

第3回 安全な医療の提供

日紫喜光良

はじめに

- 医療への従事者は医師だけでなく多様
 - 看護師
 - 薬剤師
 - 臨床検査技師
 - 病院管理業務 など
- 「安全な医療」が業務の根幹
 - ↓ この講義では
- 安全な医療を実現するための基本概念を整理
- 安全との関係から、看護師等の従事者の仕事を概観
 - 医療従事者は、安全確保要員でもある

今回の講義は、主に、日本医療マネジメント学会監修、坂本すが(編)
5日間で学ぶ医療安全超入門 学研 2008年 に基づく

講義項目

- 背景
 - 人は誰でも間違える
 - 医療事故への関心の増加と国の対応
 - 組織に応じた適切なモデルの必要性
- 医療安全管理の考え方と方法
 - 個人から組織の安全管理へ
 - 医療安全管理者
 - ヒューマンファクター
 - ヒューマンエラーの種類と考えられる原因
 - フェールセーフ
 - フールプルーフ
 - エラーマネジメント
 - 事前対応(先手管理)
 - 事後対応(後手管理)

背景(1)

- 米国医学研究所(Institute of Medicine)が医療上のエラーに関する報告書「To Err is Human: Building a Safer Health System, 2000」(邦題「人は誰でも間違える—より安全な医療システムを目指して」)を発表(1999年)
 - コロラド・ユタ両州で行われた調査では、入院患者の2.9%が有害事象に遭遇し、そのうち8.8%は死に至った
 - ニューヨーク州で入院患者の3.7%が有害事象に遭遇し、そのうち13.6%が死に至った
 - 上記の調査結果を、1997年の全国入院患者3,360万人余に当てはめると、少なくとも毎年4.4万～9.8万人の国民が有害事象で死亡していることになる。

同報告書の提言

- 人は誰でも間違える。だから医療事故は必ず起こりうる。
- 重要なのは、個人を攻撃して起こってしまった誤りをとやかく言うのではなく、安全を確保できる方向にシステムを設計しなおし、将来のエラーを減らすように専心することである。

背景(2) 大学病院の患者取り違え事故

(サイドローズ社(www.sydrose.com)の
失敗知識データベースより)

- 横浜市立大学附属病院での患者取り違え事故(1999)
 - 心臓手術をおこなう患者Aと肺手術を行う患者Bを取り違えて手術。手術後、患者が違うことに気づいた

<http://www.sydrose.com/case100/index.html>

経緯(1)

- 病棟が多忙という理由で、心臓手術の患者Aと肺手術の患者Bを看護師1人で手術室に搬送
- 手術室側で引き継いだ看護師は3日前に2人の患者の顔を確認していたが、患者Aに対し「Bさん、よく眠れましたか」と声をかけ、患者Aは「はい」と答えた。そのため、患者と面識のないもう1人の手術室看護師は、患者Aを患者Bだと思い込んだ
- 患者Bに対しては、声による確認は行われなかった。
- 手術室でも、患者はそれぞれ間違った名前に対して応答していた。
- 患者Aの執刀医は、患者の髪が記憶と異なり、心臓内の血圧、心臓超音波の映像の所見も術前検査と異なっていることに疑問を感じたが、医師の1人が肋骨の形のみで判断し、患者Bを患者Aとみなした。
- 肺開胸後、執刀医は患者Aの心臓の状態が、カルテに記載された所見と異なっていることに気づいたが、手術は続行された。輸血も行われたが偶然2人の血液型は同じであった。

経緯(2)

- 手術後、集中治療室で行われた体重測定で、患者の体重がカルテのデータと大きく異なっていることがわかり、患者を取り違えているのではとの疑いを集中治療室の看護師が持った。
- 心臓手術の患者を前年まで担当していた医師により、取り違えが確認された。

教訓と対策

- 間違いが重なって重大な事故を起こす
- 多忙は、医療事故を誘発する原因になりうる
- 思い込み、コミュニケーションエラーも医療事故の原因になる
- 業務の分業化は、ミスを誘発する
- 患者の認識を信頼しすぎない
- 対策：
 - 麻酔開始時には主治医や執刀医が立会い、患者の最終確認をする
 - 手術スタッフによる術前の患者訪問
 - 患者識別バンドの装着

医療事故報道件数内訳

- 2006年：72件（看護師が関与、日本看護協会調べ）
 - 処置：20件(27.8%)
 - 与薬（注射・点滴）：14件（19.4%）
 - チューブ・カテーテル類：6件（8.3%）
 - 気管カニューレの取り違い
 - 経鼻栄養チューブから肺への栄養剤誤注入
 - 点滴チューブからの経管栄養剤の誤注入
 - 機器一般：5件（6.9%）
 - モニター類（心電図等の生体モニター、血中酸素濃度モニター）のアラーム対応
 - 人工呼吸器：4件（5.6%）

