

医療安全全国フォーラム2013

— 9つの安全目標を実現しましょう —

主 催： 一般社団法人医療安全全国共同行動

日 時： 2013年11月22日（金）13 - 16時

会 場： イイノホール（東京都千代田区内幸町2丁目1-1）

後 援： 厚生労働省 全国知事会

プログラム（敬称略）

■ 開会の辞

高久史磨（一般社団法人医療安全全国共同行動議長／医療の質・安全学会理事長）

■ 講演「医療安全に関する厚労省の政策と今後の展望」

大坪寛子（厚生労働省医療安全推進室室長）

■ 患者さんの安全をまもる診療所の取り組み

[1] 「日本医師会医療安全対策委員会の取り組み」

北原光夫（日本医師会医療安全対策委員会委員長／農林中央金庫健康管理室長）

[2] 「医科診療所における安全対策の現状と課題」

水谷匡宏（日本医師会医療安全対策委員会委員／北海道医師会常任理事）

[3] 「日本歯科医師会歯科医療安全対策委員会の取り組み」

溝渕健一（日本歯科医師会歯科医療安全対策委員会委員長／京都府歯科医師会副会長）

[4] 「歯科診療所における感染予防対策」

片山繁樹（日本歯科医師会歯科医療安全対策委員会委員／神奈川県歯科医師会理事）

[5] 総合討論

司会：高杉敬久（日本医師会常任理事）、瀬古口精良（日本歯科医師会常務理事）

■ 病院の現場から—いま病院の医療安全に求められていること—

[1] 「より安全なシステムづくりとリーダーシップ」

岩瀬三紀（トヨタ記念病院院長、医師）

[2] 「医療安全管理者の役割について」

寺山美華（自治医科大学附属病院医療安全対策部専従医療安全管理者、看護師）

[3] 「部門・職能連携による組織的な取り組み」

中村浩規（東北公済病院医薬品安全管理責任者、薬剤師）

本間 崇（医療法人社団善仁会本部医療安全推進部、臨床工学技士）

■ 薬局が取り組む医療安全

舟根一恵（株式会社 旭薬調剤センター医療安全情報対策室）

■ WHOが推奨する手術安全指針を実践しよう

西脇公俊（日本麻酔科学会常務理事）

■ 医療安全全国共同行動“いのちをまもるパートナーズ”に参加して 9つの目標を実現しましょう

上原鳴夫（一般社団法人 医療安全全国共同行動 専務理事）

小泉俊三（一般社団法人 医療安全全国共同行動 企画委員会委員長）

河野龍太郎（一般社団法人 医療安全全国共同行動 ネットフォーラム運営部会部会長）

■ 閉会の辞

洪 愛子（日本看護協会常任理事）



開会の辞

高久史麿（たかく ふみまる）

一般社団法人医療安全全国共同行動議長／医療の質・安全学会理事長

司会：定刻になりましたので「医療安全全国フォーラム2013—9つの安全目標を実現しましょう—」を開会いたします。私は、本日の進行役を務めます医療安全全国共同行動の目標8 患者・市民の医療参加を担当しております松浦知子と申します。よろしくお願いいたします。開会の辞といたしまして、高久史麿 一般社団法人医療安全全国共同議長／医療の質・安全学会理事長よりごあいさつ申し上げます。

高久：皆さんこんにちは。医療安全全国共同行動の議長を務めています高久です。本日の「医療安全全国フォーラム2013」は、医療安全全国共同行動が一般法人化して最初の全国フォーラムとなります。全国からお集まりいただきまして、ありがとうございます。

午前中に医療安全全国共同行動の連絡会議がありましたが、約20の団体の方々からそれぞれの取り組みについて、簡単にご報告をいただきました。本日、午後のフォーラムでは、さらに詳しい内容のご報告があるものと期待しています。

医療安全全国共同行動とは、医療界全体が一緒になって共同して行動するという、まさしく名前のとおりの運動であります。こうした行動は、医療安全全国共同行動以外には見られないのではないかと、午前中の連絡会議に参加して改めて感じました。そういう意味では、非常にユニークな、そして先導的な行動であると思っています。

本日は、厚生労働省から医療安全推進室室長の大坪寛子先生にもお話をいただきますし、いろいろな分野の方々の詳しい取り組みについて聞かせていただけるもの期待しています。簡単ではありますが、開会のごあいさつとさせていただきます。どうもありがとうございました。

講演

医療安全に関する厚労省の政策と今後の展望



大坪寛子（おおつぼ ひろこ）

厚生労働省医療安全推進室室長

司会：それでは最初の講演として「医療安全に関する厚労省の政策と今後の展望」。大坪寛子 厚生労働省医療安全推進室室長をお願いいたします。

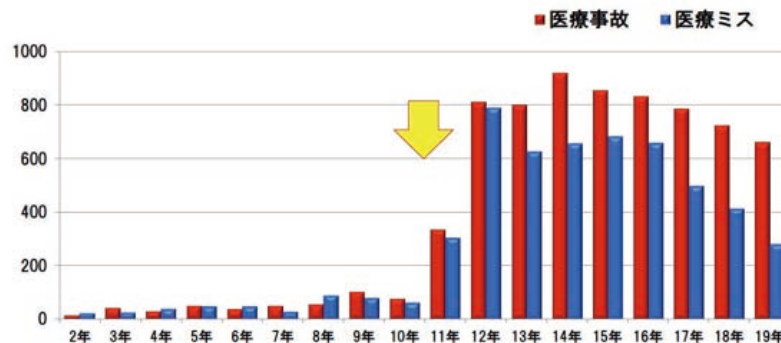
大坪：皆さまこんにちは。厚生労働省医療安全推進室室長をしております大坪寛子と申します。講演に先立ちまして、ひとことごあいさつをさせていただきます。本日のフォーラム開催に際しましては、議長の高久史磨先生、またフォーラムの開催にご尽力された先生方、そしてここにお集まりの先生方におかれましては、日頃から医療安全への高い意識をおもちでいらっしやいまして、ご尽力ご協力、またご指導をいただいておりますことに深く敬意を表しますとともに御礼を申し上げます。

本日は高久先生から、医療安全に関して、これまで厚生労働省が取り組んできた政策および今後の展望についてお話しするようにとご指示をちょうだいしておりますので、資料をいくつかもってきております。厚生労働省の取り組みについては、皆さまも十分ご存じのことと存じますが、改めてご紹介させていただきます。

厚生労働省のこれまでの取り組み

最初に示しますスライド。最高裁判所のホームページにもでておりますのでご存じの方も多いと思いますが、1999年（平成11年）に起きた大きな医療機関での医療事故で、医療に関する信頼性が大きく損なわれたといえますか、報道がとて増えたことは記憶に新しいと思います。これを受けまして、厚生労働省でこういった取り組みをしてきたかを改めてお示いたしますと、私が今おります医療安全推進室。こちらは2001年（平成13年）。いまから12年前に医政局総務課のなかに新たに設置をされました新しい部屋でございます。

▼「医療事故」及び「医療ミス」の報道件数の年次推移



出典：最高裁判所ホームページ「裁判の迅速化に係る検証に関する報告書」（第5回迅速化検証結果）

その部屋で会議をもちまして、翌年2002年（平成14年）に対策書・報告書がとりまとめられまして、それを受けてこれまで10年間、さまざまな政策を位置づけてきたというところです。

医療法の施行規則・法律の下には政令と省令とがございますが、2002年（平成14年）10月にはその省令の施行規則のなかで、特定機能病院・臨床研修病院・一般病院・有床診療所までに、医療安全の管理体制をとることが義務づけられました。また翌年2003年（平成15年）4月には、同じく省令ですが、特定機能病院等に医療安全管理者・部門・患者相談窓口の配置をお願いしたということでございます。その年、坂口厚生労働大臣が「医療事故対策緊急アピール」を発表されまして、厚生労働省医政局の政策のなかでも、医療安全というものが非常に重要な課題のひとつであることをアピールした年でもあります。

2004年（平成16年）10月。これも同じく省令でございますが、現在、日本医療機能評価機構にやってもらっております医療事故等情報収集事業がスタートいたしました。こちらは特定機能病院・ナショナルセンター・国立大学病院等、272の医療機関が対象となっておりますが、一定の範囲以上の医療事故について報告の義務をお願いしております。

またその翌年、2005年（平成17年）の9月。議長の高久先生が代表理事を務めていらっしゃいます日本医療安全調査機構で、診療行為に関連した死亡の調査分析のためのモデル事業が始まりました。

2006年（平成18年）に医療法の改正がございました。ご存じのとおり、医療法は施設基準的な色彩の強い法律でございましたが、この第5次改正におきまして、医療安全という項目が新たににつくられ、法律のなかに位置づけられました。

施行は（平成19年）4月からでして、これまで有床診療所までだった医療安全管理体制の整備が、無床診療所・助産所などすべての医療機関に対して広げられたという年でございます。加えて、都道府県に医療安全支援センターの窓口設置の努力義務をお願いしました。現在すべての都道府県において、2次医療圏をふくめると350カ所ほど設置されておりまして、年間4万件ほどの相談を受けていただいております。

医療事故情報報告システム

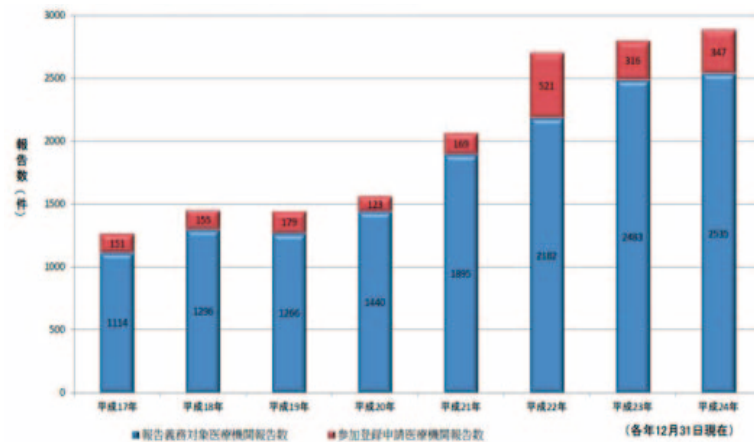
今日はそのなかから、特定機能病院等の医療事故収集事業の現在の状況とモデル事業について簡単に紹介させていただきます。こちらが先に申し上げた日本医療機能評価機構に登録分析機関となっており、情報収集をしているものです。



特定機能病院・国立ハンセン病療養所、大学病院、国立高度専門医療研究センター（ナショナルセンター）等、272の医療機関に義務がかかっており、それ以外にも600以上の医療機関から任意の参加をいただいております。この報告件数については、2005年（平成17年）から年報ができておりまして、ホームページなどでもご覧になれます。

年々報告件数が増えておりますが、これは必ずしも事故が増えているというわけではなく、医療事故情報収集に関してきちんと周知がなされ、皆さまの意識が高くなっているものと役所のほうではとらえております。義務がかかっている医療機関からの報告件数が青、赤は任意参加の医療機関の数を示しています。

▼ 医療事故事例報告数の推移



出典：医療事故情報収集等事業 平成17～23年 年報および 第29～32回報告書（公益財団法人日本医療機能評価機構医療事故防止事業部）

日本医療機能評価機構からは、こうした報告が年に1回の年報と四半期に1回の報告、およびマンスリーレポートによって伝えられてきます。マンスリーレポートでは、毎月、特に気になることで、皆さまに周知したほうがいい事案について報告がなされ、精力的に注意喚起をさせていただいております。

▼ 医療安全情報のマンスリーレポート



本日はもっとも直近の今月号84号をもってまいりました。院外処方でプレドニゾロンの量が27mgと処方されていることが薬剤師さんに十分に伝えられなかったために薬が過剰投与されたケースがあり、こうしたよく起こりそうな処方ミスや事案に注意しましょうといった情報提供がなされていて、大変役にたっているというお声をたくさんいただいております。



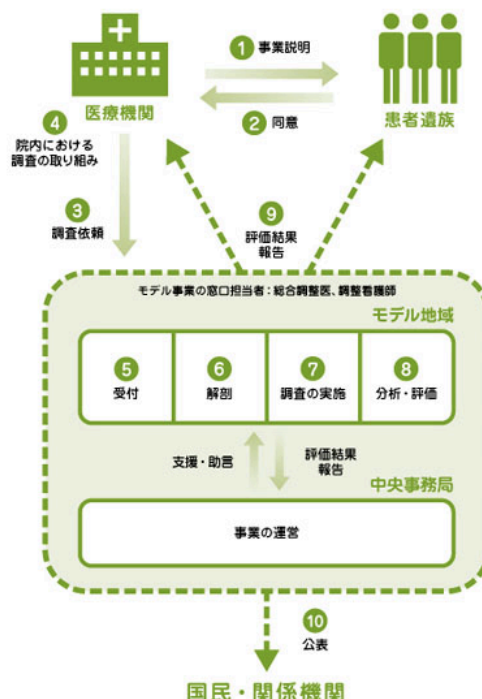
日本医療安全調査機構の事業

一方、こちらは日本医療安全調査機構でおこなっている診療行為に関連した死亡についての原因究明のための組織でございます。2005年（平成17年）の9月からスタートいたしましたが、そもそもは内科学会が主体となって始まったものでした。現在、その事業は安全調査機構にひきつがれています。このモデル事業はまだ全国ではございまして、現在のところ北海道・大阪府・宮城県・兵庫県・茨城県・岡山県・東京都・福岡県・新潟県・佐賀県・愛知県の計11地域でおこなわれています。

調査分析の流れは、パンフレットなどでもご存じと思いますが、医療機関でお亡くなりになった場合、ご遺族にこういうモデル事業がありますよとご説明したうえで、ご遺族から「第三者にその死因を解明してほしい」「調査をしてほしい」という同意が得られた場合に、医療機関からこのモデル事業をおこなっている安全調査機構に申請がなされ、調査の結果がご遺族と医療機関にもどるといいます。

モデル事業では、死亡の原因について調査をおこない、診療行為との関連性を評価し、評価結果報告書を作成。医療機関および遺族に対して報告書を渡し、結果について説明します。これまでの事業実施状況といたしましては、平成17年度～21年度（105件）・平成22年度（33件）・平成23年度（26件）・平成24年度（32件）。受付件数の総数は210例とうかがっております。（平成25年11月現在）

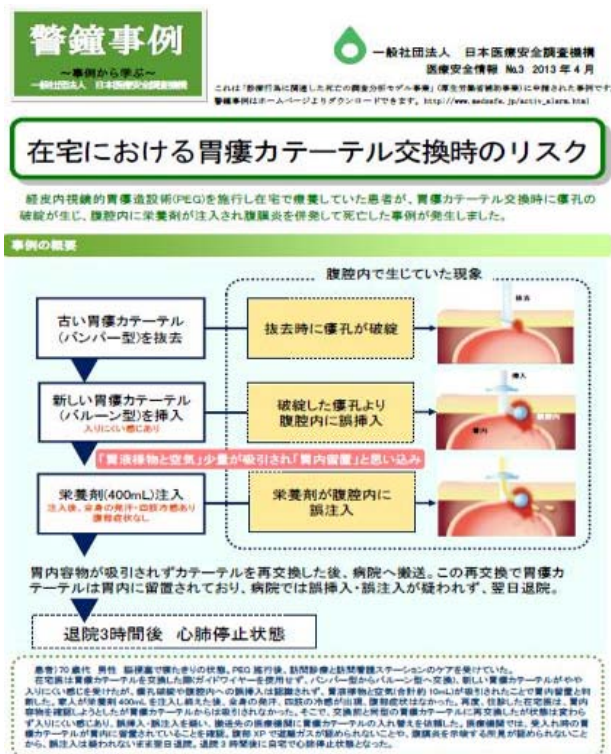
▼ 調査分析モデル事業のシステム





ここでもやはり、個人に情報を返すだけでなく、広く世の中にフィードバックができないかということで、先ほどの日本医療機能評価機構がしているもののように必ず定時でというわけではありませんが、注意喚起をしたほうがいいものに関しましては、以下のようなかたちで警鐘事例を報告しています。こちらは今年の4月のものがございます。

▼ 医療安全情報の提供



医療事故の調査制度の創設に向けた動向

特にいま医療事故調の話題がいろいろなところで報道されておりますので、厚生労働省の今後の展望とその進捗状況についてご報告したいと思います。

医療事故の調査機構創設については、すでに15年ほど前からいろいろなかたちで検討がなされてきています。1999年(平成11年)の医療報道などを受けまして、まず日本外科学会から2001年(平成13年)に、司法の捜査ではない中立的な第三者機関が必要ではないかという声明をいただいております。2004年(平成16年)には日本医学会からも同じように、中立的な第三者機関がもっとものぞましいというご意見をいただきました。それを受けまして、2005年(平成17年)に内科学会を主体とした38学会によるモデル事業がスタートしているわけで



すが、役所のほうでは何をしていたかといいますと、そういった組織をどのようにつくったらいいかという検討を2007年（平成19年）に始めております。5年前の2008年（平成20年）に、一度法案になりかけた試案がございました。

これは「医療安全調査委員会設置法案（仮称）大綱案」として、2008年（平成20年）に発表されまして、医療界のなかでは賛否がいろいろございましたなかで成案には至っておりません。2009年（平成21年）に政権交代がありました関係もあり、この案をもう一度根本から見直しましょうということで、民主党政権下において、2011年（平成23年）以降、医療事故をどのように扱うかといった検討がなされました。今件は消費者庁の扱う事案から外すべきではないかという意見があり、であれば厚生労働省で何ができるのかといった議論を重ね、同年8月にまずは、医療の質の向上に資する無過失補償制度等のあり方に関する検討会を立ち上げ、2012年（平成24年）2月に、医療事故の調査のしくみに関する検討会を設置いたしました。

▼ 医療事故調査 検討部会のスケジュール

第1回 平成24年2月15日

- ・ 今後の検討方針の確認、診療行為に関連した死亡の調査分析モデル事業のヒアリング 等

第2回 平成24年3月29日

- ・ 関係団体からのヒアリング

第3回 平成24年4月27日

- ・ 構成員からのヒアリング

第4回 平成24年6月14日

- ・ 調査を行う目的、対象や範囲、組織について

第5回 平成24年7月26日

- ・ 調査を行う組織、調査結果の取扱いについて

第6回 平成24年8月30日

- ・ 調査の実務、医療安全支援センターとの関係について

第7回 平成24年9月28日

- ・ 診療行為に関連した死亡の調査分析モデル事業の実務についてヒアリング、調査に必要な費用負担について

第8回 平成24年10月26日

- ・ 捜査機関との関係について

第9回 平成24年12月14日

- ・ 消費者安全調査委員会について消費者庁からのヒアリング
- ・ 再発防止のあり方について

第10回 平成25年2月7日

- ・ 関係団体等からのヒアリング

第11回 平成25年3月22日

・再発防止のあり方について、医療事故に係る調査の仕組み等に関する基本的なあり方と論点

第12回 平成25年4月18日

・骨子案

第13回 平成25年5月29日

・骨子案

事故調査委員会の検討会には、こちらの席にもいらっしゃる先生方にも多く参加いただいておりますが、2012年（平成24年）の3月から今年の5月まで実に13回。医療関係者のみならず、法曹界や被害者の会の代表者の方々など、さまざまな立場の方々のいろいろな視点から議論をいただきました。5月にその骨子案をとりまとめまして、先日11月8日の社会保障審議会医療部会のなかで再度図り、概ねご了解をいただいたというのが現状でございます。

▼ 医療事故調査の趣旨・主な検討事項

1 趣旨

「医療の質の向上に資する無過失補償制度等のあり方に関する検討会」の検討課題の一つである医療事故の原因究明及び再発防止の仕組み等のあり方について幅広く検討を行う。

2 主な検討項目

- 1) 医療事故に係る調査の仕組みのあり方
- 2) 再発防止のための仕組みのあり方
- 3) その他

3 構成員（○座長 五十音順 敬称略）

有賀徹 昭和大学病院 院長

鮎澤純子 九州大学大学院医学研究院医療経営・管理学講座 准教授

飯田修平 練馬総合病院 院長

岩井宜子 専修大学 名誉教授

加藤良夫 南山大学大学院法務研究科 教授／弁護士

里見進 東北大学 総長

高杉敬久 日本医師会 常任理事

豊田郁子 医療事故被害者・遺族／新葛飾病院セーフティマネージャー

中澤堅次 独立行政法人労働者健康福祉機構 秋田労災病院 第二内科部長

樋口範雄 東京大学大学院法学政治学研究科 教授

本田麻由美 読売新聞東京本社 編集局社会保障部 記者

松月みどり 日本看護協会 常任理事

宮澤 潤 宮澤潤法律事務所 弁護士

山口育子 NPO法人ささえあい医療人権センターCOML 理事長

山口 徹 国家公務員共済組合連合会虎の門病院 院長

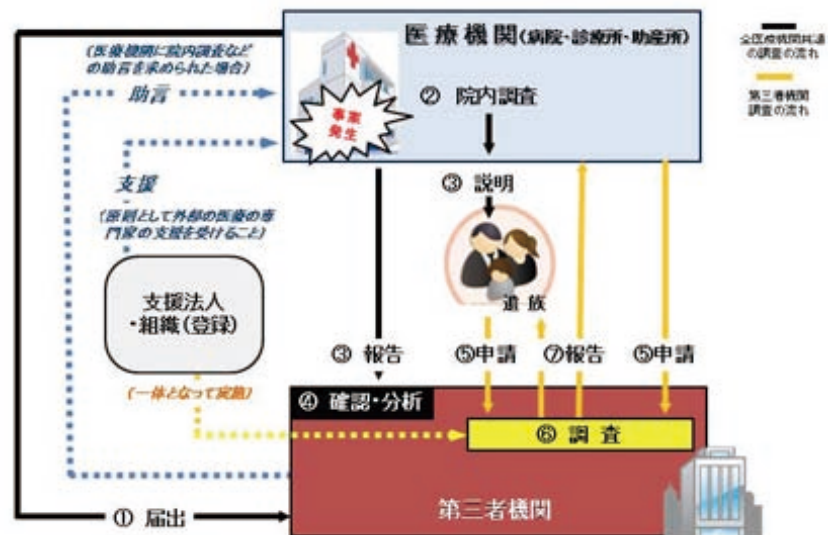
○山本和彦 一橋大学大学院法学研究科 教授

医療事故調査のしくみのあり方に関する検討会骨子

5月のとりまとめの簡単な骨子案をご紹介しますと、5年前の設置法案のときとはずいぶん景色が異なります。今回の目的は原因究明と再発防止。これに限るということです。対象症例は同じですが、調査の流れとしては、まず院内調査をすみやかに動かしましようというところに基軸を戻しております。従いまして第三者機関から行政機関への報告は、警察・厚生労働省もふくめて、どこにもなされないということに合意されました。

そのうえで院内調査をしっかりおこないますから、それで終わりにしてくださいということになっては、やはり中立性に欠けるのではないのかという構成員（患者さまの代表等）からご意見もありました。そこで、その院内調査の結果をふまえて、第三者機関への調査申請があった場合には受けられるという体制をつくっております。ただし、繰り返しになりますが、これはあくまでも医療事故の再発防止のためであって、個人の過失認定を問うものではないということは、議論のなかで再三検討されまして、報告書にもそのように記載されております。そのときの資料、5月の資料のポンチ絵がこちらでございます。

