

投稿

**有床診療所の医療事故防止対策
事故防止対策マニュアル作成の
試みとその見直し**

遠藤 剛 小林 富美子 長嶺 ゆかり 渡辺 聰美 相原 由佳里
鈴木 弘美 松崎 裕子 飯塚 浩美 須藤 久美 遠藤 敏子

月刊ナーシング
nursing

2004年9月号/第24巻10号/通巻307号

学研

遠藤 剛●Gō Endō
医療法人健心会えんどうクリニック院長

えんどうクリニックHP
<http://e.oisyasan.ne.jp/endo-go-cl>

小林 富美子●Fumiko Kobayashi
長嶺 ゆかり●Yukari Nagamine
渡辺 智美●Satomi Watanabe
相原 由佳里●Yukari Aihara
鈴木 弘美●Hiromi Suzuki

松崎 裕子●Yūko Matsuzaki
飯塚 浩美●Hiromi Iizuka
須藤 久美●Kumi Sudō
遠藤 敏子●Toshiko Endō
医療法人健心会えんどうクリニック

有床診療所の医療事故防止対策 事故防止対策マニュアル作成の 試みとその見直し

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・コンセントなど)など、医療環境がめまぐるしく変化している。そのような変化に伴い、医療機関で働く私たち医療従事者は、以前にも増して「医療事故」につながる大きなリスクを背負っているといえる。

図1に示したのは、裁判所から発表された医療事故裁判の年別件数である。1998年の新規受付件数は629件であり、30年前の1970年が102件であるから、この30年間で6倍に増えたことになる。一方1998年の未済件数は2700件と、これも増加の一途をたどっている。

医療事故の多くは、看護師が当事者

となることが多い。これは、看護師の仕事を考えると当然のように思われる。その理由として、①24時間患者のそばにいるため、事故に遭遇する機会がそれだけ多くなる、②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担っている、の2つがあげられる。

いま、医療に携わる者として事故防止への取り組みが、とりわけ大きな課題となってきた。事故は「起こしてはならないもの」であるが、まずは“人間は過ちをおかす生物である”との認識から出発して考えていくことが大切であると思う。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考え方を捨て、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であると考える。

当クリニックの現状

当クリニックは、外科、肛門科、消化器科を専門とする医院であり、通常の外来業務以外に、内視鏡検査[GTF(上部消化管)、CF(大腸)]、X線検査[MDL(胃透視)、DDL(大腸透視)]や、局所麻酔、腰椎麻酔下にて、各種手術も行っており、入院患者も受けている。

図2に示したように、年々検査の件数が増加しており、この10年間を比較してみても、2003年の胃内視鏡件数は1348件であり、1995年の304件から、約4倍に増えている。また大腸内視鏡件数は2003年の1349件に対し、1995年が411件であり、約3倍となっている。それだけに事故の起きる可能性も大きくなることが考えられる。

当クリニックでは、2000年よりトラブルを想定した事故防止型のマニュア

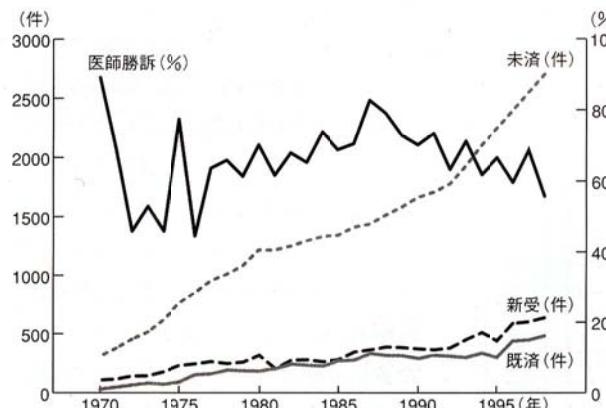


図1 医療事故裁判の現状

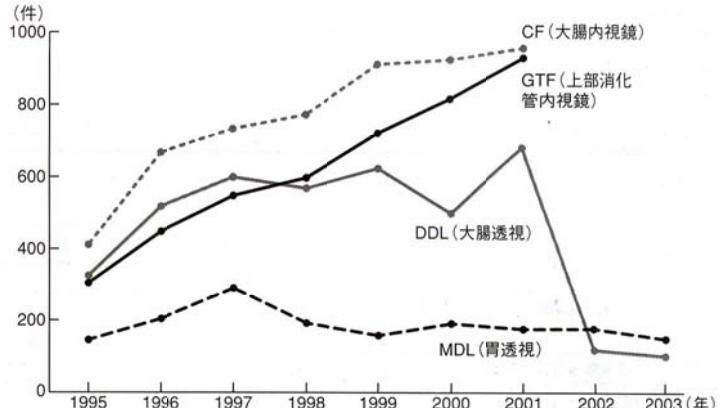


図2 年度別検査数

(医療法人健心会えんどうクリニック)