医療事故情報の収集・分析・情報提供

- 医療事故情報収集等事業(厚生労働省)
 - (財)日本医療機能評価機構
 - <http://jcqhc.or.jp/html/accident.htm>
 - 医療事故情報およびヒヤリ・ハット事例等を収集
 - 情報の分析・検討。広く公表
 - 医療安全情報
 - 情報収集経路
 - 医療事故情報の報告を義務付けられている病院(国立高度専門医療センター、国立病院、大学病院など)
 - 参加登録病院

医療安全管理

- 医療の根底
- 患者の安全、医療者の安全を確保する
- 個人の意識の問題だけでなく組織として行う
- ヒューマンファクターを考慮する

- 先手管理
 - 起こりうるインシデント・医療事故を想定し、予防策を考える
- 後手管理
 - 起きてしまった場合に被害を少なく抑え、また、事故防止対策につなげるための活動

ヒューマンファクター

- 人間科学を体系的に利用することで、システムエンジニアリングの枠内で統合して、人間とその関係を最適なものにすること(エドワーズ, 1985)
- 人間の疲労やその他の、人に起因する要因

ヒューマンファクターと医療安全管理

- 医療は元来安全行為ではなく不安全行為
 - 患者が危険に遭うリスクを伴う
- 医療提供者の意思決定と行為は、安全確保において決定的な役割を果たす
 - 外科医が間違った部位を手術しようとする可能性はないとはいえない
 - 看護師が誤った注射器を用いたり、理学療法士が施行部位を誤ることもあるだろう
 - 薬剤師が処方方を不正確に調剤することもありうる

ヒューマンエラーが起こる要因

- 人間側の要因
 - 生理的特性
 - サーカディアンリズム(体内時計)、加齢、疲労
 - 認知的特性
 - 事態の過小評価
 - 社会心理的特性
 - 間違いとわかっていると言えない
 - 依存(誰かがやってくれるだろう)
 - 自分の過ちを修正しない
- 環境要因
 - 作業環境
 - 人間関係
 - 時間的プレッシャー
 - 過剰な業務量
 - 不適切な手順書やチェックリスト
 - 操作が複雑な医療機器、整備点検されていない医療機器
 - 整理・整頓されていないナースステーション

ヒューマンファクター工学からの事故 防止システム

- フェールセーフ: 機械の故障や人間のミスが発生しても、常に安全だけは確保されるようなシステム設計
 - 列車の信号装置
 - 輸液ポンプ内のルートに気泡を感知したら、ポンプの動作を止めてアラームで知らせる
- フルプーフ: 知識や経験がない人が作業をおこなってもミスが起きにくい、あるいは起きてても大丈夫なようにシステムをつくること
 - 発生防止: 作業をなくす(排除)、作業を行いやすくする(容易化)、機械やコンピュータでおこなう(代替化)
 - 拡大防止: ミスを検知して処理する(検出)、ミスの影響を緩和する作業や緩衝物を準備しておく(影響緩和)

フールプルーフに基づく取り組みの例

• 排除

- 薬剤があらかじめ充填されたプレフィルドシリンジ
- 高濃度リドカイン(10%キシロカイン)の規格の中止
- 経腸ラインと輸液ラインでシリンジの口径の規格を変える

• 容易化

- 色分けによる整理整頓
- 手順をわかりやすく表示する
- 手順をフローチャートして貼る
- 作業環境の整備

• 代替化

- シリンジ・輸液ポンプの使用
- オーダリングと連動した点滴ラベルの使用

• 検出

- ダブルチェック
- バーコードシステムによる薬剤チェックシステム

• 影響緩和

- エマージェンシーコール体制の整備
- 低いベッド

エラーマネジメントの方法

事前の対応(先手管理)

- ハイリスク業務工程の同定
- 危険予知トレーニング(KYT)
- 物的環境の整備

- ヒヤリ・ハット事例報告書(インシデントレポート)
- カルテレビュー

事後の対応(後手管理)

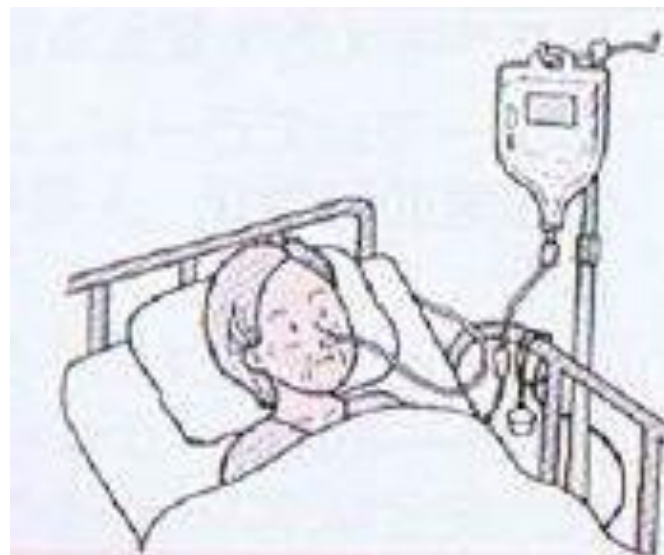
- 事故分析手法
 - SHELモデル
 - 4M-4E
 - RCA(根本原因分析)