▼ 医療事故調査制度における調査制度のしくみ



たいへんシンプルなものですが、要するに、調査の基軸を医療機関に戻しましょうということになっております。黒枠の部分は初動になるわけですが、ある事案が医療機関で発生した場合には院内調査をしていただきます。そして第三者機関、これはあくまで民間でございまして、行政とはまったく切り離されているものです。こちらに届け出をしたうえで院内調査をしていただくと。その結果は、患者さま、また第三者機関にご報告をいただくという流れになっております。ただ、今回の制度は診

療所や助産所ふくめてのこととなりますので、ご自分の病院だけでは対応できないところもたくさんあるかと思います。また、できたとしても第三者的な視点として外部の専門家を入れるべきではないかというご意見もあり、基本的には外部の支援を求めることとしております。

そのうえで説明がなされ、第三者機関にさらに調査を求める場合、それは医療機関側からの場合もあるでしょうし、ご遺族からもあるかと思いますが、そのために第二段階の制度をつくりましょうという流れに現在なっております。こうしたことをふまえて、先日11月8日、第35回社保審医療部会で使いました資料もってまいりました。法律に位置づける際、どのようなかたちになるかを意識して、このような資料をご提出し、ご了解をいただいたものでございます。

▼ 医療事故調査制度に係わるしくみについて

医療の安全性を確保するため以下の仕組み等を医療法へ位置付ける。

- ①医療事故が発生した医療機関(病院、診療所又は助産所)において院内調査を行う
- ②その調査報告を民間の第三者機関が集積・分析することで再発防止につなげる。

【対象】

行った医療又は管理に起因し、又は起因すると疑われる死亡又は死産（その死亡又は死産を予期しなかったものに限る。）

【院内調査】

対象事案が発生した場合、医療機関は次の措置を講じる。

- ①医療機関は、遺族に説明し、第三者機関（後述）に届け出る。
- ②医療機関は、速やかに必要な調査を行う。その際、都道府県医師会、医療関係団体、大学病院、学術団体等の外部の医療の専門家に必要な協力を求める。
- ③医療機関は、調査結果を遺族に説明するとともに第三者機関へ報告する。

（平成25年11月8日 第35回社保審医療部会資料）

医療事故にかかわる調査のしくみ

医療の安全性を確保するため、このようなしくみを医療法に位置づけるために考えられる法律事項は2点あります。ひとつは、医療事故が発生した場合、医療機関（病院・診療所または助産



所)において院内調査をおこなうこと。これはこれまでも普通にされてきた機関はたくさんあると思いますが、きちんとやっていますよというだけで医療の信頼性が増すわけではありませんので、それを法律に位置づけるということ。そしてもうひとつは、その調査報告を民間の第三者機関によって集積・分析することで再発防止につなげていくと。その第三者機関を法律に位置づけるという2点でございます。

対象事案は、これまで同様、おこなった医療または管理に起因し、または起因すると疑われる死亡または死産（その死亡または死産を予期しなかったものに限る）とし、現在、医療事故情報収集事業でやっております範囲と同じでございますが、そのなかでも特に死亡症例だけにまずは限定してスタートしましょうということでご合意をいただいています。

法律事案の2つのうちの院内調査で重要なことは、以下の3点かと思えます。まずこうした事案が発生した場合、あたりまえのことではございますが、医療機関はご遺族に説明をしていただき、第三者機関に届ける。そのうえですみやかに調査をおこない、その際、都道府県医師会・医療関係団体・大学病院・学術団体等、外部の医療専門家に必要な協力を求めていると。その調査結果は、ご遺族にバックするとともに第三者機関にも報告する。この3点でございます。

次に第三者機関とは何なのか。これは仮称でございますが、医療事故調査・支援センターというものをつくりましょうと。ここが何をするとところかという、医療事故の調査および医療機関への支援をおこなうことで、医療の安全確保に資することを目的として、以下の5つの業務を適切におこなうことができる民間法人であることとしております。

▼ 第三者機関に求められる業務

- ①院内調査の際の医療機関からの求めに応じて行う助言
- ②医療機関が行った院内調査の結果の報告に係る確認・検証・分析
- ③遺族又は医療機関からの求めに応じて行う事故調査等に係る調査・報告
- ④医療事故の再発防止に係る普及啓発
- ⑤外部の医療の専門家や医療機関において事故調査等に携わる者への研修 等



これら5つのタスクはすべて、検討会でご意見いただいたもの、そのままでございます。ただし、この3番目でございます第三者機関がおこなう調査につきましては、繰り返しになりますが、まずは院内調査をしていただいたうえで、状況や結果に納得が得られなかった際に、ご遺族または医療機関から申請をおこなうこととしております。またこれらの調査に関しましても、第三者機関は、都道府県医師会・医療関係団体・大学病院・学術団体等、外部の医療専門家の支援を受けたり、委託することでおこなうというしくみになっております。

第三者機関は民間の支援センターですから権限をもっておりません。検討会のなかで患者さまの代表から多くいただいたご意見には、一般からの要請に協力をいただけないこともあるのではないかとといった懸念の声が多くありました。しかしそれに対して、医療界の専門家からは「そんなことはありませんよ」というお話とともに「もしそういう医療機関があれば、その旨を公表することがいちばんの社会的ペナルティになるのではないか」という提言もいただきましたので、その旨を医療部会でもお諮りしたところでございます。

いま現在進んでおります事故調の展望といたしましては、ここまでのところでございまして、今後については、来年、早くて来年の通常国会にこのような法律案が医療法のなかの一部として、法案を提出できるようにいま役所のなかで準備を進めているところでございます。ということ、本日はご報告とさせていただきますと思います。

先に高久議長からも「医療の安全対策を講じるに際して、これほどさまざまな職種が入っている会議は、医療安全全国共同行動しかありません」というお話がありましたが、医療の安全対策とはまさに、医療者の職種を越えた連携、また医療を受ける患者さまの側のご協力・ご理解も必要だと常々実感しております。そうした医療の、通常おこなっていることが見える体制、実行性のある体制を、先生方、皆さまのご意見をいただきながら、これからもつくってまいりたいと思っております。以上でございます。ありがとうございました。

発表

患者さんの安全をまもる診療所の取り組み

[1] 日本医師会医療安全対策委員会の取り組み



北原光夫（きたはら みつお）

日本医師会医療安全対策委員会委員長／農林中央金庫健康管理室長

司会：つづきまして「患者さんの安全をまもる診療所の取り組み」について進めてまいります。この時間の司会は、一般社団法人医療安全全国共同行動理事・日本医師会常任理事の高杉敬久先生、医療安全全国共同行動理事・日本歯科医師会常務理事の瀬古口精良先生をお願いいたしております。

高杉：皆さんこんにちは。日本医師会の高杉でございます。

瀬古口：私、歯科医師会の瀬古口でございます。

高杉：これからの1時間ほどで、現在の診療所の取り組みについて考えていきたいと思えます。すでに各病院でいろいろと医療安全に取り組まれておりますが、医療安全管理体制の整備が義務化されて、具体的にどんな取り組みをしているのだろうと。日本医師会では、これを見える化しようということでもいろいろと試みました。同じように歯科医師会もいろいろと試みております。そのなかで、本日は「日本医師会医療安全対策委員会の取り組み」と題して、委員長の北原光夫先生に皮切りのスピーチをお願いいたします。略歴は省略させていただきますけれども、現在、農林中央金庫健康管理室長。慶應義塾大学医学部をご卒業後、国内外のさまざまな大学・医療機関を経て、慶応義塾大学病院の執行役員まで務められました。北原先生よろしくお願いします。

これまでの医療安全対策委員会の答申について

北原：皆さんこんにちは。ただいまご紹介いただきました日本医師会医療安全対策委員会委員長の委員長を務めさせていただいております北原でございます。限られた時間でございます

ので、今回は4枚のパワーポイントを使いまして、当委員会がおこなってまいりましたこれまでの実績と今後どのように発展していくのがよろしいかという私の試案もふくめまして、ここで話してまいりたいと思います。最初にお示ししますのは、日本医師会の医療対策委員会が発足して以来、医師会長へ答申をしたタイトルでございます。

▼ これまでの医療安全対策委員会の答申（平成10～24年）

- 成果が見える医療安全を目指して（進行中）
- 医療安全の推進と新しい展開について…平成24年3月
- 医療事故削減戦略システム…平成21年10月
 - ▶▶▶ **医療安全全国共同行動**…平成20年8月
- 医療従事者のための医療安全対策マニュアル…平成19年10月
- 安心・安全な医療提供を実践するための方策について
一患者の安全確保に向けた自律的な取り組み一……平成18年2月
- 医療安全推進のために医師会が果たすべき役割について
一患者の安全確保に向けた自律的な取り組み一……平成15年11月
- 患者の安全を確保するための諸対策について……平成13年8月
- 医療におけるリスク・マネジメントについて……平成10年3月

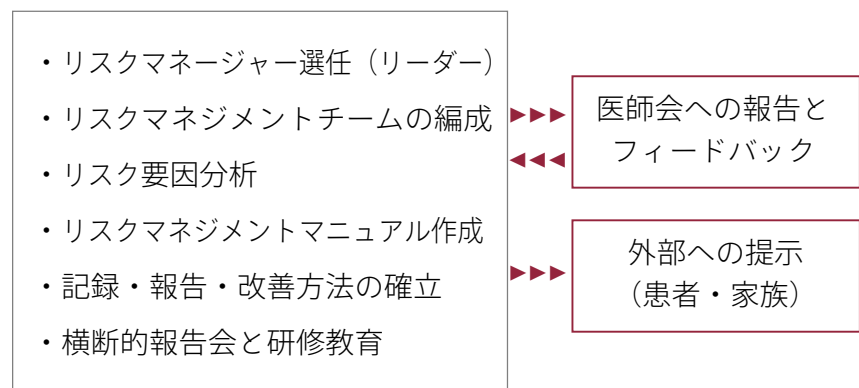
1998年（平成10年）よりおよそ1年おきに、委員会の答申を日本医師会長に提出してきました。この委員会には、全国の医師会から約10名の委員が参加されています。それに加えて、平成20年以降の委員会の報告書は、医療安全全国共同行動に呼応するよう、より具体的に報告されるようになってきております。これら答申の内容としましては、日本医師会の横倉現会長、それから前会長、前々会長がかねてより、目に見える医療安全について諮問されておりまして、それに沿ったかたちでこういった答申がおこなわれているわけであります。

2009年（平成21年）10月に答申した『医療事故削減戦略システム』では、レントゲンの誤診をどのように避けるか、あるいは誤投薬をどのように防ぐかとかいったことを扱ってまいりました。平成24年の『医療安全の新しい推進と展開について』、また現在進行中の『成果が見える医療安全を目指して』では、委員が所属する医師会から提案された採血事故に対する予防法や感染予防、あるいはインシデントリポートのおこない方など、さらに実践的な面をふくんでおります。



診療所のリスクマネジメント導入について

平成19年の医療法改正に伴い、診療所でも医療安全をおこなうことが推進されておりますが、実際のところなかなか進行していないのが現状であります。そうした状況をふまえて、我々が委員会で検討してきたものをまとめたものが、下記「診療所のリスクマネジメント導入」です。医師はその診療所の責任者でありますけれども、必ずしもリスクマネジメントのリーダーである必要はないと思います。診療所においても、リスクマネージャーの選任をおこなっていただきたいと思います。



現在はチーム医療というかたちで医療がおこなわれておりますけれども、リスクマネジメントもチームでやっていただくことでよい知恵も浮かぶでしょうし、楽しさも出てくるのではないかと思います。それから各診療所のリスク要因の分析。何かがその診療所で安全のためにできるのかというところを見きわめていただくことも大事な点だと思っております。

また、ぜひリスクマネジメントのマニュアルもつくっていただきたい。最初から大上段にふりかぶって厚いものをつくるのではなく、自分たちの施設に適ったものを着実につくって積み重ねていっていただく方式のほうが実践的でしょう。そして必ず記録・報告し、それに基づいた改善方法をディスカッションして記録に残しておく習慣をつけていただきたい。こうした成果を医師会の発表会などで横断的に報告していただき、研修教育等に参加することで自分の経験をお見せになって、さらに医療安全の理解を深めるということができると思います。

ここで重要なのは医師会の役割でありまして、診療所であっても、状況を分析しそれを報告してフィードバックしていくためには、やはり医師会のパワーとバックアップが必要となります。医師会と一緒に歩む意味はここにあります。それから先ほど大坪先生の講演でも、事故の問題で家族との接触について

触れられましたが、やはりそこで大事なものは、診療所で医療安全をやっていることを皆さんにお示しすることかと思います。

医療安全推進と能力の向上

こうしたリスクマネジメントを導入していきますと、いろいろな良い点が浮かんできます。たとえば、医師・看護師・技師との間で問題を共有し、あるいは患者さんにもそういった説明をしていくことによってコミュニケーション能力がたいへん向上していき、より院内の連携が強くなるはずです。

- | | | |
|----------------------|-----|-----------------|
| 1. 各職種間での問題共有 | } | ▶▶▶ コミュニケーション能力 |
| 2. 医療安全への患者参加 | | |
| 3. 症例を通しての学習 | ▶▶▶ | 原因究明的考察 |
| 4. 報告システムの作成 | ▶▶▶ | 客観的分析 |
| 5. 医療安全教育に携わる | ▶▶▶ | 自分自身の向上 |
| ▶▶▶ 診療所の安全に対するレベルの向上 | | |

また、症例を通じての学習をおこなっていただきたい。これは原因究明の考察であって、個人の責任を追及するというよりも、安全が破綻したときに、どこに問題があるかを見きわめ、つきとめていただくためのものです。このことでシステムの改善をおこなうところに着目していただきたいと思います。

4の報告システムの作成。これは客観的に分析のできる報告システムをつくっていくということ。ただ散文的に書いておくのではなく、数値で判断できるようなシステムを最初につくりあげて、きちんと目に見えるかたち、数に表せるかたちにしていくことを前提につくっていただくとよろしいでしょう。さらにこれらを人に指導することで、自分自身の医療安全に対する態度がより研ぎ澄まされていくのではないかと思います。

診療所における医療安全の推進

この医療安全に対しては、診療所ではまだまだ問題点が多いのが現状で、最終的にちょっとお願いというかたちになりますが、やはり日本医師会あるいは地区医師会から、医療安全をつづけ

ていくという強力なメッセージを出していただかなければならないと思います。

全国レベルでの展開

日本医師会・地区医師会からのメッセージ
医療安全全国共同行動への参加
医師・看護師・薬剤師・検査技師をふくむ発信グループ編成・データ解析・フィードバック方法の確立

各施設での展開

医療安全チームの設立
記録・報告・改善方法の確立
地区医師会との連携

▶▶▶ 診療所の安全に対するレベルの向上

我々の委員会では、2年間にわたっていろいろなディスカッションしてまいりましたが、その内容を、各地で継続していく必要が出てきております。また、委員会に参画していない医師会の方々にも参画していただくことが重要になりましょう。医療安全全国共同行動へ参加することで、さらに医療安全に対する考えをリフレッシュしていただきたいと思います。医療安全を発信するグループを医師会で編成します。各診療所から出されたデータの解析・フィードバックをきちんとおこなえるような組織も必要です。それが第三者的な組織がよいのかどうかというのは、これからの問題になるかと思います。

最後に、もう一度繰り返しになりますが、各診療所において医療安全チームの設立、記録・報告を基にした改善方法の確立、そして医師会との連携をもって、それをさらに継続・改善していくことになれば医療安全は確立されます。皆さんの診療所でも、さらに積極的な活動を進めていただければありがたいと思います。委員会の委員長として、私の考えもふくめて申し上げました。

高杉：北原先生ありがとうございました。医師会の取り組みわかりいただけましたでしょうか。成果はまだこれからですが、北原先生が先頭に立って、いろんなプランニングをいただいております。

発表

患者さんの安全をまもる診療所の取り組み

[2] 医科診療所における安全対策の現状と課題



水谷匡宏（みずたに まさひろ）

日本医師会医療安全対策委員会委員／北海道医師会常任理事

高杉：北原先生の発表につづき、その実践を進めている委員のおひとり、北海道医師会から水谷匡宏先生にご登壇いただきます。「医科診療所における安全対策の現状と課題」について水谷先生よろしくお願いします。

診療所における医療安全に対する意識調査

水谷：紹介にあずかりました北海道医師会の水谷です。私は無床診療所を経営しておりまして、医療安全については、常日頃からたいへんナーバスに考えているわけですが、いかんせん診療所は病院と比べますと、意識レベルがいささか劣るところがあります。今回、日本医師会でつくられました医療安全対策委員会の一メンバーとして私も参画しておりますので、その視点から北海道内での取り組みについて発表させていただきます。

北海道医師会では、平成24年、25年度の日本医師会医療安全対策委員会における会長諮問「成果が見える医療安全を目指して」に答えるべき方策を検討し、北海道内の無床診療所における医療安全対策事項として院内感染予防を取り上げた。特に院内感染に対しどのような事項に注意し、改善に結び付けようとしているのかを調査した。さらに調査結果については来年度に予定している北海道版院内感染対策マニュアルの中心的資料として利用したい考えである。

上記は医師会内での答申に向けて、北海道医師会が求めた内容であります。私たちはその調査として、院内での感染防止を取り上げまして、従来より熱心に医療安全に取り組んでいる小樽



市と室蘭市、2つの両医師会にアンケート調査を出しまして、どのような取り組みをしているか回答していただきました。

その方法として、当医師会が試行版として作成した院内感染対策実践マニュアル（北海道大学病院作成のマニュアルと東京都福祉保険局作成のマニュアルとの合成改訂版）を院内感染予防アンケート調査票と同時に送付しまして、初回調査はマニュアルを習熟する前におこない、マニュアル熟読後に2回目の調査回答を求めました。2013年（平成25年）8月上旬にアンケート調査の協力を依頼し、約3カ月間調査期間を設けております。

▼マニュアル（試行版）に基づく感染予防への取り組みに関するアンケート

1. 配付した院内感染マニュアルをご一読の上、ご記入ください。下記の各項目の貴院の院内感染への取り組みに当てはまるものに○印を付けてください。

問 1 清掃用具は使用後、常に清潔にしていますか

1. している 2. ほぼしている 3. あまりしていない 4. していない

問 2 清掃による感染防止の効果を把握していますか

1. している 2. ほぼしている 3. あまりしていない 4. していない

問 3 医療器具ごとの消毒薬の適用対象を把握していますか

1. している 2. ほぼしている 3. あまりしていない 4. していない

問 4 対象微生物の種類によって消毒薬の使い分けを理解していますか

1. している 2. ほぼしている 3. あまりしていない 4. していない

問 5 全職員が手指衛生の正しい知識を理解していますか

1. 全職員が理解している 2. 多くの職員が理解している
3. あまり職員は理解していない 4. 職員はほぼ理解していない

問 6 全職員が手袋やサージカルマスクの装着法を理解していますか

1. 全職員が理解している 2. 多くの職員が理解している
3. あまり職員は理解していない 4. 職員はほぼ理解していない

問 7 感染症と思われる患者が来院したときの優先診療の順位を理解していますか

1. 全職員が理解している 2. 多くの職員が理解している
3. あまり職員は理解していない 4. 職員はほぼ理解していない

問 8 患者の目に留まるところに各感染症のポスターを掲示し、啓発活動をしていますか

1. している 2. ほぼしている 3. あまりしていない 4. していない

問 9 院内の清掃状態の確認票をつくり当番制でチェックしていますか

1. している 2. ほぼしている 3. あまりしていない 4. していない

問 10 院内で各種感染症の感染経路・対応方法の知識を共有していますか

1. している 2. ほぼしている 3. あまりしていない 4. していない

問 11 毎朝、全職員で身だしなみについてチェックしていますか

1. している 2. ほぼしている 3. あまりしていない 4. していない

問 12 感染症予防に関する研修会参加後に伝達していますか

1. している 2. ほぼしている 3. あまりしていない 4. していない



上記がアンケートの内容で、院内感染について12の質問を設けました。たとえば「清掃による感染防止の効果を把握しているか」「患者の目にとまるところに各感染症のポスターを掲示し、啓蒙活動をしているか」といったことが問われています。「している／ほぼしている」という回答であれば取り組んでいると評価し、「あまりしていない／していない」ということであれば、評価しないとしました。

▼ マニュアル（試行版）掲載の手洗いとうがい



このアンケート調査では、まず現状を回答していただき、試作版としてつくった院内感染予防のマニュアルを見たあとで、取り組みに対する意識がどれだけ変わったかを回答してもらう2回の調査がおこなわれました。マニュアルには手洗いとうがいなど院内感染を予防する内容が紹介されておりまして、こうした情報を目にしたあとで実践したかどうかを答えていただきました。また清掃に関しては、別枠で「清掃の実施内容・手順が明確化されているか」「清掃用具や消毒薬の使用・管理方法を定めているか」といった項目を設けた15のチェックリストをつくりまして、これも一緒に送っております。

院内清掃のチェックリスト

No.	項目	よくできている まあまあできている あまりできていない まったくできていない
1	清掃作業について実施内容・手順等は明確化されている	1 2 3 4
2	日常清掃、定期清掃、緊急清掃に考え方を区別して実施している	1 2 3 4
3	感染症発生時において重点的に実施する内容は定められている	1 2 3 4
4	清掃用具や消毒薬の使用・管理方法を定めている	1 2 3 4
5	ドアノブ、手すり、ベッド欄など高頻度接触面は毎日清掃している	1 2 3 4
6	医療機器・器具類は毎日清掃し、埃や汚れを取り除いている	1 2 3 4
7	床清掃は毎日実施している（通常は洗剤を用いた湿式清掃）	1 2 3 4
8	カーテン等は目に見える汚れがある場合は洗浄等を行っている	1 2 3 4
9	清掃用具は、所定の場所で洗浄・乾燥させ適切に管理している	1 2 3 4
10	清掃作業後は手洗いを行っている	1 2 3 4
11	給水設備・給湯設備は定期的に保守点検を行っている	1 2 3 4
12	給湯ボイラー内部は60度以上、蛇口は55度以上を維持している	1 2 3 4
13	加湿装置・加湿器は定期的に洗浄している	1 2 3 4
14	空調設備は、定期的に保守点検を行っている	1 2 3 4
15	清掃後の確認当番を決めて実施している	1 2 3 4