ルを導入しているが、定期的なマニュアルの見直しを行う必要があると考え、マニュアルの見直し・修正を行ったのでここに報告する。

「院内事故防止対策マニュアル」の作成

当クリニックでは、2000年にカンファレンスを開き、そこで、実際に起こりうる事故について話し合った。輸液事故、麻酔事故、注射事故、検査事故、などの項目をあげ、看護師1人1項目を担当しそれぞれまとめてみた。その後も数回カンファレンスを開き、それぞれの項目について意見を出し合い、「院内事故防止対策マニュアル」を作成した。事故防止対策について具体的にわかりやすい言葉で表現し、表にしてまとめた。

ヒューマンエラーは必ず起こりうる。もちろん、それは病院もクリニックも同じであり、同時にヒヤッとした

り、ハッとしたミス、いわゆるヒヤリ・ハット事例やニアミスを報告するインシデント・レポート用紙も作成した(図3)。

事故の経過を具体的に記入し、危険度を判定し、対応策とその後の患者の反応を明記する。その情報をスタッフにオープンにし、カンファレンスにおいて全員で検討することにより、マニュアルの重要性も再認識され、事故防止への意識も高まってきた。

「院内事故防止対策マニュアル」の見直し

①マニュアル見直しの背景

最初に述べたように、当クリニックでは、年々検査の件数が増加傾向にあり、その分、医療事故の起きる可能性も増加することが考えられる。

そこで、他病院の内視鏡におけるヒヤリ・ハット事例を参考に検証し、当クリニックでも起こりうるトラブルを

中心に、現在あるマニュアルを見直し、再度作成した。

その他の項目についてもカンファレンスで話し合い、見直し、項目ごとに付け加えていった。その結果、2002年に「院内事故防止対策マニュアル」(本稿では、内視鏡検査事故について掲載)を作成することができた(図4)。

今回、このマニュアルを見直すにあたり、以下のことを点検し、取り入れながら作成した。

①利用者本位であること(マニュアルはわかりやすく、親しみやすいものにする)

②誰もが実施できる(新人からベテランまで)

③時間が短縮される(点検項目が多くともむだな時間がはぶかれる)

④精度が向上する(点検方法が同一であれば、精度は向上し平均化する)

⑤安全性が確保できる

⑥マニュアルを効果的に利用する
医学の進歩、機器の改良、社会のニ

院長	師長
提出日 年 月 日	
部署名	氏名 印
患者氏名 年齢	病名 (男・女)
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
処理を開始した時刻	年 月 日 時 分
上司に報告した時刻	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"/> きわめて高い <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	

図3 インシデント・レポート用紙

(医療法人健心会えんどうクリニック)

ーズとともに、マニュアルも変化していかなくてはならない。“人間は過ちをおかす生物である”がゆえに、マニュアルが考え出されたのであるが、作成したからといってすべてが守られるとはかぎらない。ミスがなくなると思ってはならないのである。マニュアルは作成するためではなく、実施するためにあるのだと思う。そのためには、定期的なマニュアルの見直しが必要であり、試案の作成、結果の評価、これ

を繰り返しつつ、有機的なマニュアルを練り上げていかなくてはならない。

■患者と共に認識をもつたために

また、医療スタッフのみならず、患者にもリスクについての共通の認識をもっていただき、異常の早期発見に努めることも大切である。「医療は患者のためのもの」であり、この理解と希望の落差が医療紛争を多発させ、医療事故を増加させるのだ。まさに、この落差を埋めるためにこそ、インフォー

ムド・コンセントが活用されるべきだと思う。「その危険には、医師と患者が協調して対処しましょう」という意味でのインフォームド・コンセントをとることが重要である。

それには、コミュニケーションをおした信頼関係が必要となる。患者は、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を抱くようになるといわれている。患者の話をよく聞き、気づかいを心がけ、よりよい関係を築いていかなくてはならない。

インシデント・レポートの提出件数は2000年度が7件、2001年度4件、2002年初めに1件であるが、マニュアルの見直し後の2002年8月以降はインシデント・レポートが提出されることなく経過している(2003年2月現在)。これは、導入後、看護師一人ひとりが基本を守り行動することが事故防止につながることを再確認できたからだと考える。リスクマネジメントのポイントについては、表1にまとめた。

