

委員会だより

ばなるまい。

私は職員にクリニックを舟（ボート）にたとえて言い聞かせていることがある。「私がコックの役目をし、スタッフ皆平等に、事務、看護師、栄養士、薬剤師すべてに同じ長さ同じ重さのオールを与え、舟はオールを両方一緒に同じ力で漕がなくては真っすぐ前には進まない。両側の誰かが力を抜くと、舟は

曲がって進んでしまう。患者さんの命は職員全員で預かっているんだという意識が一番大切だ」ということを事あるごとに言っている。院長の指令が全員に行き渡っており、又、各々相互間で意思疎通を常に完全にはかっていければリスクは限りなく0に近くなると確信する。そこが基本であり、リスクマネジメントのすべてではないだろうか。

リスクマネジメントのポイントは、以下のようにまとめることができる。

- ① 管理者が事故防止に対する強い意志を全職員に向けて示すこと。
- ② リスクマネジメントの目的・対象範囲・活動内容を職員に理解しやすい形で明文化すること。
- ③ 事故およびインシデントについて、オープンに議論できる風土を形成すること。
- ④ リスクマネジメントに関する教育や啓発を実施し、医師をはじめとする職員の理解と各講演会への積極的な参加。
- ⑤ リスクマネジメントに関する組織（専門部署や委員会）を設け、その組織責任者の権限（調査権など）を明確にすること。
- ⑥ 事故防止に関する有用な情報は職員全体で共有すること。
- ⑦ 医療の質を向上させるため、院内の他の活動と連携すること。

また、医療施設の管理者には、事故防止に関する理念と事故防止に関するリスクマネジメントの新しい知見を受け入れる柔軟性を持った上で、事故防止に取り組む強い意志と実行力が求められている。（参照 医法健心会えんどうクリニック <http://www.endo-go-cl.jp>）

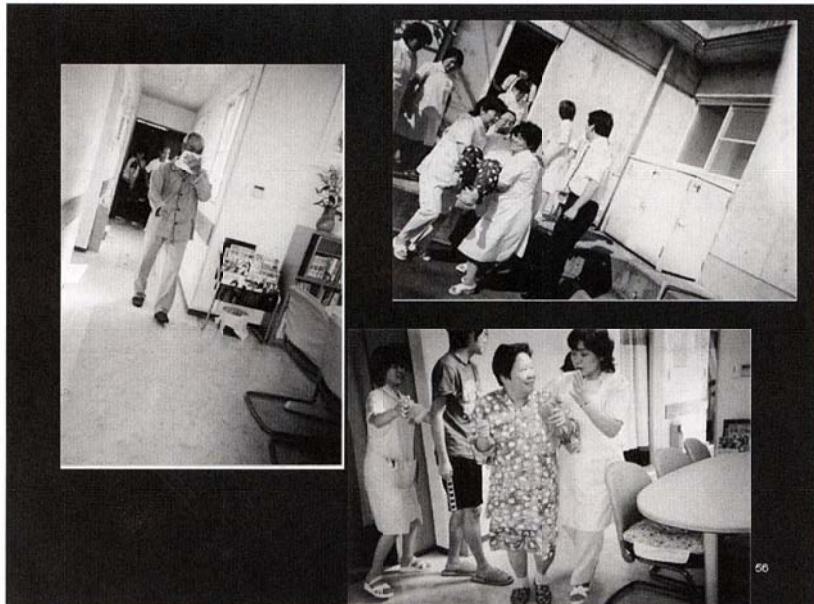


写真2

委員会だより

(参考文献・資料及び参考ホームページ)

- 1 遠藤 剛 (2001) 「院内医療事故防止対策マニュアル」 Medi Forum CHUGAI Vo.5, No 1 P 14～P 24 中外製薬
- 2 遠藤 剛 (2002) 「有床診療所における医療事故防止対策マニュアルの試み」 日本医事新報：第4057号
- 3 遠藤 剛 (2002) 事故防止対策リポート「有床診療所の医療事故防止対策」婦長主任新事情 Vol.7, No139 P 33～P 41 産労総合研究所
- 4 遠藤 剛 (2002) 「会津の開業医が防止マニュアル」朝日新聞4月20日付（取材記事）
- 5 遠藤 剛 (2003) 患者安全管理「専門性の高い有床診療所としての安全管理マニュアルの整備」 協和発酵 Medi Book No14 P 16～P 25
- 6 遠藤 剛、小林富美子、遠藤敏子、須藤久美、飯塚浩美、鈴木弘美、長嶺ゆかり、渡邊聰美、相原由佳里、松崎裕子 (2004) 「医療事故防止対策マニュアル作成の試みとしての見直し」月刊ナーシング Vol.24 10号 P 150～P 153
- 7 遠藤 剛 (2004) Clinic Watch 「信頼を得るためにの診療所でも重要になる医療安全対策」 No.9 田辺製薬(株)
- 8 河野龍太郎 (2004) 「医療におけるヒューマンエラー」 医学書院
- 9 D. M. バーウィック (2004) 「キュアリングヘルスケア」 中山書店
- 10 四病院団体協議会医療安全管理者作成委員会編 (2005)
- 11 真野俊樹 (2006) 「医療リスクマネジメント心得帳」 日本医学出版
- 12 岩瀬 光 (2006) 「医療事故の根絶を目指して」 文芸社
- 13 山本隆一 (2006) 「個人情報保護の基礎知識」 今日の健康 Vol.8 P 117～P 123 NHK 出版
- 14 秋元 聰 (2006) 「マンガでわかる個人情報保護法対策」 日本医療企画
- 15 医療安全対策「いろいろかるた」赤穂市民病院医療安全対策委員会
- 16 クローズアップ現代「医療事故」 2006. 6. 22 NHK
- 17 稲垣克巳 (2006) 「克彦の青春を返して 医療過誤、18年の闘い」 中日新聞社
- 18 桑原博道 (2006) 「医療トラブル、対策ハンドブック」 セルバ出版
- 19 財団法人日本医療機能評価機構「ヒヤリ・ハット事例収集事業」に関するホームページ (<http://jcqhc.or.jp/html/accident.htm#med-safe>)
- 20 ヒヤリ・ハット事例（重要事例）情報データベース構築・公開事業ホームページ (<http://www2.hiyari-hatto.jp/hiyarihatto/index.jsp>)
- 21 厚生労働省ホームページ「医療安全対策について」 (<http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/i-anzen/index.html>)
- 22 財団法人日本医療機能評価機構「医療事故情報収集・分析・提供事業」に関するホームページ (<http://jcqhc.or.jp/html/accident.htm#med-safe>)
- 23 厚生労働省ホームページ（医療安全対策のページにおける「報告書等」のページ） (<http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/i-anzen/houkoku/index.html>)