アンケートの調査結果から明らかになったこと

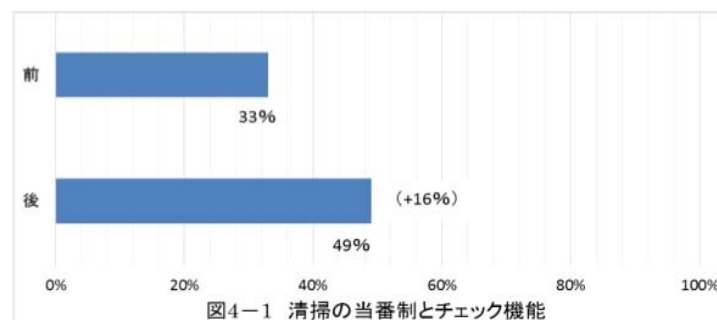
調査の結果です。105の無床診療所にアンケートをお願いしましたが、その回答数・回答率は非常に高いものとなりました。回答していただいた方々のなかでは、ドクターが50%を超えておりまして、ドクターのほうでも第一線の現状をかなり考えていることがうかがえます。

▼ アンケート調査の回答率

	前	後
対 象（施設）	105	105
回答数（施設）	86	92
回収率（%）	82	88

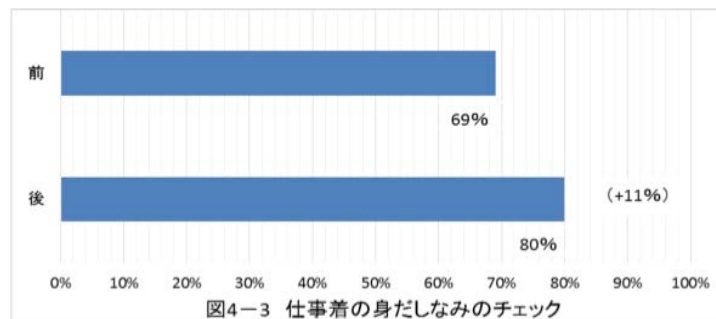
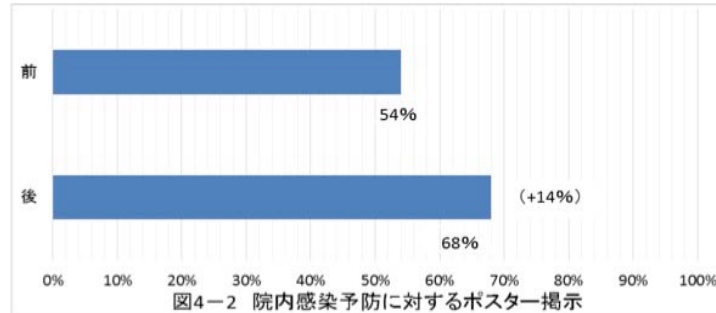
	前	後
医 師（%）	55.7	51.5
看護師（%）	31.8	31.5
事 務（%）	10.2	16.3
臨床検査技師（%）	1.1	—
無回答（%）	1.1	1.1

マニュアルやほかの資料を見る前と見た後とでどの程度改善したかを判断する方法としては、前と後で10%以上改善した場合を高度改善ととらえました。たとえば清掃の当番制とチェック機能【図4-1】の項目では、前が33%しかなかったのが、見た後では49%まで上がっており、取り組みへの意識が約16ポイントアップしております。

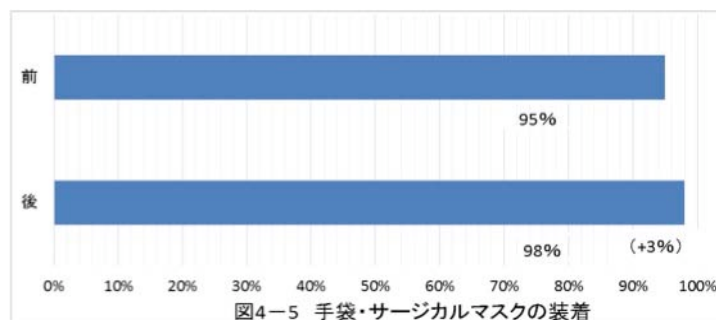
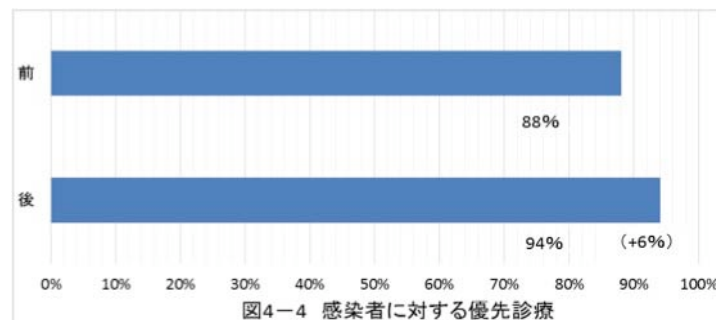


【図4-2】は院内感染予防に対するポスター掲示についてです。約半数のところすでに掲示しておりましたが、アンケート調査の協力ということで、もう少し考えてもらったところ14ポイントアップして68%に。また、仕事着の身だしなみのチェック

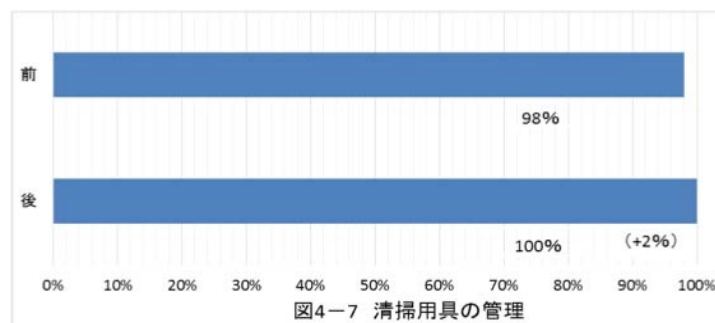
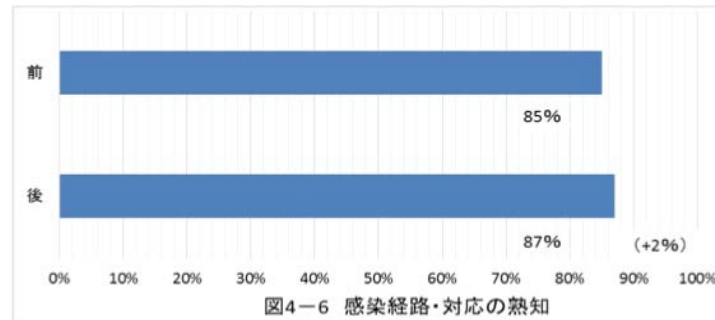
をしているかという調査【図4-3】も11ポイントアップしております。これはポスターの内容にもよると思いますが。



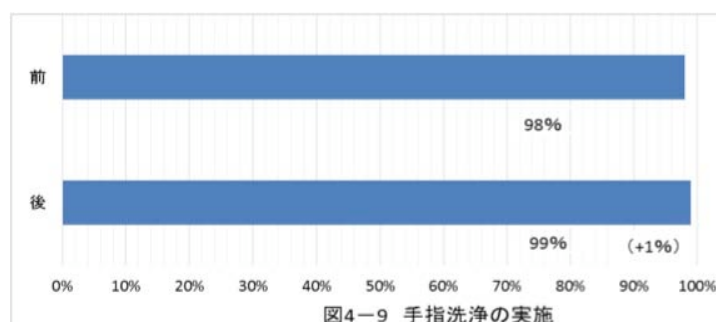
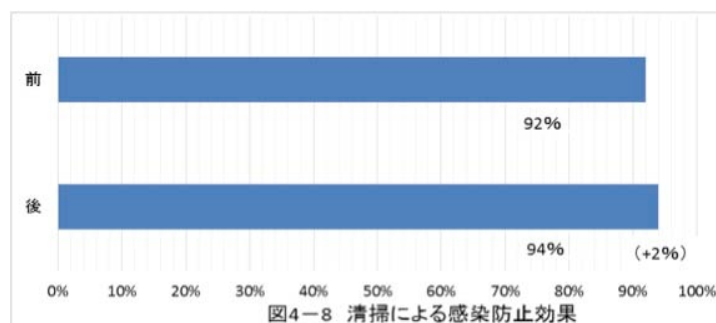
10%未満のやや中等度の改善としては、【図4-4】の「感染者に対して優先診療をしているか」が6ポイント。【図4-5】の「手袋・サージカルマスクをきちんと装着しているか」が3ポイントアップしております。

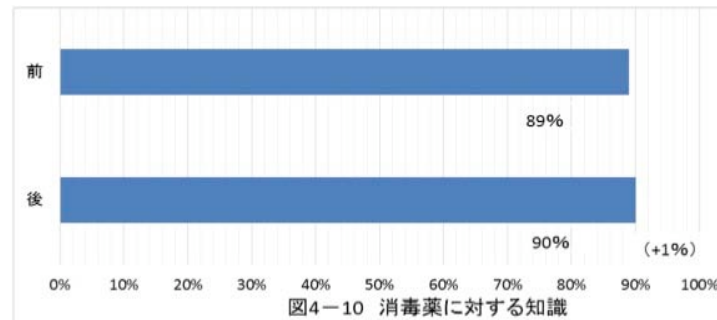


感染経路や対応の熟知【図4-6】に関しては、約2ポイント。それから清掃用具の管理【図4-7】に関しては、約2ポイントアップです。

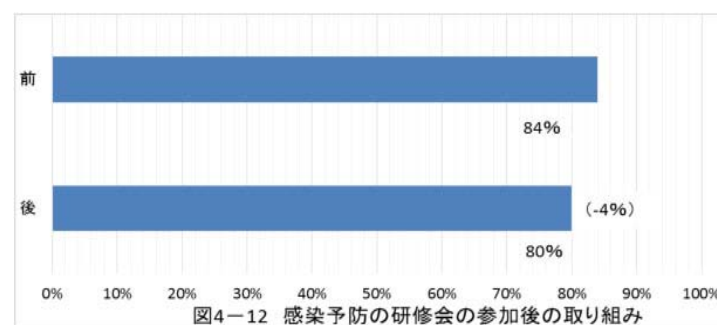
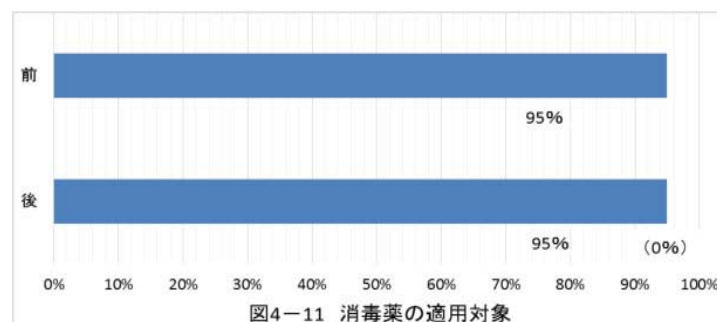


ほとんどアップしていない項目としては、清掃による感染防止効果の取り組み【図4-8】、それから手指の洗浄の実施【図4-9】。これらは基礎値がきわめて高いものですから、アップする余地がほとんどないということで微増でございました。





消毒薬に対する知識【図4-10】。これも基礎値が高いものから、ほとんどアップする余地がありませんでした。また、ポイントアップがほとんど0あるいは減点の項目としては、消毒薬の適応対処をしているか【図4-11】という設問で、これもほとんどのところが実践しているために変わらず。感染予防に関する研修会や講演などに参加した後の取り組み【図4-12】に関しても、それを反映するところがなかなか少ないということで、減少しております。



調査結果から考察できること

この調査によって、高度改善あるいは中等度改善された事項は、もともとの基礎値が足りないところであり、そこにマニュアルをはじめとするいろいろな情報を与えると、大きな改善率を得られることがわかりました。反対にほとんどポイントがアップ



しない事項については、すでにある程度、現場での取り組みが実践・普及していることがうかがえます。今後、院内感染対策を広めるにあたっては、高度改善が認められた事項が改善対策の柱になるものと考えられます。

特にここで強調したいのはポスター表示でして、調査全体をとおして、感染対策用の院内ポスターの掲示が少ないということが目につきました。院内感染予防に取り組むにあたっては、まずは簡単にできるポスターをつくりまして掲示してもらうのがよろしいのではないかと考えております。これはまだ原案ですが、私たち北海道医師会としては、来年度に向けて、診療所における院内感染対策を患者さんにもわかりやすく伝えるポスターを作製して、啓発活動をしていきたいと考えております。

特に手洗いは院内感染予防に効果がありますので、従来やられてきたようなたらいでの手洗いはやめて、流水を使って使い捨てのティッシュペーパーを使う方法をイメージしています。今回は道内の2つの医師会の協力を得てアンケートをおこないましたが、これを元に全道の医療機関に調査を進め、それぞれのところでの感染対策に対する啓発活動を進めていきたいと考えております。以上です。



高杉：水谷先生ありがとうございました。診療所でどのような工夫がなされ実践されているか。PDCAサイクルをいかに回すかというお話でした。これから以降の歯科医師会の取り組みについては、瀬古口先生にマイクを渡します。

発表

患者さんの安全をまもる診療所の取り組み

[3] 日本歯科医師会歯科医療安全対策委員会の取り組み



溝渕健一（みぞぶち けんいち）

日本歯科医師会歯科医療安全対策委員会委員長／京都府歯科医師会副会長

瀬古口：つづきまして日本歯科医師会からおふたりの先生に発表していただきます。歯科医師会では、ほぼ90%以上が個人の診療所でおこなっているということもございまして、安全対策の取り組みについては非常に重要視をしております。最初に日本歯科医師会 歯科医療安全対策委員会委員長の溝渕健一先生から。現在、京都府歯科医師会の副会長も務めておられます。

平成19年改正医療法における日本歯科医師会の取り組み

溝渕：皆さんこんにちは。いまご紹介いただきました日本歯科医師会歯科医療安全対策委員会の委員長を拝命しております溝渕と申します。私は、日本歯科医師会の医療安全の取り組みについてお話をしていきたいと思います。2年前、上原鳴夫先生から診療所の医療安全をやっていこうとお声がけいただき、医師会館でお話ししたしましたが、その時には歯科医師会の方はほとんどいませんでした。今日は歯科医師や歯科衛生士さんのお顔もあり、たいへん心強く思っているところでございます。

1986年（昭和61年）に医療法の大きな改正が始まりまして、それから5回おこなわれてきたわけですが、歯科医師会では昭和50年代から医事処理対策委員会を設けておりました。2002年（平成14年）までつづいておりましたが、この年の医療法改正で有床の診療所または病院が医療安全対策の管理指導の対象となり、その時点で歯科医療安全対策委員会と名称が変わっております。2007年（平成19年）に無床の診療所でも医療安全の管理をしていくことが義務化されたことで、我々歯科医師会の問題意識はさらに高まりました。

医療の安全に関する事項として

- 医療安全管理体制の充実・強化
- 院内感染防止体制の充実
- 医薬品・医療機器の安全管理体制の確保

などが重要な項目となると思います。



こちら『一般歯科診療 ガイドラインによる院内感染対策』は、歯科医学会が制作したマニュアルで2010年（平成22年）に改定したもの。右の『歯科診療所における医療安全を確保するために』は、2007年（平成19年）にできたマニュアルでございます。少し古くなっておりますので、もし来年医療安全に関する医療法の改正等があれば、ぜひ刷新したいと考えております。

私は前期医療安全、医療管理の常務理事を務めておりましたが、そこで経験したトピックス的なこととお話しますと、ちょうど2年前、国民生活センターから歯科用インプラントについて国民の苦情や相談が多く寄せられているという発表があり、マスコミ（NHKや週刊誌等）でも大きく取り上げられました。歯科用インプラントは、歯の欠損を補うために極めて有効ですから、我々理事会もたいへん悩みました。

当然、歯科医療安全対策委員会や部署だけでは対応しきれず、理事会対応となりまして、その対処としてまず日本歯科医学会にお願いしてガイドラインをつくっていただきました。それから国民向けのシンポジウムをおこないました。NHK、弁護士、また学会の関係者などもふまえて、長所ばかりではなくリスクもよく聞いてから施術に入る、インフォームド・コンセントの受け方を国民に向けてしっかりお伝えしています。

もう一点は、日本歯科医師会で患者相談窓口を開いたことでございます。現在は都道府県歯科医師会にお願いしております。事務局ではかねてより患者相談をおこなっていました。患者さんからの苦情を聞き取り、それを各都道府県にフィードバックしてきました。今回、私も理事とともに、ほぼすべての案件の対応にあたってきましたが、やはりどうしても中立に入れないというジレンマがあり、また歯科医師会に入っておられない医



療機関もあり、情報が十分に行き渡らないという側面もありました。

また我々は2006年（平成18年）から「歯科医療安全ネットワーク事業」をおこなっております。これは各都道府県で起こった大きな訴訟事例を日本歯科医師会が集め、その原因を分析して、各都道府県の会員に報告するという主旨の事業でございます。3回目の報告は私の前任がおこないましたが、歯科の分野では死亡事例や重大な後遺症を伴う事例が少なく、また訴訟が長引く案件では個人情報に抵触することもあるとあって、あまり報告が集まらないということで、この事業もそろそろ見直しを図ろうかと考えております。ただ終わるにあたっては、これまでのことを総括する必要がありました。

日本歯科医師会のこれからの取り組み

医療に対する患者さんのニーズは多様化し、期待は大きくなっています。普段から患者さんとの間に意思疎通を図り、信頼関係を構築するなど、あらかじめ心得ておくべき留意点や具体的な対応策があります。歯科医療安全対策委員会は、こうしたことを『医事紛争を起こさないために』という冊子として取りまとめ、2013年（平成25年）3月に発行いたしました。

当初は各都道府県に20～30冊配布していたのですが、日本歯科医師会の代議員会の席で、このようないい冊子は会員全員に配布すべきという意見が出まして、理事会で検討した結果、全会員に配布することになりました。歯科医師会に入会される方すべてにお渡ししている都道府県もあります。前期の歯科医療安全対策委員会で編纂し、非常にいい内容に仕上がりました。

もうひとつ、今年の4月に医療安全研修会を開催しました。各都道府県から医療相談の担当者等約120名に集ってもらい、いろいろな取り組みを報告していただいたのですが、実にさまざまな提案がありました。たとえば、医療相談を設置するにあたり行政から資金を提供してもらっているとか、企業でクレマー対策をしていた人を事務局でやっていると、あるいは歯科医師会に入会する際、裁判費用を考慮して最初からプールしておくなど興味深い取り組みが多く、たいへん勉強になりました。

各都道府県歯科医師会の取り組みの発表を受けて、今後の医療事故削減や診療所の医療安全につなげていく方策について情報を共有し、都道府県歯科医師会、各会員の行動指針の一助と



医事紛争を起こさないために



なったものと思います。こうしたことで、ネットワーク事業を総括したというところでございます。

診療所の医療安全の向上にむけて、瀬古口常務は来年2014年（平成26年度）4月から、これまで歯科医療安全ネットワーク事業がおこなってきたことを受け継ぎつつ、ヒヤリハット・インシデントの収集を始めようとおっしゃっています。瀬古口常務は一步も二歩も進み出しておられます。本来でしたら、医療機能評価機構や厚生労働省のほうでやっていただきたい事業ですが、待っていてもなかなか実現化しませんので、歯科医師会独自でやってみようかなと考えているところです。

先ほど、常任理事の高杉敬久先生からヒヤリハット事項は厚労省のなかでもあがっていると話がありましたが、歯科ではヒヤリハット等が資料としてなかなか上に上がってこないという現状があります。インプラントのトラブルで患者さんから現場に苦情が来ても、厚労省には届いてないというのが実情でございまして、やはりこうした状況は好ましくありません。ヒヤリハット収集は、事故を未然に防ぐための資料を取りまとめるものですが、これらをぜひとも厚労省の審議会等でも使える資料としていただきたいと考えております。我々としても、厚労省の審議会でこのような話が出ているのかというかたちで会員の先生方に情報をお伝えできればと思います。救急の事態に備えた病診連携の構築、高齢者の急増による訪問診療についてなど、お話したいことがまだまだあるのですが、時間になりましたので以上といたします。どうもありがとうございます。

瀬古口：溝渕先生、どうもありがとうございました。診療所における医療安全は、歯科にとりましては非常に重要なことでございまして、どこまでやっても終わりのない医療安全でございます。我々も力を入れて、底辺のレベルアップと底上げを図ってまいりたいと考えております。

発表

患者さんの安全をまもる診療所の取り組み

[4] 歯科診療所における感染予防対策



片山 繁樹 (かたやま しげき)

日本歯科医師会歯科医療安全対策委員会委員／神奈川県歯科医師会理事

瀬古口：つづきまして「歯科診療所における感染予防対策」というテーマで、日本歯科医師会医療安全対策委員会また神奈川県歯科医師会理事の片山繁樹先生に発表していただきます。よろしく願いいたします。

院内感染予防に関する歯科診療の問題点

片山：日本歯科医師会歯科医療安全対策委員の片山でございます。私からは歯科診療所における感染予防対策について、神奈川県での取り組みをふくめましてお話しさせていただきます。

院内感染予防に関する歯科診療の問題点としては、まず1番目として、抜歯・スケーリング（歯石の除去）・歯を削る切削処置など、おそらく70%以上の多くの処置が出血を伴う観血処置であるということが挙げられます。2番目として、一般の外科では、手術に伴い術前検査でB型肝炎やHIVなどがチェックされますが、歯科においては一般的にやられておりません。また3番目として、患者さんは自分の病気や感染症についてあまり話したがない傾向があります。

本日、ここでお伝えしたいことは主に [1] 歯科診療所でおこなわれているいろいろな治療をご紹介します。 [2] 歯を削る際に用いるエアタービンによる飛沫汚染が occurring という話 [3] 小規模な無床歯科診療所用「医療安全管理指針・医療安全管理マニュアルのご紹介 [4] 医療安全に関する設備と歯科外来診療環境体制に対する評価 [5] 神奈川県歯科医師会での取り組み「歯科診療における院内感染予防15項目」という5つの内容となります。



① 歯内治療



② 義歯調整



③ 歯周治療



④ 歯周外科手術



⑤ 口腔インプラント

提供: 昭和大学歯学部総合診療歯科・歯周病学講座・インプラントセンター

歯科診療所でおこなわれているいろいろな治療

歯科になじみのない方ですと、歯科医院でどのようなことがおこなわれているのかよくわからないということも時々耳にいたしますので、ここで少し紹介させていただきます。

① 歯内治療：これは歯の神経を取ったり根の治療をしたりするもの。手術に関していえば抜随という処置になり、出血を伴うことになります。

② 義歯調整：これは補綴といって入れ歯の調整など。一般的には出血のない作業となります。

③ 歯周治療：写真は歯肉の状態をチェックしているところですが、歯周病の方などの場合は、ちょっと触れただけでも出血があります。

④ 歯周外科手術：歯周病のなかでもある程度進行している場合は、歯肉を剥離して外科的な手術をおこなうことがあります。

⑤ 口腔インプラント：インプラントの手術では、歯肉を剥離して歯槽骨にドリルで穴を開けて、その中にインプラントを埋入するという手術になります。

ここでは示しておりませんが、ほかに虫歯の治療とか抜歯等が一般的におこなわれ、そうした処置でもかなり観血処置が多いということがご理解いただけるかと思います。

下の画像は、エアタービンによって歯を高速で削るときの飛沫汚染の様子です。水流中に赤い色素の歯垢染色剤を加えた窩洞形成水を用いて作業します。歯医者さんにかかったことのある方はおわかりになると思いますが、処置中はバキュームで水分を吸引しております。それをおこなわないと、1～2分でこれだけ汚染してしまうことがおわかりになると思います。