■本来あるべき望ましい医療の姿をめざして

看護師をはじめとする医療スタッフは常に、患者の「安全」や「安楽」が最も基本的かつ重要であると考え行動をしている。したがって、「医療事故防止対策マニュアル」は、組織として、医療事故防止へ取り組む姿勢が浸透し、「本来あるべき望ましい医療の姿」につながっていくものである。そして、患者・家族はもちろんのこと、医療スタッフの安心と安全を守っていくことになると考えられる。

表1 リスクマネジメントのポイント

内視鏡検査事故

トラブル		事故防止対策
1. 患者誤認		氏名確認(その後、オリエンテーション) 患者の検査目的の確認、把握
2. 検査器具トラブル		器具の徹底した点検(送気、送水、レンズの状態など)
3. 上部消化管内視鏡によるトラブル	(1) 前処置によるトラブル	<p>検査前の十分な問診と説明 既往の把握 (心疾患、緑内障、前立腺肥大症、糖尿病) 抗血小板薬、抗凝固薬内服の有無と中止期間の確認、内服再開の説明 手術(ポリベクトミー)前 検査前 フレタール 3~4日前 ワーファリン 5日前 バファリン81mg 7日前 バナルジン 10日前 キシロカインによるショックの有無 検査前注射により起りうる症状の説明 (口渴、目のチカチカ感) 患者の不安除去</p>
	(2) 噫門部裂創出血	<p>入れ歯の確認 十分な説明を行い、嘔吐反射の誘発をおさえる 検査中の体位 飲み込み方 呼吸方法 ・検査中、声かけや身体をさすり、患者の緊張・不安を除去</p>
	(3) 生検組織の不明	<p>生検後、ただちにホルマリン瓶に入れ患者名を記載したシールを貼る ポラロイド写真も同様にただちに患者名を書きカルテに貼る</p>
	(4) 感染症のトラブル	<p>検査予約時に感染症の有無を確認 感染症患者のカルテにはっきりわかりやすく赤字で記載 検査後の十分な洗浄と消毒</p>
4. 下部消化管内視鏡によるトラブル	(1) 前処置によるトラブル	<p>ニフレック内服方法の十分な説明(高齢者、遠方から来院する患者、不安の強い患者にはクリニックで内服してもらう) ・気分不快・嘔吐などの症状が起きた場合の連絡方法を説明する</p>
	(2) 穿孔・出血	<p>無理なスコープ挿入の回避 被検者の十分な観察</p>
※ほか、上部消化管内視鏡トラブル(3)(4)同様		

検査付録

[内視鏡の洗浄法]

- ・ ブラッシングする
- ・ 洗浄器を付け、タンパク除去剤を通す
- ・ 洗浄器を付け、水を通して、タンパク除去剤を抜く
- ・ 水を抜く
- ・ ソレゾールに15~30分浸ける
(感染症患者使用後は、消毒時間に注意)
- ・ 水洗いをし、洗浄器で水を通す(洗浄・水出しとも、注射器で10回施行)
- ・ 水を抜く(しばらくぶら下げたまま水分をとる)
- ・ ソレゾールに浸ける前に、カメラ先端のエア漏れチェック
- ・ 内視鏡洗浄後、水分をきちんと拭き取る
- ・ 吸入口・注入ボタンの動きを確かめ、オイルをつける
- ・ カメラレンズのくもり止めを塗布し、きれいにする

図4 新「院内事故防止対策マニュアル」(内視鏡検査事故)

(医療法人健心会えんどうクリニック)

- ・ 管理者が事故防止に対する強い意志を全スタッフに向けて示すこと
- ・ リスクマネジメントの目的・対象範囲・活動内容をスタッフに理解しやすいかたちで明文化すること
- ・ 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
- ・ 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スタッフの理解と積極的な参加を得ること
- ・ 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
- ・ 事故防止に関する有用な情報はスタッフ全体で共有すること
- ・ 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

*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もったうえで、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といえよう。

おわりに

当クリニックでは、以前よりあった医療事故防止対策マニュアルの見直しも行った。また、クリニックパスを外来だけでなく、病棟にも取り入れようと試案中である。これらが機能することにより、さらに事故防止につながっていくことを期待している。これからも、医療事故防止委員、院内感染委員、クリニックパス委員の3部門、そして管理者である医師と協力し、よりよい医療を提供していきたいと思う。

引用・参考文献

- 1) 遠藤剛:日本医事新報、4057, p.40~46, 2002.