先手管理

- 安全活動のリーダーの設置
 - 医療安全管理者
- 危険をキャッチする活動
 - ヒヤリ・ハット事例の情報収集
- チームで行うトレーニング
 - KYT(危険予知トレーニング)など
- 患者・家族からの情報

例：80歳女性、脳梗塞

- 左半身麻痺あり、嚥下障害により胃チューブ挿入、胃チューブより経腸栄養剤注入をおこなっている。(イラストを提示)
- 危険ストーリーの例
- 例(1)チューブが胃でなく気管に挿入されていて、注入により肺炎をおこす
 - 対策：注入開始前にシリンジを利用して、胃液の逆流および空気を注入して気泡音を3箇所(心窩部左右の下肺)で聴診して確認する。
 - 胃チューブの挿入されている長さを確認する
 - 注入開始後、しばらく付き添い、様子を観察する



図は日本医療マネジメント学会
監修、坂本すが(編)
5日間で学ぶ医療安全超入門
学研 2008年 より

物的環境の整備

- 例：転倒・転落防止のために
 - 離床センサー
 - 患者がベッドや車椅子から立ち上がったり起き上がったときに、ナースコールやアラーム音で看護者や家族に知らせる装置。
 - 衝撃を緩和する物品
 - 緩衝マット
 - ヒッププロテクターを患者に装着
 - 手すり類
 - ベッドから立位になるのを補助するバーなど

インシデントレポート

- 目的：繰り返しミスを生じている薬剤や業務を特定する
 - すべてのインシデントに関する情報を得ることではない
- 自発的なインシデントレポートは必ず不完全
 - 報告に要する時間や手間のため

Patrice L. Spath (著) 東京都病院協会診療情報管理委員会(監訳)
よくわかる医療安全ガイドブック (Nursing Mook 45) 学研 (2008)

インシデント報告の促進

- 直通電話によるホットラインの設置
- 守秘状態での分析
- インシデント報告に対する報酬
- インシデント分析を定期職員会議で議題として積極的にとりいれる。
- 匿名でインシデントの報告ができるしくみづくり。

事故事例から学ぶ

- ヒヤリ・ハット事例データベース
 - (財)日本医療機能評価機構
 - <http://www2.hiyari-hatto.jp/hiyarihatto/>
 - 380件

カルテレビュー

- カルテを精査し、記載内容を評価すること
 - 診療記録調査、カルテ調査、チャートレビュー
- 記録の適性、診断やケアのプロセスの適性、予期せぬアウトカムの発生、を評価

後手管理

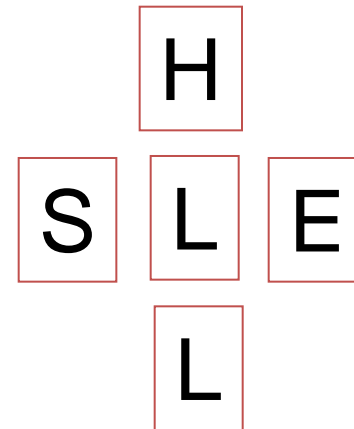
- 被害拡大の阻止
- 上司への迅速な報告
- 事故の原因分析と対策づくり
- 患者・家族への対応
- 職員へのフォロー

事故分析手法

- 目的:原因追求
 - 責任追及ではない
- 正確な情報収集と事実確認が前提
- モレがないようにする

SHELモデル

- ヒューマンファクター工学的に事故を分析するための説明モデル(エドワーズ、1972)
- S(ソフトウェア), H(ハードウェア), E(環境), L(Liveware, 人間)の4つの要素
- のちL(当事者)が追加された。
- 医療システムでは、S=マニュアルや慣習, H=医療機器や病院の設備, E=職場の物理的環境や労働環境, L=他人, L=事故にかかわった本人



4M-4E

	Man (人間)	Machine (物・機械)	Media (環境)	Management (管理)
要因(4M)	4つのMの視点から具体的要因を考える			
Education (教育)				
Engineering (技術・工学)	各要因について、 4つのEの視点から対策を考える			
Enforcement (強化・徹底)				
Example (模 範・事例)				

対策
(4E)

RCA (根本原因分析)

- Root Cause Analysis: 不具合や事故が発生した後に、事故からたどって、その背後に潜む原因を探る方法
- 目的
 - 事故の経緯(時系列)を明らかにして
 - 根本原因を探し
 - 再発防止策を立案
- 実施に際しては、医師、看護師、薬剤師、臨床工学技師、事務職員など、さまざまな職種の視点から事例を検討する

参考文献

- 日本医療マネジメント学会(監修)坂本すが(責任編集) 5日間で学ぶ医療安全超入門 学研 (2008)
- Patrice L. Spath (著) 東京都病院協会診療情報管理委員会(監訳) よくわかる医療安全ガイドブック (Nursing Mook 45) 学研 (2008)
- 順天堂大学医学部附属順天堂医院看護部(編著) 医療安全チェックノート メヂカルフレンド (2004)