▼エアタービンによる飛沫汚染



吸引なし：開始後 30 秒



吸引なし：開始後 1 分



吸引なし：開始後 2 分



口腔内吸引のみ：術後 2 分



口腔内および口腔外吸引の併用：術後 2 分

上左の写真では、上手にバキューム操作をおこないますと、飛沫汚染をかなり減少できることがわかります。右側の写真では、口腔外バキュームというものをを用いているのですが、これを使うことによって飛沫汚染をほとんどおさえることができます。

神奈川県歯科医師会のおこなってきた事業

2007年（平成19年）の医療法改正を受けて、神奈川県歯科医師会は、日本歯科医師会のマニュアルを基にして小規模な無床歯科診療所に『医療安全管理指針・医療安全管理マニュアル』を作成いたしました。全会員に配布して、各診療所の状況に応じて活用してもらっております。

歯科診療所（無床診療所）における医療安全対策早見表

区 分	指針等の整備	医療安全ミーティングの開催	責任者の設置	従業者に対する研修の実施	改善のための措置など
安全管理のための体制	医療安全管理指針	○	医療安全管理者 ※1	年2回程度 ※2 ※3	事故報告等の改善のための方策 ☆医療事故防止マニュアル ☆緊急時対応マニュアル
院内感染対策のための体制の確保に係る措置	院内感染対策指針	○	—	年2回程度 ※2 ※3	感染症発生状況など改善のための方策 ☆院内感染防止マニュアル
医薬品に係る安全確保のための体制の確保に係る措置	医薬品業務手順書	○	医薬品安全管理責任者 ※1	必要に応じて ※3	手順書に基づく業務の実施情報収集及び改善のための方策 ☆医薬品管理簿
医療機器に係る安全確保のための体制の確保に係る措置	医療機器保守・点検計画 ※4	○	医療機器安全管理責任者 ※1	新しい医療機器導入時	医療機器の適正使用・保守点検・情報管理等の包括的管理

※1：厚生労働省医政局長通知（平成18年3月30日付・医政発第0330012号）で定める常勤の医療従事者（院長の兼任可）

※2：診療所外での研修可

※3：他の研修と併せて実施可

※4：保守点検計画・記録作成が必要な医療機器とは、生命維持装置等（人工心肺装置等）の医療機器7種。他の医療機器に関しては、必要に応じて適宜保守点検及び計画の作成を行う。



『医療安全管理指針・医療安全管理マニュアル』

そのなかにこうした早見表を入れておりまして、院内感染対策の体制に関わる処置として、指針の整備・ミーティングの開催・責任者の設置、年に2回程度の従業者に対する研修の実施、院内感染防止マニュアルの整備、改善のための方策などが義務づけられていることをわかりやすくまとめております。



口腔外バキューム



AED



酸素

医療安全に関する設備について

こちらの写真は、私の診療所に備えている医療安全に関する設備でございます。左写真上の機器が、先ほどご説明しました口腔外バキュームです。そのほかにもAEDとか酸素、生体モニターなどを整備しております。

こうした設備に対して、健康保険に歯科外来診療環境体制加算というものがあります。条件がいろいろ細かいこともあって、残念ながらあまり普及しておりません。ここで少し説明いたしますと、[1] 偶発症に対する緊急時の対応・医療事故・感染症対策等の医療安全対策に係る研修を修了した常勤の歯科医師が1名以上 [2] 歯科衛生士が1名以上 [3] それから先に説明したAED・パルスオキシメーター・酸素・血圧計・救急蘇生セット・歯科用吸引装置といった設備 [4] 偶発症等緊急時の連携体制 [5] 機器の患者ごとの交換・滅菌処理の徹底等十分な感染症対策 [6] そして院内掲示 といったことが条件で、初診時に28点・再診時に2点の加算があります。

歯科診療における院内感染予防15項目

最後に、神奈川県歯科医師会で制作した冊子をご紹介します。『歯科診療における院内感染予防15項目』という約30ページの冊子で、平成24年3月に発行いたしました。

下記に示すのは15項目のうちの5項目。「汚染されていないものに触れるときは、グローブを外しましょう」という項目では、以下のようなイメージで写真付きの解説がされております。

⑤ 汚染されていないものに触れるときは、グローブを外しましょう

汚染が広がらないように、グローブ着用のままあちこち触らない
日常診療で普通に行われている行為であり、医療以前の問題です

➤ 手袋をしたままあちこち触ってはいけません

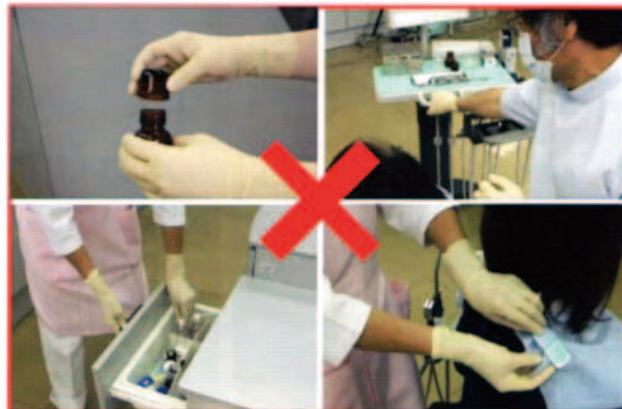


図1
a b
c d



『患者に見える院内感染予防に取り組もうー歯科診療における院内感染予防 15 項目ー』

その15項目は、以下の内容となっています。

- [1] 患者には、治療前にうがい薬でうがいをしてもらいましょう
- [2] 血液、すべての体液、分泌物などに触れたら、必ず手を洗いましょう
- [3] 自分の健康は自分で守りましょう
- [4] 治療時には、グローブ、マスク、メガネもしくはゴーグルを着用しましょう
- [5] 汚染されていないものに触れるときはグローブを外しましょう
- [6] 使用した器材は、患者ごとに交換しましょう
- [7] 使用した器材は水洗い・洗浄後オートクレーブやガスで滅菌するか、薬液で消毒を行いましょう
- [8] 消毒剤の濃度と作用時間を守り、保管、廃棄を確実にしましょう
- [9] ディスポーザブル製品のあるものはできる限り使用しましょう
- [10] ラバーダムの使用を励行しましょう
- [11] 歯科用注射針は、原則としてリキャップしません。リキャップする場合は片手法で行いましょう
- [12] 針刺し、切傷事故への対応は、平素から確認しましょう
- [13] 印象を取った材料は、石膏を注入する前に、水洗するか、薬液で消毒し、汚染物を素早く除去しましょう
- [14] 医療廃棄物は、感染性廃棄物と非感染性廃棄物に大別し、法で定められた方法で処理しましょう
- [15] 文書化された院内感染予防の手引書を診療室内に常備しましょう

それぞれに関して詳しく説明されておりまして、たとえば [1] の項目をご紹介しますと「イソジン®で30秒間うがい。患者には、治療前にうがい薬でブクブクうがいをしてもらいましょうー口腔前庭、歯肉頬移行部および歯間部に到達するように強くうがいする」といった具合の解説があります。このように洗口剤でうがいをしっかりしていただくと、ここに口腔細菌が大きく減少するということを示す写真も添えてあります。



洗浄前



洗浄後

唾液 1 ml を採取、100 倍に希釈し、血液寒天培地で 37℃、24 時間培養。次にイソジンにて 30 秒間洗口後、唾液を採取同様に培養
提供：神奈川歯科大学・伊藤由美博士

こうしたうがいひとつとっても、エアタービンの作業によって飛散する飛沫中の細菌数を減らすことができますし、また出血に伴って血管内に曝露するような細菌数も減らす効果も期待

できるということで、たいへん重要だろうと思います。こうしたかたちで、院内感染予防に関する15項目すべてを解説しております。

最後になりますが、原発事故・食品食材偽装など、多くの企業が安全対策を軽視したことで企業の存亡にかかわるような問題になっております。「安全は健全経営の第一歩」とよくいわれておりますが、小規模な無床歯科診療所においても、安心して受診していただくための「医療安全管理ならびに感染予防対策」をさらに徹底していかなければならないと考えております。以上です。ありがとうございます。

瀬古口：片山先生、ありがとうございました。我々歯科の診療所では、このように歯科医師と歯科衛生士のチームで一所懸命がんばってすすめているところであります。また、我々の最近の診療所におきましては、歯周外科また特にインプラントというものがかなり普及してまいりまして、患者さんのIQも非常に高くなっております。それについても真摯に取り組んでいかなければならないと考えております。

総合討論

患者さんの安全をまもる診療所の取り組み

司会：

高杉敬久（たかすぎ のりひさ）日本医師会常任理事

瀬古口精良（せこぐち あきよし）日本歯科医師会常務理事

パネリスト：

北原光夫（きたはら みつお）

日本医師会医療安全対策委員会委員長／農林中央金庫健康管理室長

水谷匡宏（みずたに まさひろ）

日本医師会医療安全対策委員会委員／北海道医師会常任理事

溝渕健一（みぞぶち けんいち）

日本歯科医師会歯科医療安全対策委員会委員長／京都府歯科医師会副会長

片山繁樹（かたやま しげき）

日本歯科医師会歯科医療安全対策委員会委員／神奈川県歯科医師会理事



日本医師会医療安全対策委員会のこれから

高杉：日本医師会医療安全対策委員会には、全国の病院の医師に大勢参加していただきたいへん盛り上がっておりますが、はたして診療所のほうではどうなのだろうということが懸念されておりました。委員長の立場から、これまでいろいろな工夫と実践を進めてこられた北原先生には、本日はその集約を発表していただきました。先ほどは時間が限られておりましたので、もし言い足りないことがございましたらどうぞ。



北原：最後のスライドのところでも申し上げたのですが、日本医師会医療安全対策委員会の委員として参加して下さっている医師会では、小規模な診療所でも積極的に医療安全がおこなわれていると思います。ただ、参加されていない地域の医師会ではどうなっているのかというところがいささか心配ではございます。それを払拭するためにも、ぜひとも各医師会には強いリーダーシップをもっていただき、医療安全を実践しつづけていただくことが必要かと思えます。

この継続というのがなかなか難しいところで、どこまでなされるかということももうひとつの心配であります。やはり医療安全というのは、チームをつくっていかない限り続行は難しいのではないかと思います。また、委員の方からよくディスカッションとして挙がるのが予算の問題です。確かに必要なことだと思いますが、まずはやるべきことをやる。最初から始めるから始めていただく。予算の検討は、それからの話ではないかと考えております。



高杉：医療安全に関するいろいろな研修会や勉強会が開催されていますが、病院でも診療所でも、院長先生だけが参加されてもあまり意味がありません。先ほど、厚生労働省の大坪寛子氏も講演でお話しになったように、2007年（平成19年）からすべての病院・診療所・助産所で安全管理体制を構築することと示されております。もしこれをおこなわなかったらどうなるのか。おそらくそれでとがめられることはないと思いますが、何か起きたときには必ずそこをつかれますし、昨今は国民の医療を見る目が非常に厳しくなっています。そういう意味でも、患者さんに対して、医療安全にしっかり取り組んでいますよと伝えることが大きなアピールポイントになると思います。今回北原先生には、委員会の代表としてそのところをお話しいただいたわけですが、医療安全対策委員会ではまだまだいろいろな取り組みがあらうかと思います。水谷先生。そのあたりをもう少し教えていただけますか。



水谷：日本医師会の医療安全対策委員会は、だいたいふた月に1回ほど開催されておりまして、私も毎回参加させていただいております。北から南まで、10ほどの医師会から代表者が参加していらっしゃるわけですが、委員の方々からは実にさまざまなご意見が提案されています。医療安全とひと言でいっても、それぞれの地域性もございまして、感染症対策ひとつとっても事案はさまざま。医療事故にも、針刺し事故もあるだろうし誤投薬もあるだろうしと、取り組みの対象は広範囲にわたります。北原先生もおっしゃったように、委員会に参加している医師会の先生方は、こうした問題を積極的に考えているわけですが、医療の現場にはまだまだ温度差があって、そうした意識の薄い医師会があることは現状でございます。

来年また委員会が開催された折には、そうした話も当然出てくるでしょうし、資金面にも課題があります。医療安全への取り組みにはどうしても費用がかかりますから、そういったことに対して日本医師会がどれだけバックアップしていただけるか。そういうところも私としては関心をもっております。



診療所には内科・外科等いろいろありますが、感染症の患者さんがあまり来ないような診療所ですと、こうした問題にもさほど関心がないでしょうから、我々がポスターの院内掲示をしましょうと投げかけても、そうしたものは必要ないというところもあるかもしれません。統一した取り組みといっても、診療所については難しい側面があると思います。



高杉：確かに各科によって状況は異なるかと思いますが、我々の卑近な例としては、眼科で起こったレーシック手術集団感染事件がございました。同じ手術器具をそのまま使い回して感染を広げてしまった起訴事件です。結局あの施設は閉鎖されてしまいました。こうした大きな事件に限らず、たとえ小さなことでも、我々の生存権を剥奪されることもままあるわけで、医療に従事する人たちは、医療安全について真摯に取り組む必要があるかと思っています。



瀬古口：医師会の診療所における医療安全では、問題の傾向もだいたい同じようなものかと思いますが、それとは別に歯科特有の問題というものがあります。たとえば、昨今、歯科医療の分野では高齢者の訪問診療が増えておりまして、訪問先での口腔ケアや誤えん性肺炎など、歯科医師や歯科衛生士がチームとなって対応しなければならない事案が出てきました。このあたりの問題について、溝渕先生、歯科医のお立場から何かお考えはございますか。



溝渕：高齢化が急速に進んでおりまして、訪問診療に行く機会は確かに多くなっております。高齢者でも元気な方はいいのですが、介護が必要な方に対する医療のあり方として、国の方針が大病院から地域での医療連携というキーワードに変わってきているのではないのでしょうか。訪問診療に行くと実感するのですが、基礎疾患をもたれている患者さんが非常に多くて、その患者さんの主治医や看護師さんにいろいろとヒアリングしておかないといけないことも多々あります。いわゆる医療関係者と共同行動をしながら医療安全を守っていかなければならないケースが増えてきていると、この頃は思っております。また、HIV疾患をもつ患者さんが長く生きられるようになってきたことから、そうした患者さんも診るようにと国からの要請も入ってきています。そういうこともあって、感染の予防と医療安全は本当に大事だと思っております。



瀬古口：日常的に介護を必要としない健康寿命の延伸のために、口腔ケアは不可欠です。また、介護が必要になった場合でも、ケアが不十分ですと、誤えん性肺炎を誘因しかねません。口腔ケアをしっかりとすることで、誤えん性肺炎に関わる発熱や肺炎

にかかる確率が約3割減少するというデータもございます。2011年（平成23年）に歯科口腔保健法、いわゆる歯科口腔保健の推進に関する法律が改正されまして、歯科疾患の予防や口腔の保健のための定期検診や高齢者や障害のある方への支援が推奨されています。こうしたことにつきましても、医療安全を第一に考えながら進めていくことが、我々の使命であると考えております。

先ほどの発表で片山先生は、歯科診療所の治療としてインプラント埋入が増えているとお話しされていましたが、そのことについて特に気をつけておられることはありますか。また、患者さんとのコミュニケーションのなかで、どのような医療安全が問題になっているかお聞かせいただけますか。



片山：インプラント治療を専門におこなっている歯科診療所は、医療安全に対する意識が高いところが多いように思います。しかし、そうではない診療所でインプラントを手がけた場合、今回報道されたようなトラブルも起きかねません。

感染予防に関しては、やはりその診療所の院長の意識がどうであるかが大きいと思います。あるいは多少ドクターがずぼらでも、意識の高い看護師や歯科衛生士がいるところであれば、現場の医療安全をきちんと構築できます。私は神奈川県歯科医師会で電話相談もやっているのですが、「歯科医はとても優秀でいい先生なのだが、グローブを替えないまま治療をおこなう。医院を替えることはしないけれども、なんとか注意してもらえないか」といった相談を受けたこともありました。おそらく医科の医院でもそうかと思いますが、看護師さん、歯科衛生士さんの役割は大きいですね。

ただ日本の歯科診療所では、約30～40%の施設に歯科衛生士がいないという実態がありまして、先生おひとりとスタッフ数名という小規模なところが多い。そうしたところでは、どうしてもマンパワー不足という問題があります。そのあたりをフォローしながら、歯科の医療安全をきっちりやっていかないと日本歯科医師会では考えております。



高杉：医療安全に対する取り組みは、一人ひとりがやっているだけではだめで、パワーをもたせるために、組織として対応することが必要です。そして、一人のミスを個人のものにせず、現場のスタッフで共有して、経験を積み重ねながら改善していくことが求められます。いま片山先生もおっしゃったように、個人の小規模な診療所に対しては、やはり医師会・歯科医師会のまとめる力が大切になってくるでしょう。そこで働く人たちをまきこんだ活動が望ましい。そういった活動を展開していく



際、いいモデルとなるのが医療安全全国共同行動の動きだと思います。そうしたことから、医療安全全国共同行動への参加を診療所にも積極的に呼びかけていきますし、このグループのなかに入るように宣伝もしております。

本日は、厚生労働省の大坪氏から医療事故予防についてのお話ありがとうございました。私もその委員会の一員ですが、いざそれを国民に納得してもらうためには、医療安全への取り組みこそ、まさに基本中の基本です。ポスターを貼り出して、自分たちの活動をアピールし、職員の志気を高めるという話もございました。確かに医療安全は、やればやるほどお金がかかります。それに対してなんら診療報酬もなく、評価がないというのも寂しい話です。こうした活動に対してしっかり要求を提示していくことも、これからは大切になってくると思います。これまでの日本では、医療事故が起こってから、その後に対策を講じるというのが主でございました。しかし、これからはそれではいけません。患者さんを守ること。ペイシェントセーフティが、組織も守るのだということを改めて認識しながら、医療人として取り組んでいきたいと思います。

病院の現場から —いま病院の医療安全に求められていること—

発表

[1] より安全なシステムづくりとリーダーシップ



岩瀬三紀 (いわせ みつのり)

トヨタ記念病院院長、医師

司会：医療安全全国フォーラム後半は、「病院の現場から—いま病院の医療安全に求められていること—」というテーマで進めてまいります。一席目は「より安全なシステムづくりとリーダーシップ」と題して、トヨタ記念病院院長の岩瀬三紀先生にお願いいたします。

医療安全に対する考え方の変化

岩瀬：皆さんこんにちは。トヨタ記念病院の岩瀬です。中日ドラゴンズの岩瀬仁紀選手とはひと文字違いで、患者さんにもよく関係をたずねられますが、まったく関係ありません。左の写真はピンククラウンですが、今年の9月に650台の契約がありました。そろそろ皆さんのお目にも触れる頃かと思います。どうぞお楽しみに。

さて、本日のトピックスですが、私は院長になってまだ半年しか経っておりません。まだリーダーシップを取るというところまで至っておりませんので、この席では私が今後どのようにしてリーダーシップをとろうかと考えていること、そして、当病院の医療安全管理担当者がこれまでがやってきたことにつきましてお話ししたいと思います。

トヨタ記念病院は513床あります。ひと昔前まで豊田市は若い市として知られていましたが、ここも高齢化が進んでおりまして高齢化率が毎年伸びて、今では愛知県のなかでも一番高齢化率が高い地区になりました。現在の平均在院日数は11.4日。救急車台数が年間約7000台という急性期病院です。

トヨタ記念病院

513床 総職員数 945名

医師数 159 名

看護婦数 540名

①新入院患者数：1116人/月

②病床利用率：86.3%

③平均在院日数：11.4日

④入院患者数：447人/日

⑤外来患者数：1274人/日

⑥初診紹介件数：1081人/月

⑦救急車搬送：6938台/年

⑧紹介率：48.0%





先ほど大坪先生からお話がありましたが、2000年を前後して、某大学病院で患者取り違い手術や人工呼吸器加湿水の誤注入による死亡医療事故など、大きな事故が発生いたしました。ふりかえれば1990年代は、医療事故はあってはならないというのが大前提で、もし起きた場合は個人の問題という認識だったかと思います。しかし2000年以降は、医療事故はどうしても起こりうることであり、それを防止するためにはチームや組織の体制を改善すべきであり、医療だけではなく他の産業からも学ぶべきではないかといった考え方が生まれてきました。

左はトヨタグループ始祖の豊田佐吉翁が1924年に開発したG型自動織機ですが、これは自動化の原点とも呼べるもので、高速運転中に少しもスピードを落とすことなく杼(ひ)を交換し、緯糸(よこいと)を自動的に補給する自動杼換装置です。縦糸や緯糸が切れた時に機械を自動的に停止させることで、不良品の発生を未然に防止する自動停止装置も備えています。これが開発された当時は、産業革命以降、イギリスの産業がもっとも進んでいた頃でしたが、豊田佐吉翁はこの機械でふたつの自動化を実現して、英国での特許も取ったようです。

「自動化」と「自動化」は異なります。「自動化」というのは、単に動くだけで不良品の大量生産につながる場合があります。一方、にんべんの付いたほうの「自動化」は、機械に善悪を判断させる装置をビルトインすることにより、管理監督者の「動き」を「働き」にすること。異常があれば停止し、不良品は生産されず、ひとりで何台もの機械を運転することが可能になります。このことが生産性の飛躍的な向上をもたらしました。

しかしこうした機能がはたして医療に結びつくでしょうか。実際の医療現場では、過誤がなくても事故は発生しますし、医療を受ける対象者は一人ひとり違います。一度に複数の情報が飛び交い、一度に多重な問題が発生します。一患者の一行為に複数の医療者が関わっていますから、誰にどういう責任があるかを見きわめることは難しい。こうしたことがありまして、単純なしくみだけで問題を予防することはなかなか困難です。まずは、重大な医療事故を防止することが一番大事になります。

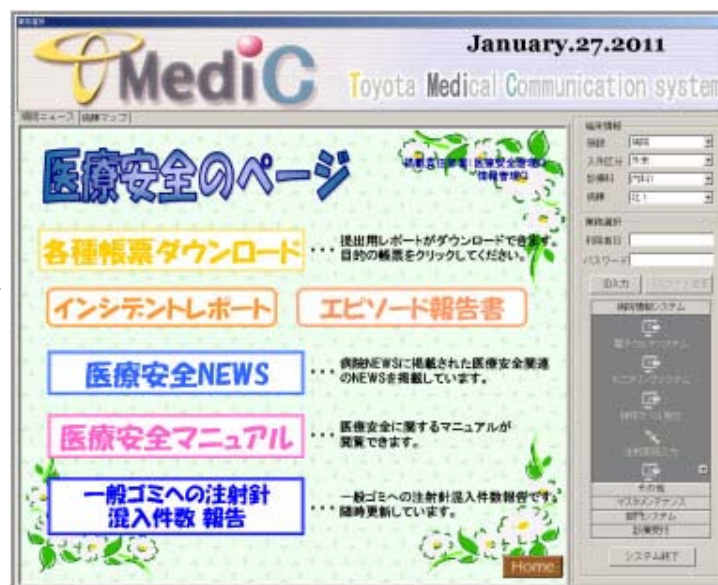
トヨタ記念病院の医療安全の取り組み

ここからは、私たちの病院が取り組んでいる医療安全についてお話しいたします。当院では、これまでも医療安全の管理チームが一所懸命に医療安全に取り組んできました。それは以下のような内容になります。



- I. 医療安全管理の組織や役割を全職員に認知してもらう
- II. 院内での医療安全に関する情報を遅滞なく集める
- III. 事故防止対策の実際
 1. 体制づくり
 2. 分析と対策立案
 3. 教育
 4. 実例
- IV. 取り組みの結果（看護師のインシデントレポートから）

その担当者が最近始めたこととして「II. 院内での医療安全に関する情報を遅滞なく集める」について簡単にご紹介します。私たちの病院の電子カルテ上には医療安全というページがありまして、そこには下記のようにインシデントレポートとエピソード報告書用のフォーマットがあります。それを印刷して報告書を書き、指定の箱に入れるということになっております。



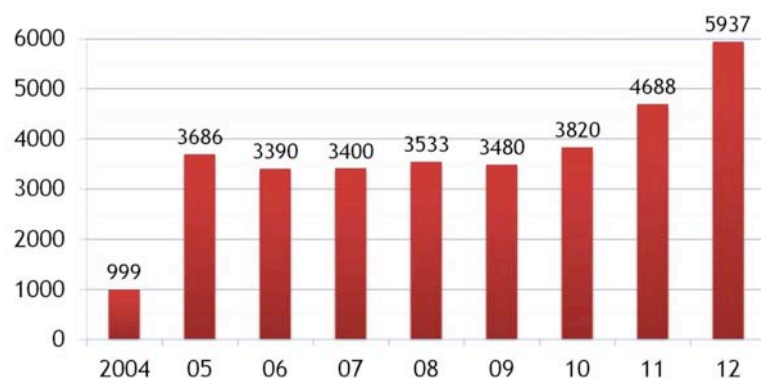
報告書には一般のエピソード報告と手術患者用エピソード報告書とがあります。レポートや報告書といっても、長い文書を書くとなると皆さんなかなかやってくれません。そこで医療安全管理者たちが考えたのは、下記図のようにフォーマット内にチェック欄を設けて、ここにまずチェックしてもらって、その後、医療安全担当者が当人と直接会ってディスカッションしながら、詳しい内容を埋めていくというやりかたでした。いつでも書いて提出できる。時間をかけずに記載できる書面形式というのは、大事なことだと思います。

▼トヨタ記念病院 電子カルテ上の医療安全 エピソード報告書（手術患者用）

[illegible]

こうした努力もあって、下のグラフでもおかわりのように、2004年に1000以下だったインシデントレポートの数が、今では約その6倍と大幅に増えました。

▼トヨタ記念病院 インシデントレポート報告数の推移



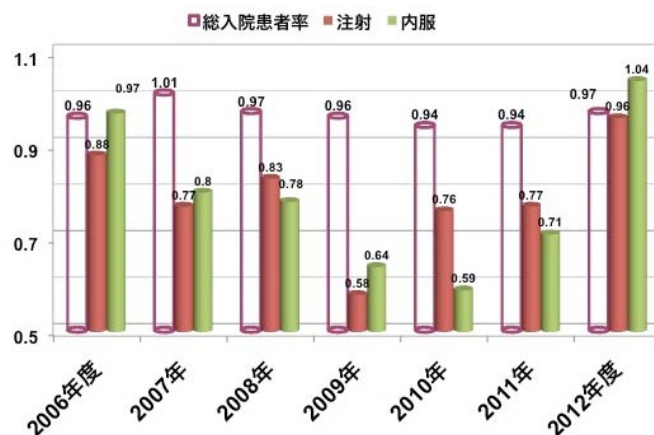
これらの報告は報告者を罰するためのものではなく、医療の質の向上と病院のリスクマネジメントを目的にしています。こうした報告書の効果として期待できることは、この報告制度が医療安全に役立つことを職員に実感させることにあります。こうしたことを兼ねまして、それを専門とする先生に来院していただきまして、いろいろと教育を受けております。

当病院の総入院患者数（図白抜きの部分）は、2006年から2012年にかけて大きく変わってはいませんが、注射薬（赤部分）



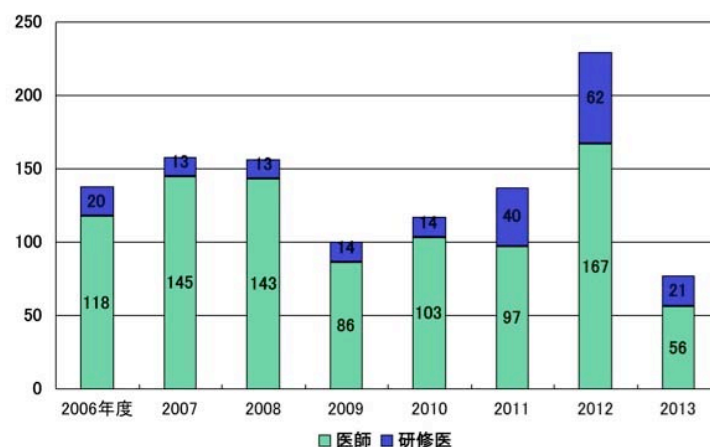
と内服薬(緑部分)に関するインシデント報告がそれぞれ、2006年から減っておりまして。実はこの期間、医療安全の担当者でかなり厳しい方がおみえになりまして、レポート提出をためらう職員が多かったようです。2010年に報告書の提出を啓蒙してくださる方をお呼びしていろいろとアドバイスを受け、それ以降、再びインシデントの報告数が増加に転じました。病院の職員も医療安全の職員の方にたいへん協力的になりました。

▼ 総入院患者数・注射薬・内服薬に関するインシデント数の推移
(看護師提出インシデントレベル判定1以上：2005年度を「1」とした)



こうしたことが功を奏して、これまで看護師さんからの報告が主だったものが、医師や研修医からの提出も遅れて増えてきました。一番右は、今年ですので数値がまだ中途半端ですが、2010年から2013年度にかけてうなぎのぼりのように上がっております。

▼ 医師および研修医からの提出も増加傾向

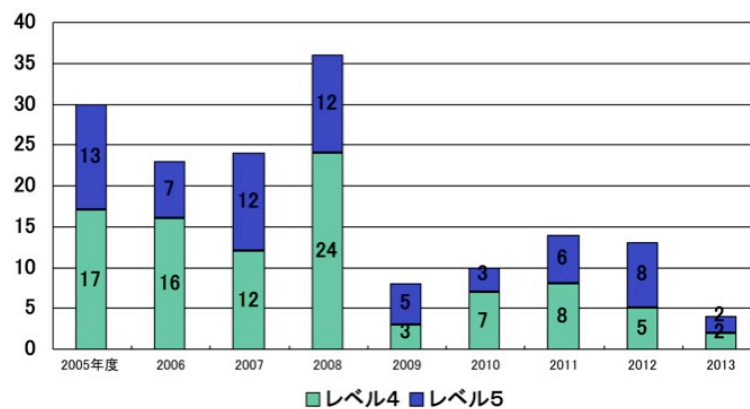




インシデントレポートで期待できること

こうした報告がいいのかどうか。インシデントレポートの効果を実証するのはなかなか難しいのですが、医療安全の調査会の開催件数の推移が、そのひとつの答を示していると思います。この医療調査会というのは、レベル4・レベル5のちょっとシビアなインシデントに対しておこなう調査会です。それが下記グラフのように、インシデントレポートが増え始めた2009年を機に半減以下になっております。

▼ 調査会の開催件数は減少



こうしたこと以外に当院では、院内外部から講演者を招いて講演会をおこない、毎月2～3回の医療安全研修を年間計画して、実際に実施されております。

▼ 2013年度医療安全研修の年間計画

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	1月
輸液ポンプ シリンジポンプ	○	○							
静脈穿刺と神経障害	○	○							
医療機器の原理と正しい取扱		○							
モニタのアラーム管理			○						
心電図モニタの波形について			○						
医療機器を触ってみよう				○					
事例検討（ロールプレイ）				○					
患者サポートの為にコミュニケーション					○				
MRIと医療安全					○				
医療事故防止対策の実例						○			
薬剤について						○			
暴力対応							○		

また、氏名確認のヒヤリハットがしばしば起こることから「お名前確認キャンペーン」もやりましたが、これを始めて早々にヒヤリハットが起きてしまい、担当者の先生方は肝を冷やされたようです。しかし実際、与薬に関する誤薬は低減していますし、少なくともアクシデントは0になったということで、効果はあると思っております。

臨床現場の課題をどう解決するか

では、こうした臨床現場の課題をどう抽出し、いかに解決するのかということですが、「こうした問題は氷山の一角だから、根本的な解決は無理」とか、研修医の間でたびたび起こる針刺し事故等に対して「針刺しは気をつけても必ず起きるから」といった受け身でなげやりな態度ですと、やはり医療安全は確保できません。単に「針刺しに気をつけよう」ではなくて、「針刺しはどのようなときに多く起こるか」といった具体的なケースや原因を取り上げながらみんなで話し合う。そういったことをER現場で研修医に教育しております。

ここで「Toyota Way」ということばを出したいのですが、これはトヨタのフィロソフィでして、ふたつの大きな柱があります。ひとつは「知恵と改善」。そのなかには、チャレンジ・改善・現地現物という考え方がふくまれます。そしてふたつめは「人間性の尊重」。ここには、リスペクト・チームワークがふくまれます。ERという職場は、医師や救命士、看護師、薬剤師、研修医等、多職種が集まるところですから、このToyota Wayを実践するのに最適の場であると思われます。

私が院長になって活性化しようと考えていることのひとつに、このERの当直日誌があります。当直日誌というのはまさにJUST in TIME なもので生情報の宝といえるものだと思います。管理当直医、救急当直医、各種コメディカルの当直者など、さまざまな立場の職員が、現場で起こったことや考えたことなどいろいろなことを書き込みます。医療安全に関する情報をタイムリーに集めるためにたいへん有効で、そうした書き込みに対して、私もできるだけ早くその返事を書くということをおこなっております。

たとえば、11月10日（日）の私の記録ですが「日直も当直も忙しかった様でご苦勞様でした。その日、私は前日から医療の改善全国大会で大阪市大に行っていました。初めての参加でしたが、座長を務め、いろんな病院から他業種からの患者さんの視線からの発表があり、刺激を受けて非常に勉強になりました。

Toyota Way

◎ 知恵と改善

チャレンジ：夢の実現に向けて、ビジョンを掲げ、勇気と想像力をもって挑戦する

改善：常に進化、革新を追及し、絶え間無く改善に取り組む

現地現物：現地現物で本質を見極め、素早く合意、決断し、全力で実行する

◎ 人間性尊重

リスペクト：他を尊重し、誠実に相互理解に努め、お互いの責任を果たす

チームワーク：人材を育成し、個の力を結集する



場合は、ここで赤の停止の行灯がつきます。これで不良品はできなくなります。これがトヨタの行灯システムです。



私としまして、先ほどのER当直日誌で問題抽出をしたら、まずはすぐに経営陣からのオピニオンを得て、それをER内部でディスカッションしてもらい、改善案があればそれでよしとし、新たなPDCAサイクルを開始する。改善案がなければ、ER改善会議と救急委員会へとナイスパスを送って、また改善策を練るということを心がけております。我々経営陣(病院長・副院長)がクイックレスポンスを継続することが鍵だと思うのですが、はたしてそれだけでいいのでしょうか。私は、やはり現地現物が大事だと考えています。日誌を見ているだけではわからないことも多いですから、ERおよび病棟巡視を毎週一度おこなっております。



こちらが、先日100歳で亡くなられた故豊田英二さんです。英二さんは日頃から「ひとつの決断をしても、経営トップは旗振り役に過ぎない。そのふった旗にみんながついてくれなかったらダメだ」とおっしゃっていました。私が研修医のとき、ご母堂が入院しておられまして、そのお見舞いに見えるときは、アロハシャツなどを着て、真っ赤なカローラに乗ってやってきました。黒塗りのクラウンとかセンチュリーではないんですね。そのときに一番売れているトヨタの車をご自分で運転して、何かおかしいところがあるとすぐに指摘されたそうです。ですからチーフエンジニアたちは、英二さんが週末どの車に乗るのか、気が気ではなかったようです。残念ながら9月に亡くなられましたけれども、英二さんから学んだことは実に多く、いろいろなことを教えてくださいました。



当院の従業員の出入口には「安全は医療の入口」といった看板が掲げてありまして、我々はこれを毎日見ながら医療に従事しております。ご静聴ありがとうございました。

病院の現場から

—いま病院の医療安全に求められていること—

発表

[2] 医療安全管理者の役割について



寺山美華（てらやま みか）

自治医科大学附属病院医療安全対策部専従医療安全管理者、看護師

司会：つづきまして「医療安全管理者の役割について」自治医科大学附属病院医療安全対策部専従医療安全管理者の寺山美華先生、お願いいたします。

医療安全管理者に求められている仕事は幅広い

寺山：こんにちは。自治医科大学で医療安全管理者を務めております寺山と申します。私は大学病院の医療安全管理者となって5年目となりました。本日は、これまでの活動のなかで感じてきたことのひとつとして、ネットワークづくりについて少しお話しさせていただきます。

医療安全管理者の役割について改めて考えてみますと、本当に幅広いことをやっているなど感じております。事故の対応に始まり、発生要因の分析・改善策の検討だけでなく、その実施、そしてその評価と多岐にわたります。病院内で起こるすべてのことは、何かしらのかたちで医療安全につながってくるということもあって「医療安全管理者に報告したから後はお任せします」といった傾向があることも否めません。報告の内容は小ささまざまですが、ヒヤリハットの報告も多くあります。自分たちの施設で起きたことについて改善策を講ずることはできませんが、経験のない事故を事前に防ぐことは難しいところです。しかし、こうした医療事故はどの施設でも同じ状況下で起こりうることで、それを未然に対処するためには、そのリスクにまずは気がつかなければなりません。他施設で発生したヒヤリハットの情報と改善策を共有していきながら考えていくことは大事な資源となると思います。

医療安全管理者が連携を深めるためのネット

現在、私は栃木県内で医療安全管理者の「栃セーフティーネット」という活動をしておりますので、その活動についてご紹介しながら、医療安全管理者が抱える問題についてお伝えしたいと思います。

「栃セーフティーネット」の発足は2006年。医療安全管理加算の設定に伴い、多くの施設で医療安全管理者が配置されましたが、設立当時（2009年）に医療安全管理者に任命されたメンバーの多くが、新しい分野での活動に手探りの状態でした。医療安全管理者は看護職が配置されることが多く、初めての分野での活動に孤独と不安を抱えておりました。そうしたなかで、何かしらやりたいということで勉強会をはじめ、その企画のなかから人が集まり、ネットワークづくりが進んでいきました。

「栃セーフティーネット」のめざすところの第一は情報共有。そしてお互いに支え合うところにあります。一人で悩みを抱えず、みんなで連合軍となって、ほかの病院における活動や取り組みを役立てることを目指してきました。そのため「栃セーフティーネット」では、運営要綱のひとつとして「第4章：メーリングリスト 第11条（目的）：会員の医療安全に関する情報交換を推進する」を設けました。

Yahoo! グループのメーリングリストを利用しながら、日々の相談事、たとえば「こんなことが起きたのだけど、ほかの病院ではどうしているんだろう」といったちょっとした相談から情報収集、情報交換を活発におこなっております。ネットワークが立ち上がったことで情報共有が容易となり、それが医療安全推進にもつながり、医療安全管理者同士が支え合うことができるようになりました。平成25年度「栃セーフティーネット」の現状としては、以下のような内容となっております。

【メンバー】

各施設の医療安全管理者(全員看護師) 19名

アドバイザー（元メンバーや医師など）6名 合計：25名

【開催回数】 2カ月に1回の開催で年6回

【開催場所】 当番制：各施設の会場を提供する

【開催時間】 15:00～17:00

現在メンバーは25人おりまして、現職の医療安全管理が19名。そのほか現在は医療安全管理者ではないけれども経験が豊富な方、ドクターなどに参加していただいています。定例会として、2カ月に1回集まってミーティングをおこなっています。資金もありませんので、会場はもちよりのかたちで各施設の会場を提供していただきながら、1回2時間、開催しています。

「栃セーフティーネット」の活動

「栃セーフティーネット」では主に、[1] 情報交換 [2] 勉強会 [3] 施設見学 [4] 成果物の共有 という4つの活動をしています。

[1] 情報交換

近年、メーリングリスト上でどのようなことが話し合いのテーマになり、情報収集されているかといいますと、下記に挙げたような内容で、本当に日常のこまかいことについて、ほかのところではどうやっているのだろうかという相談のもちかけが主な話題となっております。

《近年のテーマ》

- ・小児水薬の計量について
- ・薬袋に記載されている患者情報の取り扱い
- ・酸素ボンベの交換時期・誰が交換するか
- ・インシデントレポートの集計・活用等について
- ・電子カルテにおける診療録の不正閲覧
- ・麻薬管理における薬剤師の介入状況
- ・患者影響レベルについて
- ・各種研修会・講演会の情報提供

[2] 勉強会

また「栃セーフティーネット」では勉強会を開催しておりまして、安全情報や知識の習得、新しい安全医材の紹介などをメンバー同士でおこなってきました。これまでにあった勉強会には、以下のようなものがございました。

- ・離床センサー内蔵型低床電動ベッド
- ・フォーリーカテーテル
- ・弾性ストッキング
- ・オーバーテーブル・ベッドサイドテーブル

[3] 施設見学

施設見学は、関心や興味があってもひとりではなかなかできないものだと思いますが、「栃セーフティーネット」医療安全管理者が一緒に集まっていろいろな施設を見学に行くことをおこなってきました。そこでまた学びを深め、コミュニケーションを図っています。これまでに訪れた施設には次のようなところがありました。

- ・テルモ研修センター（テルモメディカルプラネックス）
- ・自治医科大学メディカルシミュレーションセンター
- ・足利赤十字病院（新築移転）
- ・那須赤十字病院（新築移転）

テルモ研修センターのツアーでは、医療安全管理者だけでなく、県内から参加者を募ったところたくさんの応募がありまして、皆で知識を得、交流を深めることができ、たいへん好評でした。

〔4〕 成果物の共有

いろいろなところで医療安全に役立てられるようなものや改善策としてみいだされた情報の共有を積極的におこなっています。時間も資金もないなか、医療安全に有効な成果物を共有できることは、たいへん良い方法だと思います。

たとえば、自分たちのところにはないものを声かけして、あるところから提供してもらう。あるいは自分たちでつくったものをどうぞ使ってくださいと提供してもらうなど成果物や情報の交換が活発におこなわれています。これまで共有されてきたものとしては、転倒転落予防DVD（患者教育用）・転倒転落チェックリスト・患者影響度レベル基準・身体抑制フローチャートなどがございました。本当であれば、そうした共有情報について一つひとついねいにマニュアルづくりやチェックリストづくりをしたいところですが、医療安全の分野の活動はとても幅広く、まだそこまでは至っておりません。

「析セーフティーネット」活動のメリット

これまで一人で悩んでいたことも、すぐにメンバーに問いかけができ情報を得られることは、この活動の大きなメリットだと思います。また、情報を問いかけられた側では、「自施設で問題になったことはなかったけれど、実際どうなっているかな」と、ほかの施設からの相談や情報提供の依頼をきっかけに、自施設の状況を確認する機会を得て思わぬリスクの発見につながり、問題を未然に解決できたということもありました。

一方、活動から見えてくる医療安全管理者の抱える問題というものも多くあります。私は、大学病院という基盤のある大規模な施設で医療安全活動をしておりますので、外部組織からの情報も入りやすく、周囲の協力もありますが、県内の中小の施設で活動している人のなかには、病院の協力も十分でないまま一人で奔走している方もたくさんいらっしゃいます。事務的な処理でも協力が得られず、ひとり何役もの仕事を兼任しながら活動に従事している方もいます。

医学的な判断が必要なのに医師の協力が得られず、事象の解決に悩んでいるというケースも多く聞かれます。現場でレポート報告があったことについて調べに行くと、何をしにきたのかという感じで受け入れてもらえずにつらいという悩みを聞かれ

ることもあります。そのように施設によっては、まだまだ安全文化の醸成が進んでいません。医療安全管理者の仕事は、決して楽しいことばかりではありませんので、お互いに顔を知っているメンバー同士のネットワークが、孤独になりがちな医療安全管理者の活動を支え、心の支えになっています。

「析セーフティーネット」の今後の活動

医療安全管理者メンバーによる「析セーフティーネット」は、まだ公的な活動として認めてもらえていませんので、出席する方の取り扱いもまちまちです。しかし、こうした活動を有効に展開するためには、やはり公的な立場を設定してもらわないと、活動の幅も広がらないという意見も上がっています。

また、限られた時間と資源のなか、みんなで協力していくためには、合理的な手抜きをこれからも広げていく必要があるでしょう。皆さん日頃からストレスの多い状況のなかで働いていますので、先ほどの施設見学等もふくめて、息抜きのできるような企画を計画していきたいと考えております。

実際、病院の医療安全管理者には、いろいろなことが求められすぎておりまして、私たちも活動のなかで疲弊してしまうことが少なくありません。気持ちを前向きに保ち、小さな力を集めながら大きな力として医療安全活動を進めていきたいと考えてはおりますが、そのためにはやはり多くの方々の理解と協力が不可欠です。そのひとつとして、こちら医療安全全国共同行動は、看護職にかかわらず、多職種の方がかわりながら、たくさんの成果物を提供していただいております。この活動をまだ知れていない人たちに広めていくことも、知っている私たちの役割かと思えます。

看護職は研修会などに出ていろいろな知識を一所懸命に得てくるものの、それがなかなか実践できないということをよくいわれます。こうしたよい取り組みをして情報提供している場がたくさんありますので、そうしたことをできるだけ自施設に持ち帰って自分たちの医療安全に役立てていきたいと思えます。以上です。ご静聴ありがとうございます。

病院の現場から

—いま病院の医療安全に求められていること—

発表

[3] 部門・職能連携による組織的な取り組み



中村浩規（なかむら ひろのり）

東北公済病院医薬品安全管理責任者 薬剤師

司会：つづきまして「部門・職能連携による組織的な取り組み」について、おふた方から講演をいただきます。おひとりめは、東北公済病院医薬品安全管理責任者の中村浩規先生です。

持参薬のインシデント事例とその課題

中村：皆さまこんにちは。東北公済病院医薬品安全管理責任者の中村です。私は現在、薬局長と医薬品安全管理責任者を務めておりますけれども、以前には他院で病院全体の医療安全管理責任者も務めておりましたので、そのふたつの立場から、昨年新たに認められた病棟薬剤業務についてお話しさせていただきます。

薬剤に関する最近の医療事故といたしましては、持参薬のインシデントが報告されています（医療事故情報収集等事業第30回報告書より）。これは、患者の持参薬が院内不採用であることに気づかず、「ノルバスク」を処方するはずのところを誤って「ノルバデックス」を処方していたというものです。結果、関節リウマチ・高血圧の治療をしていた患者に、降圧剤であるノルバデックスが処方され、それがそのまま転院先の紹介状にまで記載されたため、患者は転院先も誤ってノルバデックスを内服することになりました。

なぜこうしたことが起きたのか。その要因を分析してみますと、この患者さんは夜間、緊急入院で入った方で、リウマチと高血圧の既往があり、複数の薬を内服していました。医師は、「ノルバ」という頭3文字の検索で表示されたほかの薬剤を誤って



選択し、そこで入力ミスが発生しました。患者さんのほうでも「ノルバデックス」を通常のリウマチの薬と認識しており、誤投薬の発見が遅れた原因にもなりました。この病院ではかねてより、類似名称医薬品の採用回避・ハイリスク薬の表示上の工夫（色による区別）・3文字検索での類似性に関する周知徹底、ポケットマニュアルにオーダー時に注意を要する薬剤の記載があり、毎年薬剤に関する医療安全講習実施等、さまざまな医薬品事故防止対策がとられておりました。

しかしそれでも持参薬の処方登録時にミスが起きてしまった。このときには、持参薬の調査に薬剤師が関与していませんでしたし、全病棟での薬剤管理指導がなされていなかったことも事故の背景にあるかと思います。似たような事例はこれまでほかの病院で起きておりますが、薬剤師が関与していれば、こうしたことは少なくとも防げたのではないかと思います。

薬剤師のあるべき業務と役割

こうしたなか、昨年2012年（平成24年）の診療報酬改訂で、病棟薬剤業務実施加算が認められました。これは入院基本料に100点（週1回）加算されるもので、算定要件としては、全病棟に選任の薬剤師を配置して、そこで週20時間の病棟に関する業務をおこなうものです。

この加算評価の目的は、勤務医や現場職員の負担軽減を図ること、薬物療法の有効性・安全性の向上によって医療安全を図ることにあります。病棟薬剤業務要件のなかには、入院時の持参薬の確認。その服用計画に薬剤師が提案しなさいということ。また、患者に対してハイリスクのある薬を投与する場合は、薬剤師が事前に詳細な説明をすることといったことも記載されています。

病棟薬剤業務実施加算に関しては、2007年（平成19年）に厚生労働省が「病院における薬剤師の業務及び人員配置に関する検討会」をおこなって、どういうことをすべきかが検討されています。その検討会では、薬剤師が有効に活用されている病院を調査して、病院薬剤師のあるべき業務と役割を報告書としてまとめています。そこに記されている内容は以下のとおりで、私たち薬剤師の業務として、薬歴に基づいた処方監査や入院患者の持参薬管理、医療安全確保のための情報の共有化といったことが求められています。



▼病院薬剤師のあるべき業務と役割

厚労省「病院における薬剤師の業務及び人員配置に関する検討会」報告書（H19.8.10）

- [1] 医療・薬物治療の安全確保と質の向上のための業務
 - 1. 医療の安全確保のための薬歴に基づく処方鑑査の充実
 - 2. 患者情報に基づく服薬指導と薬学的ケアの実施（病棟における医薬品関連業務への参画）
 - 3. 入院患者の持参薬管理
 - 4. 注射剤の処方せんに基づく調剤の実施
 - 5. がん化学療法への参画
 - 6. 手術室、集中治療室等における病院薬剤師による医薬品の適正管理
 - 7. 高齢者に対する適正な薬物療法への参画
 - 8. 精神科領域薬物療法における患者の服薬遵守の向上
 - 9. チーム医療への参画による安全性の確保と質の向上（感染制御チーム、緩和ケアチーム、褥瘡対策チーム、栄養サポートチームへの参画）
 - 10. 個々の患者に応じた薬物療法への参画（院内製剤業務の実施と薬物血中濃度の測定・解析による薬物療法の最適化）
 - 11. 夜間・休日における病院薬剤師の業務の実施
- [2] 医療の安全確保のための情報に関する業務
 - 1. 医療安全確保のための情報の共有化
 - 2. 医薬品の採用に必要な情報の収集と提供
- [3] その他取り組むべき業務
 - 1. 教育・研修への積極的な関与
 - 2. その他

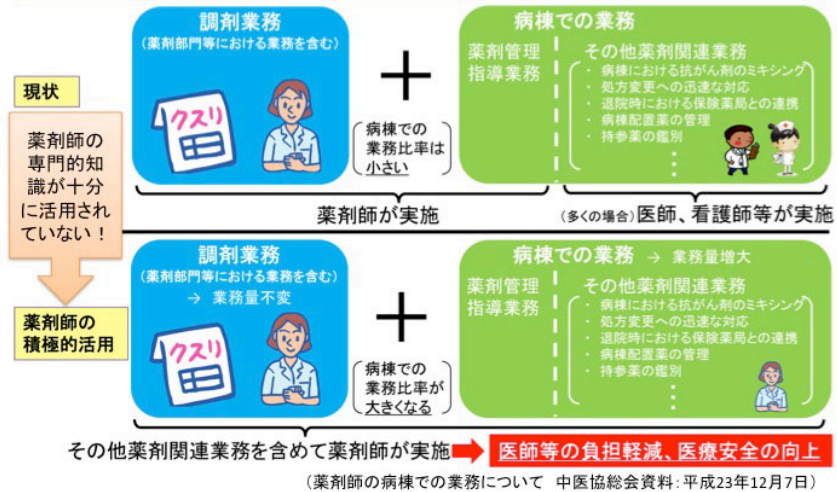
これまでの薬剤師の業務といいますと、調剤業務と病棟での薬剤管理指導業務、いわゆる服薬指導をメインとした薬学的な管理業務がほとんどでした。今でこそ抗がん剤のミキシングや持参薬の鑑別なども薬剤師の業務ですが、そうしたことを医師や看護師がおこなっているところも少なくありませんでした。

「病院における薬剤師の業務及び人員配置に関する検討会」の調査で、薬剤師の知識を活かしていろいろな取り組みをおこなっている病院があることがわかった一方、薬剤師の専門知識が十分に活用されていないところも多いのではないかとということになり、薬剤師の業務を拡大し、これまで医師・看護師がおこなっていたことを薬剤師がおこなう方向が検討され、そのことによって医師の業務負担を軽減し、医療安全の向上に結びつけることになりました。



▼ 薬剤師の業務のイメージ

- 薬剤師の病棟での業務は、薬剤管理指導業務とその他薬剤関連業務に分類できる。
- 後者は、現状では、医師、看護師等が実施していることが多いが、医師等の業務負担や医療安全上の問題につながっているものと考えられる。

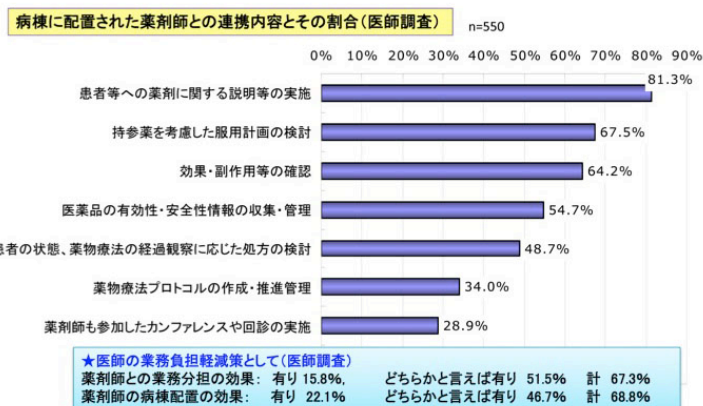


薬剤師と勤務医・看護職員との連携

実際、医師と薬剤師がどのように連携しているかといいますと、服薬指導業務のほかに、持参薬の計画や薬物療法の相談、情報提供などの業務がおこなわれています。こうした連携によって、3分の2の医師から業務負担軽減につながっているという評価報告が示されています。

▼ 病棟に配置された薬剤師と勤務医との連携内容

- 現状で病棟に配置された薬剤師は、勤務医と連携して、多岐にわたる病棟での業務を実施している。

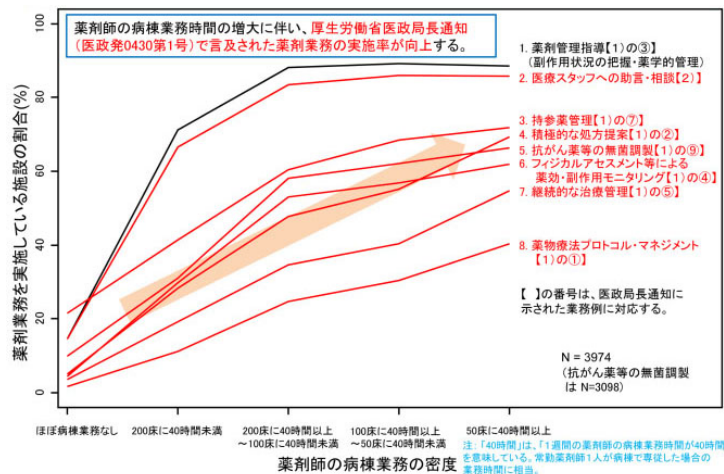


同じように看護師長・看護師にも調査をしたところ、薬剤師が薬剤管理指導業務や持参薬の管理、病棟配置薬の管理をしており、看護業務においても3分の2から業務負担軽減になったと評価されています。こうした調査結果を受けて、2010年 (平成22年) の医政局長通知「医療スタッフの協働・連携によるチー



「ム医療の推進について」では、病棟における薬剤師の役割が一番先に挙げられ、薬剤師を積極的に活用したい業務として、医師・薬剤師の間で事前に作成・合意されたプロトコルに基づいて医師と協働しながら薬物療法を実施すること。副作用のモニタリングをして、必要に応じて薬剤の変更等を提案すること。入院患者の持参薬の内容を確認し、医師に対して服薬計画を提案すること。抗がん剤などの適切な無菌調整をおこなうことなどが挙げられています。下図はこうしたことを従来から積極的におこなっている病院では、病棟に薬剤師が勤務している時間が多いほど、薬剤師が活躍していることを示しています。

▼ 薬剤師の病棟業務時間と薬剤業務を実施している施設の割合と関連



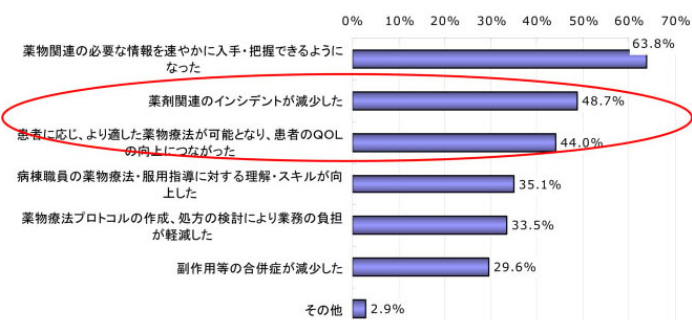
薬剤師の病棟業務によるメリット

薬剤師が病棟で業務することで、医師・看護師の負担が軽減する以外にどのようなメリットがあるかといいますと、それはやはり薬剤関連のインシデントの減少にあります。これも調査のうえからわかってまいりました。

▼ 薬剤師の病棟での業務によるメリット（負担軽減以外）

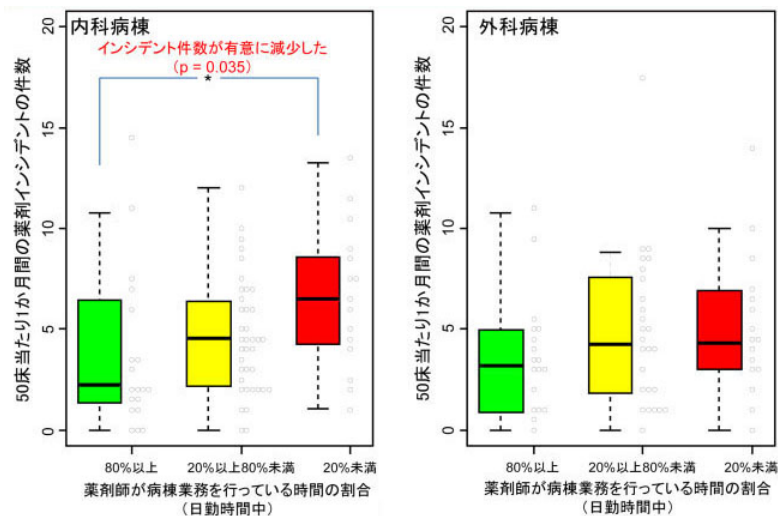
○ 薬剤師の病棟での業務については、勤務医の負担軽減だけでなく、医療安全等の観点からもメリットがあるとの回答があった。

薬剤師の病棟での業務によるメリットの内容とその割合（医師調査） n=550



下図を見ますと、薬剤師の日勤業務時間が80%以上の病棟のところほどインシデントが減少する傾向が見て取れます。これは薬をたくさん使う内科病棟では特に顕著ですが、外科病棟でも同じような傾向が見られます。こういったデータから、薬剤師が病棟にいることによって、インシデントが減少するということが示されたと思います。

▼ 薬剤師の病棟配置時間と薬剤に関連するインシデントの発件数との関連

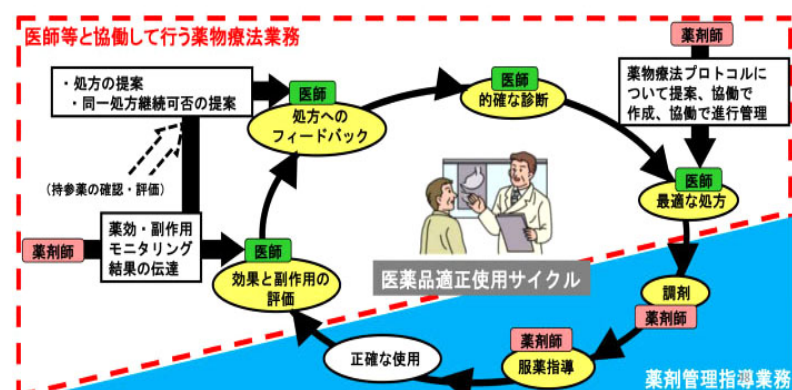


松原和夫ほか：薬剤師の病棟勤務時間が長いほど薬剤に関連するインシデント発生は少ない—国立大学病院における調査, 薬学雑誌, 印刷中より引用改変

病棟薬剤業務における看護師管理薬準備の関与

薬剤師はこれまで、服薬指導業務を中心とした薬剤管理指導業務を担ってきましたが、これをおこなうにあたっては、いろいろな事前準備が必要です。その準備としては、指示書を見て内容をチェックしたり、医師や看護師さんと情報交換をしたりといったことがあります。この準備の部分が、いわゆる診療報酬のなかでなかなか評価されてこなかったということで、このたびの病棟薬剤業務実施加算の改定となりました。

▼ 薬物療法における医師と薬剤師の協働（イメージ）



安心と希望の医療確保ビジョン（抜粋）

平成20年6月 厚生労働省

医療機関に勤務する薬剤師がチーム医療の担い手として活動するために、病棟等での薬剤管理や、医師・看護師と患者・家族の間に立ち服薬指導を行うなどの業務の普及に努める。また、医薬品の安全性確保や質の高い薬物療法への参画を通じ医師等の負担軽減に貢献する観点から、チーム医療における協働を進めるとともに、資質向上策の充実も図る。

日本病院薬剤師会では、薬剤師の病棟業務の進め方の指針を示しています。そこには以下のような内容が書かれておりまして、赤く示したところが病棟薬剤師がいることによって、直接的にインシデントが防げる業務に当たるかと思います。

▼ 病棟薬剤業務実施加算対象業務

（日本病院薬剤師会 薬剤師の病棟業務の進め方 Ver1.1 H25.2.9より抜粋）

- ①入院時患者面談
患者基本情報の収集
持参薬調査、報告書作成
- ②患者状況の把握
病棟ラウンド
アドヒアランス、副作用チェック
相互作用チェック
ハイリスク薬の事前説明
- ③癌化学療法・疼痛管理
レジメンチェック
副作用軽減提案
疼痛管理、処方提案
- ④処方提案
用法・用量の提案
処方・検査オーダー入力支援
TDMの報告とコンサルテーション
- ⑤DI情報の収集・提供
DI室、MRとの情報連携
病棟スタッフへの周知
DIに関する相談対応
- ⑥外部への副作用報告
- ⑦他職種との連携
病棟カンファレンスへの参加
病棟回診への同行



他施設との情報提供（交換）

⑧抗癌剤の無菌調製

⑨病棟内の薬剤管理

スタッフの薬剤取扱管理

⑩在庫管理

東北公済病院での薬剤業務安全管理の取り組み

皆さんもご存じのように、薬剤に関するインシデントは、病院のなかでだいたい25～30%を占めているかと思います。そのなかでも約8割以上が、与薬ないしは注射実施の場面で起きています。先に紹介した持参薬のインシデントをはじめとする薬剤の事故を防ぐための関連業務として、当院の薬剤師と看護師が協働しているところの例をお示しします。

下写真（左）は持参薬の報告書です。持参薬は後発品のことも多く、似たような名前やその院内で使ったことのない薬も入ってくるためいろいろ間違いが起こりやすい。当院は、まだ電子カルテになっておりませんので、転記ミスを防ぐために、こういった持参薬報告書を、内服薬チェック表（下写真右）にそのまま貼り付けし、準備した薬剤と照合・確認しています。

The image shows two forms used for medication management. The left form is a '持参薬報告書' (Outpatient Medication Report Form) with a grid for recording medication details. The right form is an '内服薬チェック表' (Oral Medication Check Sheet) with columns for medication name, usage, and a grid for recording administration status. A blue arrow points from the left form to the right form, indicating the transfer of information.

内服薬チェック表を基に、管理している与薬ボックスに薬を配置します。下写真が与薬ボックスに薬剤を配置したもの。手前から、朝・昼・夜と順番に配薬されていて、看護師と薬剤師が内容をダブルチェックします。気になる患者さんについては、当人に直接接して説明することもあります。これを病棟のほうに持っていきまして、患者さんは服用後、そのPTP空シートを

ボックスに入れて、薬剤師と看護師は回収した空を見て、残薬がないか、服用したかどうかをチェックします。



下の写真はほかの病院の例ですが、このように薬剤師が作成したお薬説明書を印刷して、薬剤の画像を確認できるようにしてあるところもあります。ボックスの色は、朝：赤、昼：黄、夕：緑、就寝前：白と全病棟で統一されています。1日分を服用順に午前中に配薬し、チェック表には、準備者と看護師のダブルチェック表を貼り付けています。画像を見ながら現物を一致させていくので非常にわかりやすい。説明書には、1回に飲む量も書いてありますので、個数も正しく確認できます。こうした方法を取り入れることで、インシデントが減ったという報告もありました。

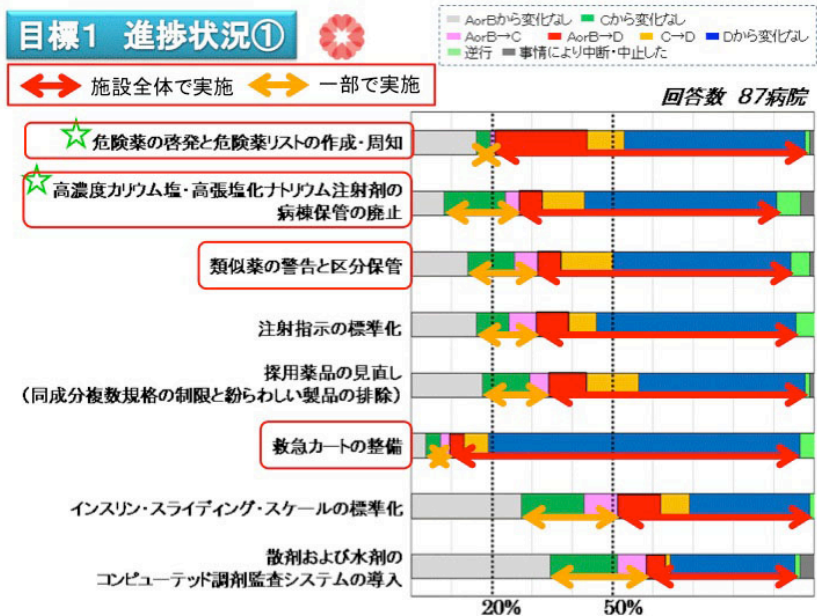


病棟薬剤師の業務がもたらすブレークスルー

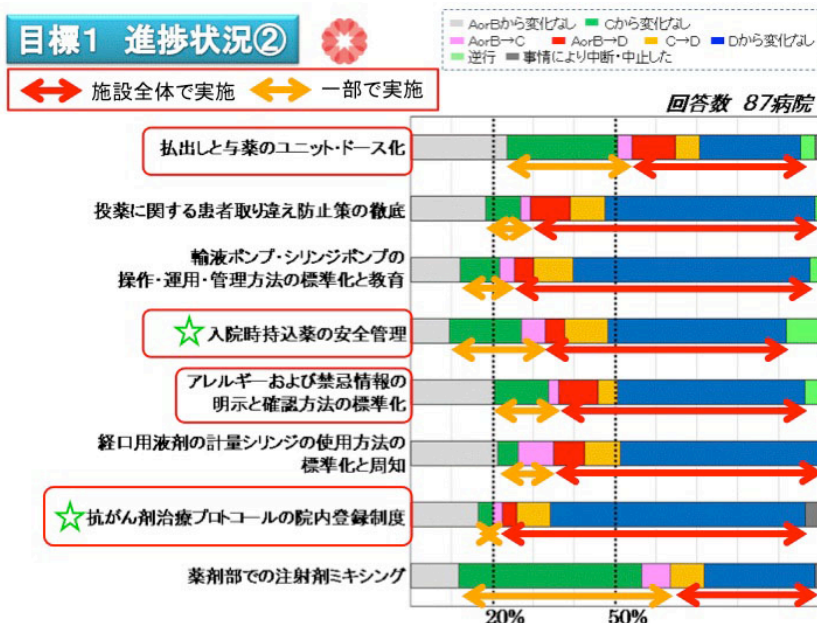
下図スライドは、医療安全全国共同行動の目標「危険薬防止チームのベストプラクティス16」で、ファストステージが終わったときの進捗状況を調査したものです。赤い部分は全病棟でおこ



なっている業務ですが、それ以外は一部もしくは取り組んでいない部分です。この赤枠で囲ったところが、病棟薬剤師が病棟でおこなう業務になるかと思います。



下図スライドの進捗状況を見ましても、業務が十分におこなわれているとはまだまだ言い難い。つまり、病棟に一人ずつ薬剤師を配置することによって、こういったところの問題が改善されていくのではないかと考えています。そしてそれが目標達成のブレークスルーとなるのではないかと考えています。



医療安全推進における薬剤師の役割

医療法では「医薬品の安全使用のための業務手順書」を示しておりまして、医薬品安全管理責任者は「医薬品の安全使用のための業務手順書」、すなわち医療安全のためのマニュアルをつくるよう求められています。その作成マニュアルの項目の8に入院患者さんへの医薬品使用という項目があり、医薬品の管理や投薬、使用、注射薬の投与について適切に指示するためのマニュアルづくりが示されています。このあたりは一般的に、医療安全管理、ヒューマンエラーとしての医療安全管理の部分になるかと思いますが、ここに示されている限り、やはり医薬品安全管理者も見すごせません。

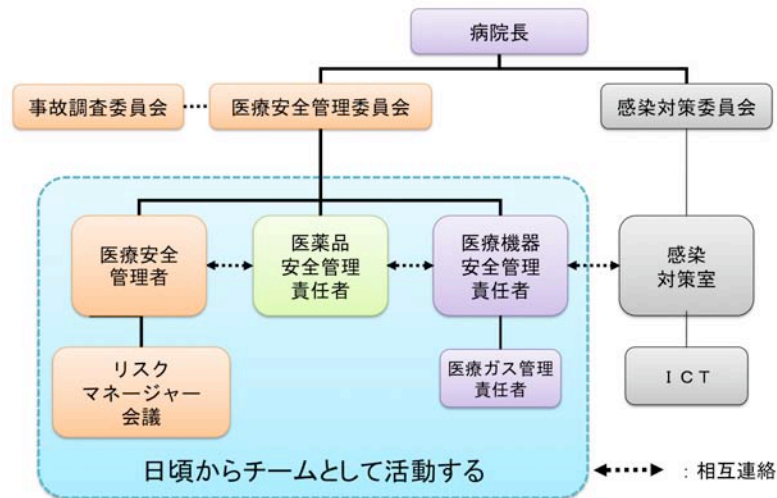
▼ 「医薬品の安全使用のための業務手順書」の項目

(手順書作成マニュアル：厚労科研班、平成19年3月より)

1. 医薬品の採用
2. 医薬品の購入
- ：
- ：
8. 入院患者への医薬品使用
 - 1.投与
 - ①内服薬・外用薬・注射薬の投与
 - ②特に安全管理が必要な医薬品（要注意薬）の投与
 - ③薬剤投与のための機器使用
 - ④輸血の実施（血液製剤の使用）
 - 2.服薬指導
 - 3.投与後の経過観察
 - 4.医薬品使用による患者急変時の応急体制の確立
 - ：
 - ：
9. 医薬品情報の収集・管理・供給

下図は病院の医療安全管理体制の組織図です。医療安全管理責任者や医薬品管理責任者は、薬局長や薬剤部長が務めていることが多いと思いますが、本日ここでお話した病棟薬剤師やほかの薬剤師は、その組織管理下で活動することになります。医療安全の推進のためには、やはりただ連携をとればいいというのではなく、医療安全管理者と医薬品安全管理責任者、すなわち薬剤師、そして医療機器安全管理責任者が、日頃からチームとして活動して医療安全に務めていく必要があります。その連携は不可欠です。

▼ 医療安全管理体制（組織例）



病棟薬剤業務は、もともと医師や病院スタッフの業務負担軽減という目的からきたものですが、一方で、薬剤師の医薬品安全、医療安全への貢献も求められています。病棟に常駐しているわけですから、やはり病棟中のリスクマネージャーとしての活躍が社会的にも求められると思います。

ただ、先ほど算定加算の要件のところでも示したように、規定に則って各病棟にひとりの薬剤師を20時間業務であてがうのはなかなかハードルが高く、人件費、職種枠、就職率の面から課題が多いと思います。20時間というのは、平日5日間がおよその稼働時間となりますが、要件は入院基本料が対象ですから、実際には7日間で20時間に対処しなければなりません。長期休暇などについては、その分をどこかで回復しなければならず、人員不足の懸念があります。

病棟薬剤業務実施加算に対しては、すでにいろいろなところが手を挙げていまして、現在全国で約1100施設ほどが取得しています。しかしこういった諸々の課題があり、なかなか加算要件にまで至りません。加算を得た施設であっても、これまでの薬剤指導管理業務のほかに、病棟での業務をおこなうこととなりますので、かなり業務が多忙になることが想像できます。

というところで、私の最後の皆様へのお願いです。課題はございますが、薬に関する医療安全を進めるためにも、ぜひこうした加算をとっていただきたいと思いますし、課題を克服できないにしても、病棟での薬剤師への応援とご協力をお願いしたいと思います。どうもありがとうございました。

病院の現場から

—いま病院の医療安全に求められていること—

発表

[3] 部門・職能連携による組織的な取り組み



本間 崇（ほんま たかし）

医療法人社団善仁会本部医療安全推進部 臨床工学技士

司会：「部門・職能連携による組織的な取り組み」について、もうお一方、医療法人社団善仁会本部医療安全推進部から本間崇先生お願いいたします。

医療機器の安全管理責任者の配置

本間：皆さまこんにちは。医療法人社団善仁会本部医療安全推進部の本間と申します。日本臨床工学技士会で安全対策の理事をしておりますので、今日は、臨床工学技士に関わる資格、望まれることについて、つづいて当グループの取り組みについてお話ししたいと思います。

これまでの皆さまのお話にもありましたように、第5次医療法改正において、医療機器安全管理責任者を選任しなければならないことになりました。その要件に「医療機器に関する十分な知識を有する常勤職員」があり、医師・歯科医師・薬剤師・看護師・診療放射線技師・臨床検査技師・臨床工学技士・助産師（助産所の場合）・歯科衛生士（歯科医業に限る）のいずれかの資格を有していることが必要となります。

医療機器安全管理者の業務 局長通知（医政発第0330001号）

病院等の管理者（病院長）は、医療機器の安全使用のための責任者 医療機器安全管理責任者を選任する。医療機器安全管理責任者は、医療機器に関する十分な知識を有する常勤職員。医師、歯科医師、薬剤師、看護師、診療放射線技師、臨床検査技師、臨床工学技士、助産師（助産所の場合）、歯科衛生士（歯科医業に限る）

のいずれかの資格を有している者から選任する。ただし病院においては管理者との兼務はできません。

医療機器について十分な知識ということであれば、このなかの職種のなかではやはり臨床工学技士が一番適任であろうと思います。それに伴って、安全管理委員会と連携して、以下の3つのことを実施していきなさいというのが、第5次医療法改正のなかの医療機器に関する管理であります。

医療機器安全管理者の業務 局長通知（医政発第0330001号）

病院等の管理者の指示の下に、次に掲げる業務を行なうものとする。なお、病院及び患者を入院させるための施設を有する診療所においては、安全管理委員会との連携の下、実施体制を確保すること。

- (1) 医療機器の保守点検の計画策定と保守点検の適切な実施
- (2) 医療機器の安全使用のための情報収集と改善策の実施
- (3) 医療機器の安全使用についての研修を従業者に実施

医療関係職と事務職員等との間等での役割分担

もうひとつ、平成19年12月に医政局長通知で「医師及び医療関係職と事務職員等との間等での役割分担の推進について」という法令が出ております。これは医師や看護師さんの業務をほかの部署の人たちを十分に活用しなさいという内容のものです。

平成19年12月28日 医政局長通知（医政発第12280001号）

（医療機器の管理）生命に影響を与える機器や精密で複雑な操作を伴う機器のメンテナンスを含む医療機器の管理については、臨床工学技士法に基づき、医師の指示の下、臨床工学技士が行うことができるとされているところであるが、医師や看護職員のみで行っている実態も指摘されている。臨床工学技士の積極的な活用を図り、医師や看護職員の業務を見直すことで、医療安全の確保及び医師等の負担の軽減が可能となる。

医療機器の管理は臨床工学技士法において、臨床工学技士が業務をおこなうことになっていますが、現場では医師または看護師がおこなっている実態があります。そういったなかで、臨床工学技士がいる施設では、臨床工学技士の積極的な活用を図って医療安全の確保をおこない、医師や看護師の負担軽減を図っ

ていきなさいという提案がなされました。当グループにおきましても、このふたつのことを踏まえて、医療機器安全管理責任者についてはすべて臨床工学技士がおこなっております。

医療機器安全管理責任者の職種と配置状況

一般の病院では、臨床工学技士が医療機器安全管理責任者を担っていることが多いのですが、日本臨床工学技士会では臨床工学技士がどのような業務をおこなっているかを2010年と2012年に実態調査をいたしました。その結果が下記になります。

(日本臨床工学技士会 2010・2012年「臨床工学技士に関する実態調査」より)			
職 種	2010年 N=3585	2012年 N=3515	増減
臨床工学技士	58.5%	64.1%	+5.6%
医師	27.6	29.8	+2.2
診療放射線技師	2.3	2.3	0
看護師	1.5	1.7	+0.2
臨床衛生検査技師	1.1	0.6	-0.5
薬剤師	0.4	0.3	-0.1
その他	8.6	1.2	-7.4

会員のところに配布しておりますのでパーセンテージは上がっておりますが、医療機器安全管理責任者の配置は、2012年で64.1%と2010年と比べて5.6%増えております。医師が29.8%。診療放射線技師が2.3%。看護師、臨床衛生検査技師、薬剤師とつづいております。

下図は、総務省行政評価局が今年平成25年の8月に出した医療機器安全管理責任者の配置状況です。N=143ということで調査数が少ないのですが、当然病院では100%配置されています。有床診療所は91.1%。無床診療所は83.3%というのが平成24年度のデータでございました。

そのなかで医療機器安全管理責任者がどのように配置されているかというと、医師が44.7%。臨床工学技士が37.7%。臨床工学技士だけで見ますと、有床診療所12.5%。無床診療所11.1%、平均で24.5%ということで、規模が小さくなればなるほど、臨床工学技士の配置が少なく、医師がやられているところが多くなることがわかります。

総務省行政評価局 平成25年8月

平成24年11月末現在

「医療安全対策に関する行政評価・監視報告書」より

(N=143)

区分	病院	有床診療所	無床診療所	合計
配置している	100	91.1	83.3	94.4
配置していない	0	8.9	16.7	5.6
				(単位:%)
医師	44.9	55.4	66.7	51.7
臨床工学技士	37.7	12.5	11.1	24.5
看護師	5.8	16.1	0	9.1
診療放射線技師	8.7	5.4	5.6	7
臨床検査技師	2.9	1.8	0	2.1

医療機器安全管理責任者と他職種との関わり

医療機器安全管理責任者とほかの職種との関わりとして、私が個人的に必要と思われるのは以下の5点です。すべての有資格者が、医療機器を扱うため使用法や点検事項を共有する必要があります。

- [1] 医療機器の保守点検の実施（日常点検等）
- [2] 医療機器の精度管理（薬液の注入など）
- [3] 医療機器の安全な操作（操作マニュアル等）
- [4] 医療機器の使用に関する教育（電気の知識等）
- [5] その他

[1] 医療機器の保守点検の実施は法的にも義務づけられているもの。[2] の精度管理というのは、医師から指示された薬液が決められた時間にきちんと投与できているかなどの精度管理ができているかどうかということ。それにプラスして、ここには載せていませんが、安全対策として気泡検知器などの安全装置の点検などもふくまれます。それから [3] の操作マニュアルというのは、正しいマニュアルをつくって安全な操作をおこないましょうということ。そして [4] 医療機器の使用に関する教育。ここには電気の知識等と書いてありますが、昨今も福岡市の病院で火災が発生して、スプリンクラーの設置が今問題になっております。やはり電氣的なことをきちっと理解したうえで医療機器を扱っていかねばなりません。そういった教育も他職種との関わりのなかで大切になってくるのではないかと思います。

社団善仁会グループの取り組み

医療法人社団善仁会グループがどのように医療安全管理に取り組んでいるかといいますと、下記に示す4つの項目を挙げて対応しております。

- [1] 医療安全管理合同委員会（医療安全管理者・RM等）
 - ・インシデント集計・対策案
 - ・医療安全ニュースの発行
 - ・RMによるラウンド
 - ・研修会の開催
- [2] 感染予防対策委員会（感染対策委員）
 - ・感染症の集計・対策
 - ・ICTラウンドの実施
 - ・研修会の開催
- [3] 医療機器安全管理合同委員会（医療機器安全管理責任者）
 - ・機器の保守点検状況把握
 - ・医療機器の操作等のマニュアルの見直し
 - ・勉強会の開催
- [4] 医薬品安全管理合同委員会（医薬品安全管理責任者）
 - ・医薬品の適正管理
 - ・勉強会の開催

[1] と [2] は委員会の設置が義務づけられているもの。[3] と [4] は責任者の配置ということで色分けしてあります。ここに挙げた医療安全、感染予防、医療機器については、ここにいらっしゃる先生方はすでに自施設でやられていることかと思えます。

ここでは研修と勉強会とを分けております。研修会というのは法的に義務づけられたもので、医療安全と感染予防については、年に2回の研修会の実施をうたっておりますことから、医療機器の勉強会とは分けてとらえております。

社団善仁会グループの医療安全に関する組織構成

当グループは現在数十施設ございます。それぞれ独立して運営をおこなっておりますので、医療安全に関する全体としての組織をつくるために、次のような組織を構成いたしました。

医療安全・感染予防・医療機器・医薬品それぞれに関わる4つの委員会がありまして、それぞれの委員会は、医師・看護師・臨床工学技士・薬剤師・事務部で構成されています。



この委員会は月に1回開催されておりまして、その内容が医療安全統括推進委員会に報告されます。私がこの医療安全統括推進委員会の議長をやっておるのですが、ここには医師1名・看護師2名・臨床工学技士3名（ここには私が入っています）・臨床検査技師1名・薬剤師1名・事務部1名で構成されています。

医療安全統括推進委員会の役割と安全管理体制

この医療安全統括推進委員会では、[1] 毎月開催される各委員会からの会議報告 [2] 各委員会からの提案事項の検討と決定 [3] 決定事項を職員へ伝達し徹底を図る などをおこなっております。決定した内容が全職員に徹底されているように伝達をおこなっていくことが推進委員会の役割であり、各委員会からあがってくる情報を共有することで、安全な医療を提供することを目的としています。

また、施設における安全管理体制としては、以下の3つのポイントが求められるのではないかと思います。

- [1] 医療機器安全管理責任者は、電気・工学的知識を有する臨床工学技士がおこない、各部署との連携を図っていくこと
- [2] 医療安全・感染対策・医療機器・医薬品の各委員会が横断的に意見を述べあって連携を図ること
- [3] 医療機器を安全に使用するためには、臨床工学技士だけでなく他の医療職種が連携し、医療機器の操作手順・保守管理等を共有する新たな「医療機器安全管理チーム」などの構築をおこなうこと

最後に挙げた [3] の項目はご提案ということになります。一部、当グループでも始まっておりますが、まだ名前がついておりませんが、栄養管理や呼吸管理など、当グループにはいろいろな治療チームがございます。そのチームのなかでも医療機器の安全管理について検討が進められています。そのチームにも医師をふくめ、看護師・臨床工学技士・その他の職種が入って、機器の扱いやすさを検討したり、新しいマニュアルをつくったりなど、「医療機器安全管理チーム」としての機能を構築していくことが必要ではないかと思います。ご静聴ありがとうございました。

講演

薬局が取り組む医療安全



舟根一恵（ふなね かずえ）

株式会社 旭薬調剤センター医療安全情報対策室

司会：つづきまして「薬局が取り組む医療安全」について、旭薬調剤センター医療安全情報対策室の舟根一恵先生にお願いしております。

旭薬調剤センターの概要と医療安全情報対策室について

舟根：北海道からまいりました舟根と申します。今日は薬局の取り組みについてお話しする機会を与えていただきまして、ありがとうございます。

医薬品の適正な使用と安全確保は、薬剤師に期待されるもっとも重要な役割です。薬局においても、医薬品の安全使用のための情報収集や調剤過誤防止対策など、さまざまな取り組みがおこなわれています。当社においては、医療安全情報対策室を設置し、医療安全に取り組んでおりますので、その業務を紹介いたします。

▼ 株式会社旭薬調剤センターの概要（平成25年7月～9月平均）

旭薬 みどりがおか 薬局 旭川医科大学病院 前	旭薬 ホクト 薬局 旭川赤十字病院 前	旭薬 ナナカマド 薬局 市立旭川病院 前	関連会社 ひがしかわ 薬局 東川町立診療所 前
処方箋 受付枚数 6,279枚／月	処方箋 受付枚数 2,784枚／月	処方箋 受付枚数 2,518枚／月	処方箋 受付枚数 1,439枚／月
薬剤師 11名 (常勤9名、非常勤2名)	薬剤師 5名 (常勤5名)	薬剤師 4名 (常勤4名)	薬剤師 3名 (常勤3名)
事務職員12名 (常勤11名、非常勤1名)	事務職員 8名 (常勤7名、非常勤1名)	事務職員 8名 (常勤5名、非常勤3名)	事務職員 3名 (常勤3名)
平成5年4月開局	平成9年9月開局	平成12年9月開局	平成21年3月開局



旭川薬剤師会 会営である旭薬調剤センターには 4 つの薬局があり、合わせて月に約 1 万 3000 枚の処方箋を調剤しています。早くより散薬鑑査システムやバーコードピッキングシステムを全薬局に導入して、調剤業務のシステム化によるハード面での環境整備をしています。それに加え、インシデントレポートを用いた調剤過誤防止対策や医薬品の安全性情報の収集など、薬局ごとに医療安全に積極的に取り組んでまいりました。

それをさらに強化し、会社全体として相乗的に活かすために、各薬局の医療安全を横断的に担う部門として、2012 年 4 月に医療安全情報対策室を設置し、私が医療安全管理者として任命されました。

【構成】

- * 医療安全管理統括責任者（開設者）
- * 医療安全管理者
- * 医薬品安全管理責任者（各薬局の管理薬剤師）4 名

医療安全管理体制を薬局に取り入れるための研修会

医療安全情報対策室の業務を始めるにあたり、病院の医療安全管理体制を薬局に取り入れるために、昨年 2012 年の 7 月 25 日～8 月 1 日の 6 日間にわたり、大阪市の医療法人橘会 東住吉森本病院で研修をしてまいりました。こちらの病院の専従の医療安全管理者は薬剤師が担っています。1995 年から薬剤師を病棟に常駐配置し、早くから医薬品の安全管理に取り組んでいる病院で、診療報酬上の医療安全対策加算 1 を取得しています。医療安全管理部長の渡邊幸子先生のもとで、病院における医療安全管理体制の整備の仕方と専従の医療安全管理者が組織の中でどのような取り組みをおこなっているかを学ばせていただきました。

【医療法人橘会 東住吉森本病院】（2012 年 4 月 1 日現在）

- * 病床数：329 床
- * 平均在院日数：16.8 日
- * 院外処方せん発行率 100%
- * 常勤職員数：561 名
 - 医師：61 名
 - 看護師：272 名
 - 准看護師：27 名
 - 薬剤師：19 名
 - 医療安全管理者：1 名（薬剤師）
- * 医薬品安全管理責任者（各薬局の管理薬剤師）4 名



医療安全管理部



医療安全管理委員会



医療安全研修会



薬剤師の病棟業務



ICT のラウンド

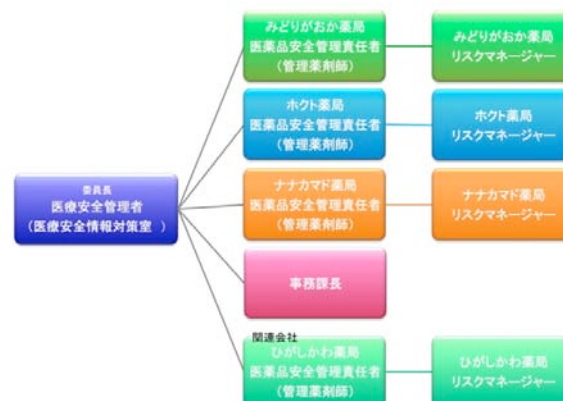
医療安全情報対策室の業務内容

研修の成果をもとに、薬局の業務に合わせた医療安全管理体制の整備を始めました。主な業務内容を説明いたします。

1. 医療安全管理委員会の運営
2. 医療安全情報対策室による情報収集と発信
3. 医療安全管理者による薬局訪問
4. 調剤事故発生時の対応業務

まず医療安全管理委員会の運営です。医療安全管理委員会は、4つの薬局の医薬品安全管理責任者と、各薬局のリスクマネージャー、そして事務課長と私の10名で構成されています。2カ月に1度、定例委員会をおこない、その間に話し合いが必要な事案ができた場合はメールを通じた意見交換をします。

医療安全管理委員会の構成



今までおこなってきた委員会の取り組みを紹介いたします。委員会が発足する前は、それぞれの薬局内で調剤過誤やインシデントが報告されていましたが、報告される事例レベルにばらつきがありました。それを統一し、報告が適切・円滑に実施されるために事例のレベルを定義しました。日本薬剤師会の用語の定義とは少し異なっていますが、軽微な事例も報告に上がってくるようにレベル分類しました。

◎ 当社における調剤事故・インシデントのレベルを定義

患者への影響	事例レベル	薬局から見た事例レベル	報告数評価	用語	報告書式
あり	レベル5 死亡した事例	未回収事例 (服用後に発覚)	少ない方が安全な薬局	調剤事故	調剤過誤報告書 (事故レベル1以上) <処方医にも報告>
	レベル4 障害が一生続く事例				
	レベル3 治療の必要が生じた事例				
	レベル2 観察強化や検査の必要性が生じた事例				
なし	レベル1 服用後に気づいたが、健康被害がなかった事例	交付後、服用前に回収	報告なしは安全意識が高い薬局	インシデント	インシデントレポート (事故レベル0a)
	レベル0b 薬剤交付後に気づいたが、患者に健康被害が予測される場合				
	レベル0a 薬剤交付前に回収				
	レベル・ハイリスク レベル0だが薬性されれば患者に健康被害が予測される場合				

患者が服用

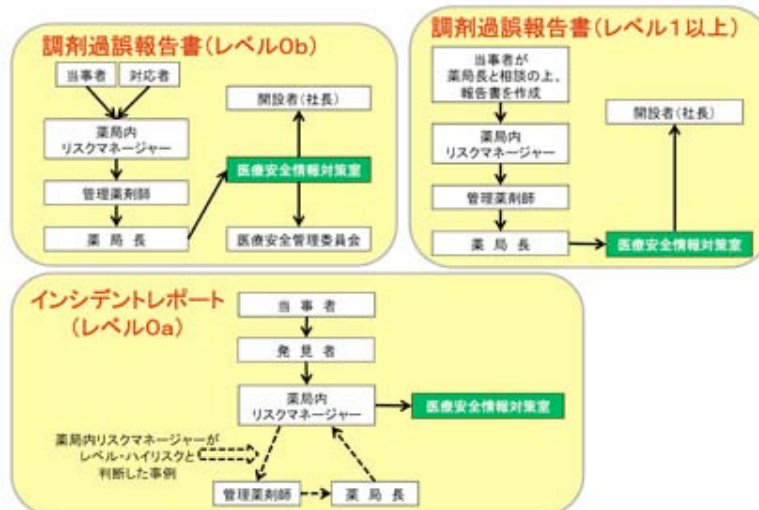
薬剤交付

参考
『新人薬剤師・薬学生のための医療安全入門
—調剤過誤防止から副作用の早期回避まで—』
編集・小茂田 昌代氏

そして、社内統一の事例レベルに対応する、調剤過誤報告書 2 種、インシデントレポート 5 種、苦情報告書 5 種の書式を作成し、報告の流れを統一いたしました。

◎ 調剤事故報告書・インシデントレポート書式作成

こちらが報告の流れです。すべてのインシデントレポートと調剤過誤報告書が医療安全情報対策室に上がってくる流れになっています。



医療安全管理委員会の取り組み

医療安全管理者は、この報告を集計し、全薬局の結果をまとめたものを職員全員に回覧します。各薬局では、この「まとめ」を用いて他薬局での事例を共有し、再発予防策を話し合い、その内容を医療安全管理委員会で発表します。新たな対策をつくる場合は、できるだけローカルルールにしないよう社内全体で標準化し、それを業務手順書に反映します。委員会発足前は、薬局ごと独自に業務手順書を作成していたため、薬局間で業務手順が異なる点もあります。人事異動や業務支援の際に、それ





第1回医療安全研修会
(2013年2月)
①医療安全に係る報告制度について(講師:各薬局リスクマネージャー)
②公益財団法人日本医療機能評価機構薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業について(講師:医療安全管理者)

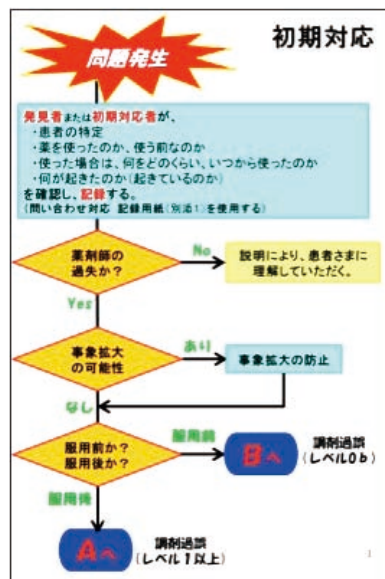


第2回医療安全研修会
(2013年10月)
安心・安全確保のための「リスクマネジメント」(講師:元日航パイロット・危機管理専門家・航空評論家小林 宏之先生)

がミスの原因にならないよう、日常業務の手順をできるだけ統一するために委員会で調整中です。また、年に2回定期的におこなう全職員を対象とした、医療安全管理のための研修会もおこなっています。

さらに、調剤過誤対応フローチャートを作成し調剤過誤の可能性がある問題、事態が発生した場合、重要になる初期対応についてのフローチャートを作成しました。問い合わせ記録用紙には、一般的な対応文例をつけてあり、慌てても必要な事項の聞き取りができるようになっています。そして、確認した内容を元に、フローチャートに沿って安全確保と適切な対応をおこないます。これを利用することで全職員が同一の対応ができます。医療安全管理委員会は、そのほか医療安全に関する情報交換の場にもなっており、社内の安全文化の交差点としての役割を担っています。

◎ 調剤過誤対応フローチャートの作成



問い合わせ対応 記録用紙	
対応日時	年 月 日 午前・午後 時 分
① 対応者の明確化 「私は〇〇薬局の薬剤師の〇〇と申します。」	対応者氏名
② 患者さまの氏名、生年月日の確認 「患者さまのお名前と生年月日を教えてくださいませんか?」	患者氏名 生年月日 明治・大正・昭和・平成 年 月 日
③ 連絡者の氏名、続柄の確認 「お名前ですが、ご本人さまでしょうか? (ご本人でなければ) 患者さまとはどのような関係でしょうか? お名前を教えてくださいませんか?」	連絡者氏名 続柄 配偶者 息子 娘 父 母 兄弟姉妹 友人 施設職員 その他 ()
④ 医療機関名の確認 「〇〇病院の〇〇科のお薬のお薬でよろしいでしょうか?」 ※「どこの病院のお薬の持でしょうか?」	処方箋発行 医療機関名・科名 調剤日
⑤ 内容の確認 「どのような内容でしょうか?」	



「医療安全ニュース」

情報収集と発信

次は、医療安全情報対策室による情報収集と発信についてです。医療安全に対する情報を日常的に収集し、職員に周知するべき情報については「医療安全ニュース」を発行し職員に伝えます。

新規の後発品が発売される際には、安全性が確保できる社内共通の採用薬品を全薬局で選定します。医療安全情報対策室は、製剤の品質、安定供給や情報提供体制など、後発品の安全性に関する情報を収集・整理し、選定のサポートをします。全薬局

が選定に関わることにより、薬剤師一人ひとりが自社採用の後発品の安全性を認識でき、自信をもって、患者に後発品への変更の提案ができます。

◎ 情報収集

当局よりの告示や通知

PMDA メディナビ

m3.com

yahoo ニュース (医療事故・医療過誤)

薬局ヒヤリ・ハット事例 収集・分析事業等

◎ 情報発信

医薬品等の誤飲事故について

「ケアラム錠 25mg/コルベット錠 25mg（イグラチモド）」

とワルファリンとの相互作用」安全性速報（ブルーレター）

◎ 安全性が確保できる後発品の選定

後発品に関するデータ収集

商品名	JANコード	形状	包装	材料組成 【原料】 【顔料】 【充填剤】 【接着剤】 【硬化剤】	物理特性	耐水性 (塩水・海水)	耐候性 (紫外線)	備考事項	試験結果概要
カンプロック錠8mg	第1-03品目承認済	円形	FPP：100錠 300錠	なし	なし	なし	なし		
アゼルニジピン錠8mg(KOG)	第197シオキチ特許株式会社	円形	FPP：100錠 300錠	HPLC 抽出	温度(40℃・遮光・気密ガラス瓶)・3ヶ月 外観・硬度・純度・溶出変化なし、含量 99.3% 湿度(25℃・75%RH・遮光・開放)・1ヶ月 目で硬度低下、3ヶ月・外観・純度・溶出・ 含量変化なし 光(遮湿度なしゆき・気密ガラス瓶(無色) ・曝光量60lux・hrで含量変化なし、純度 試験不遇	25℃・75%RH・遮光・ 開放・2週間後 含量 92.6%, 4週間後 含量94.4%	錠剤を破壊すれば5分以内に錠剤は崩壊・懸濁し、8Frチューブおよび18Frガストロボタンフィーディングチューブの通過性に問題は無い		
アゼルニジピン錠8mg(NP)	ニッポファーマー株式会社	円形	FPP：100錠 300錠	なし	温度(40℃・遮光・気密ガラス瓶)・3ヶ月 外観・硬度・純度・溶出変化なし、含量 99.3% 湿度(25℃・75%RH・遮光・開放)・1ヶ月 目で硬度低下、3ヶ月・外観・純度・溶出・ 含量変化なし 光(遮湿度なしゆき・気密ガラス瓶(無色) ・曝光量60lux・hrで含量変化なし、純度 試験不遇	25℃・75%RH・遮光・ 開放・2週間後 含量 92.6%, 4週間後 含量94.4%	錠剤を破壊すれば5分以内に錠剤は崩壊・懸濁し、8Frチューブおよび18Frガストロボタンフィーディングチューブの通過性に問題は無い		
アゼルニジピン錠8mg(FFP)	富士コダムファーマー株式会社	円形	FPP：100錠	なし	温度(40℃・3カ月)：外観・含量・硬度・ 溶出性変化なし 湿度(25℃・75%RH・3カ月)：外観・含量・ 溶出性変化なし、硬度は1カ月以降から低下 (規格内) 光・60lux・hrまでは問題なし、120lux・hrで 含量7%低下(規格外)、外観・硬度・溶出性 変化なし	25℃・75%RH・遮光・ 開放・2週間後残存 率92.5%, 4週間後 94.3%	錠剤を破壊すれば5分以内に錠剤は崩壊・懸濁し、8Frチューブおよび18Frガストロボタンフィーディングチューブの通過性に問題は無い		
アゼルニジピン錠8mg(ケミファ)	山本サエノ製薬株式会社	円形	FPP：100錠	なし	光・60lux・hrまでは問題なし、120lux・hrで 含量7%低下(規格外)、外観・硬度・溶出性 変化なし				

医療安全管理者による薬局訪問

次は医療安全管理者による薬局訪問についてです。私は、1 薬局につき約 2 カ月、週に 1 日を目安に調剤業務をしています。そこで現場の職員の声、各薬局の状況、委員会の取り組みの成果や独自におこなわれている有効な安全対策や調剤上の工夫などの情報収集をします。今後、医療安全管理委員による薬局巡回も企画しており、各薬局の優れた点、改善が必要な点などの情報を、異なる視点からも収集しボトムアップで安全向上に取り組んでいきたいと考えています。

◎ 定期的な薬局訪問

- ・医療安全管理対策の実施状況等の監査

- ・情報収集
- ・結果のフィードバック

◎ 調剤事故発生時の対応業務

- ・現場や患者・家族の状況把握
- ・会社上層部や関係医療機関への報告についての確認
- ・現場や物品等の証拠物の確保
- ・事故発生薬局の薬局長へのサポート・助言
- ・「事故調査・対策委員会」の開催
- ・当事者に対する精神的支援に関すること

不幸にも、重大な調剤事故が発生してしまった時には、対応業務にあたります。幸いなことに、今のところこのような事例は発生していません。

医療安全の中継基地局として

以上、旭薬調剤センター医療安全情報対策室の業務について説明させていただきました。対策室を開設して1年半の間で実感していることは、医療安全に関する情報の流れは一方的でなく、双方向、多方向であるということです。医療安全情報対策室が、安全情報の中継基地局となり、社内薬局間の連携をさらに密にしていきたいと考えています。

また、当社は旭川薬剤師会の会営薬局です。“医療安全に関する相談窓口”になり、会員薬局と情報を共有し、旭川薬剤師会の医療安全文化を醸成することが大きな目標です。また、旭川医師会が窓口になっている各種連携パスや患者情報共有システムの「道北クリスタルネットワーク」、さらに旭川赤十字病院が中心となっている地域連携電子カルテシステム「旭川クロスネット」などに積極的に参加していくなど、病院などとの医療機関との連携を深めていきたいと考えています。

医療安全を専任とする部門をもつ薬局は少なく、手探りで業務体制を構築している途上です。皆さまにいろいろな知識、経験をご教示いただければ幸いです。ご静聴ありがとうございました。



講演

WHOが推奨する手術安全指針を 実践しよう



西脇公俊（にしわき きみとし）

日本麻酔科学会常務理事

司会：つづきまして「WHOが推奨する手術安全指針を実践しよう」。日本麻酔科学会常任理事の西脇公俊先生お願いいたします。

WHO手術安全のガイドラインとは何か

西脇：皆さまこんにちは。日本麻酔科学会安全担当・常務理事の西脇でございます。本日の私のテーマは、WHO 手術安全ガイドラインの推進についてでございます。

まず、なぜWHOの手術安全指針・ガイドラインが発表されたかという背景でございますが、2004年に世界中では2億3000万件の手術がありました。それは出産の件数を上回り、その危険性は10～100倍と高く、毎年100万人以上が亡くなっています。そうしたことからWHOは、2006年から手術関連の死亡・合併症を減らすための世界的プロジェクトに取り組み始めました。2008年にチェックリスト第1版が発表され、翌年2009年に「手術安全のガイドライン2009」が発表されました。

この「手術安全のガイドライン2009」には、10の項目が目標として定められています。

◎「WHO手術安全のガイドライン2009」（10目標）

- [1] 正しい患者の正しい部位を手術する
- [2] チームは、患者を疼痛から守りながら、麻酔薬の投与による有害事象を防ぐことが分かっている方法を用いる
- [3] 命にかかわる気道確保困難もしくは呼吸機能喪失を認識し適切に準備する
- [4] 大量出血のリスクを認識し適切に準備する

- [5] 患者が重大なリスクを持っていると分かっているアレルギーあるいは薬剤副作用を誘発することを避ける
- [6] 手術部位感染のリスクを最小にすることが分かっている方法を一貫して用いる
- [7] 手術創内に器具やガーゼ（スポンジ）の不注意な遺残を防ぐ
- [8] すべての手術標本を確保し、きちんと確認する
- [9] 効果的にコミュニケーションをおこない、手術の安全な実施のために極めて重要な情報をやりとりする
- [10] 病院と公衆衛生システムは、手術許容量、手術件数と転帰の日常的サーベイランスを確立する

[1] ～ [8] までの8つのことは、何も新しいことを言い出したわけではなくて当然すべきことであろうと思いますが、そのなかで特に必須なものを選びまして、これを100%実践することが大事であるということを出してまいりました。

そして [9] の項目。手術もいわゆるチームプレイですから、たとえばサッカーのプレイと同じようにチームとしてのコミュニケーションをとり、チームとしてのパフォーマンスを最大にすることが手術後の患者さんの予後にも影響します。このコミュニケーションを十分とって手術チームのパフォーマンスを最大限に発揮するということを目指しています。

最後の [10] ですが、測らないものは改善できないということで、臨床でやっていることをきちんと測って、それによってまた改善していくというサイクルを回すためのサーベイランスを確立しようということ。ただこれは各病院で取り組むことがなかなか難しいので、まず少なくとも [9] までのことを推進しようということでございます。

WHO手術安全のチェックリストの概要

そのために開発されたものが、皆さんもご存じだと思いますけれども、この「WHO手術安全のチェックリスト」でございます。



Surgical Safety Checklist

Before induction of anaesthesia
(with at least nurse and anaesthetist)

Has the patient confirmed his/her identity, site, procedure, and consent?
☐ Yes
☐ No

Is the site marked?
☐ Yes
☐ Not applicable

Is the anaesthesia machine and medication check complete?
☐ Yes
☐ No

Is the pulse oximeter on the patient and functioning?
☐ Yes
☐ No

Does the patient have a:
Known allergy?
☐ No
☐ Yes

Difficult airway or aspiration risk?
☐ No
☐ Yes, and equipment/assistance available

Risk of >500ml blood loss (7ml/kg in children)?
☐ No
☐ Yes, and two IVs/central access and fluids planned

Before skin incision
(with nurse, anaesthetist and surgeon)

Confirm all team members have introduced themselves by name and role.
☐ Yes
☐ No

Confirm the patient's name, procedure, and where the incision will be made.
☐ Yes
☐ No

Has antibiotic prophylaxis been given within the last 60 minutes?
☐ Yes
☐ No

Anticipated Critical Events
To Surgeon:
☐ What are the critical or non-routine steps?
☐ How long will the case take?
☐ What is the anticipated blood loss?
To Anaesthetist:
☐ Are there any patient-specific concerns?
To Nursing Team:
☐ Has sterility (including indicator results) been confirmed?
☐ Are there equipment issues or any concerns?

Is essential imaging displayed?
☐ Yes
☐ No

Before patient leaves operating room
(with nurse, anaesthetist and surgeon)

Nurse Verbally Confirms:
☐ The name of the procedure
☐ Completion of instrument, sponge and needle counts
☐ Specimen labelling (read specimen labels aloud, including patient name)
☐ Whether there are any equipment problems to be addressed

To Surgeon, Anaesthetist and Nurse:
☐ What are the key concerns for recovery and management of this patient?

This checklist is not intended to be comprehensive. Additions and modifications to fit local practice are encouraged. Revised 1 / 2009 © WHO, 2009

この英語版の和訳版が、新潟県立六日町病院の市川高夫先生のホームページなどでダウンロードできますので、こちらもそこからとってきました。

手術安全チェックリスト (2009年改訂版)

年 月 日 科 患者名:

麻酔導入前 (少なくとも看護師と麻酔科医で)
患者のID、部位、手術法と同意の確認は？
☐ はい
☐ いいえ

部位のマーキングは？
☐ はい
☐ 適切ではない

麻酔薬と薬剤のチェックはすんでいる？
☐ はい
☐ いいえ

パルスオキシメーターは患者に装着され、作動している？
☐ はい
☐ いいえ

患者には：
アレルギーは？
☐ ない
☐ ある

気道確保が困難/誤嚥のリスクは？
☐ ない
☐ ある、器材/応援・助手の準備がある

500mL以上の出血のリスクは (小児では7mL/kg)？
☐ ない
☐ ある、2本以上の静脈路/中心静脈と輸液計画

皮膚切開前 (看護師、麻酔科専門医と外科医で)
☐ 全てのチームメンバーが名前と役割を自己紹介したことを確認する

☐ 患者の名前、手術法と皮膚切開が何処に加えられるかを確認する。

抗凝固薬予防投与は直前の 60 分以内に行われたか？
☐ はい
☐ 適切ではない

予想される極めて重要なイベント
患者に：
☐ 極めて重要あるいはいつもと違う手順はありますか？
☐ 手術時間は？
☐ 予想される出血量は？
麻酔専門医に：
☐ 患者に特有な問題点？
看護チームに：
☐ 減菌(インジケータ結果を含む)は確認したか？
☐ 器材問題あるいはなにか気になっていることはあるか？
必要な画像は表示されているか？
☐ はい
☐ 適切ではない

患者の手術室退室前 (看護師、麻酔科専門医と外科医で)
看護師が口頭で確認する：
☐ 手術式名
☐ 器具、ガーゼ(スポンジ)と針のカウントの完了
☐ 標本ラベル付け(患者名を含め標本ラベルを声に出して読む)
☐ 対応すべき器材問題があるか

患者、麻酔科医と看護師に：
☐ この患者の回復と管理についての主な問題はなにか？

SAS	実測値	点数
出血量	約 mL	0, 1, 2, 3
最低平均血圧	mmHg	0, 1, 2, 3
最低心拍数	/分	0, 1, 2, 3, 4

記載者: ASA-PS: 1 2 3 4 5 6 割分額 (SWC): 1 2 3 4

まず麻酔の導入前に患者さんの名前だとか部位をチェックする。そして執刀前に、ここで外科医はどんな手術をするのかをブリーフィングをする。麻酔科医や看護師は、気になる点などを確認する。そして退室前には、今日の手術ではどのようなことをやったのかをデブリーフィングする。そのことがまた術後の管理につながっていくということです。

わずかこの1枚のシートで、各フェーズを1分程度チェックするだけで、非常に有効だということをガイドラインはうたってお



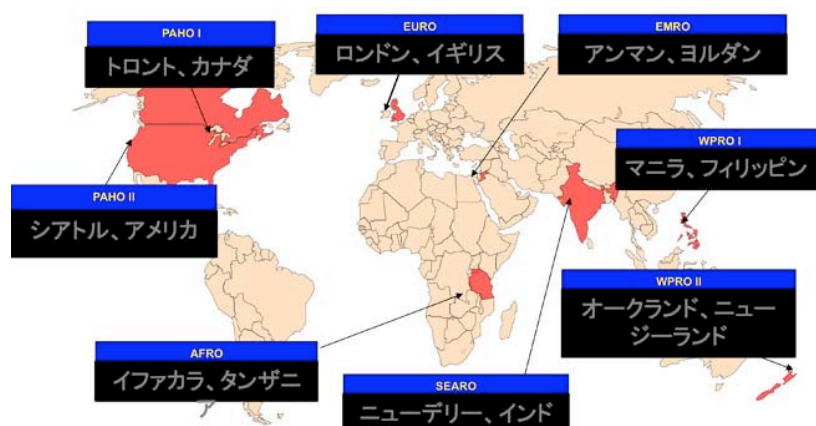
ります。それによって、ガイドライン [9] までのことがすべて実践できるということでございます。

WHO手術安全のチェックリストが寄与するもの

しかしはたして、この手術安全チェックリストの導入をふくめた「WHO手術安全のガイドライン2009」の実践が、本当に手術安全に寄与するのかということが重要です。時間がかかって手術が遅れるだけではないかといわれる向きもあるわけですが、このガイドライン2009の最後の付録論文 (A Surgical Safety Checklist to Reduce Morbidity and Mortality in a Global Population. Atul A. Gawande, NEJM 2009;360:461-9) が非常に衝撃的なものでございました。

この論文は、世界のさまざまな地域の8つの病院で16歳以上の非心臓手術を対象に、手術後30日の手術関連の死亡率等を論じたものです。その方法としては、チェックリスト導入前後での術後30日以内の手術関連死亡率・合併症発生率を前向きに調査しました。8つの病院というのは、下記のようにアメリカ・カナダ・イギリス・ヨルダン・フィリピン・ニュージーランド・インド・タンザニアという国がふくまれています。

◎調査がおこなわれた8都市の病院





◎チェックリスト導入前と導入後の結果

チェックリストの導入前と後の各約4000弱の患者さんを見ますと、導入前での死亡率1.5%から導入後は0.8%に、合併症率は11.0%から7.0%。SSI（サージカルサイトインフェクション）も6.2%から3.4%。そして予定していない再手術率も2.4%から1.8%と減るということですべてが有意に下がり、劇的な効果が得られたことが発表されております。

	ベースライン	チェックリスト	P値
症例数	3733	3955	-
死亡率	1.5%	0.8%	0.003
全合併症	11.0%	7.0%	<0.001
SSI	6.2%	3.4%	<0.001
予定しない再手術率	2.4%	1.8%	0.047

Haynes et al. A Surgical Safety Checklist to Reduce Morbidity and Mortality in a Global Population. New England Journal of Medicine 360:491-9. (2009)

◎所得層分類による死亡率と合併症の変化

ところでこの論文のなかには、4つの先進国（高所得）と4つの発展途上国（低所得）における所得層分類による死亡率と合併症の変化を比較したデータも掲載されています。それを見ますと、低所得国では、合併症の率が11.7%から6.8%。死亡率が2.1%から1.0%というように下がっているのに対し、いわゆる高所得国のイギリスやアメリカ等では合併症は有意に減っているのですが、死亡率はもともと0.9%と低いものですから、ここに有意な差は認められませんでした。

	合併症の変化	死亡率の変化
高収入	10.3 → 7.1% *	0.9 → 0.6%
低もしくは中収入	11.7 → 6.8% *	2.1 → 1.0%*

* p<0.05

こうした結果から、日本のような医療が進んだところでは、チェックリストの導入が死亡率を下げるまでにはならないのではないかとことも懸念されておりました。

これに対して、オランダのユトレヒト大学から、いや、チェックリストの導入は先進国でも有効であるという論文が発表されています。この論文では、2007年1月1日から2010年9月30日までの間に、ユトレヒト大学病院での手術患者を対象として、術後30日の院内死亡率等（エンドポイント）を見ております。チェックリストが導入されたのが2009年の4月1日。その前後で、チェックリストの実施状況を未実施・一部実施・完全実施に分けて記録し比べております。

Effects of Introduction of the WHO “Surgical Safty Checklist” on In-Hospital Mortality – A Cohort Study WA van Klei Ann Surg 2012;255:44

◎WHO手術安全チェックリストの導入前後の死亡率変化結果

その結果は以下ようになりました。

単純死亡率の変化：3.13%→2.85% (p=0.19)

リスク調整後の死亡率減少：有意に減少

OR 0.85 (95%CI, 0.773-0.98)

その減少程度はチェックリスト実施状況による

完全実施：OR 0.44 (95%CI, 0.28-0.70)

一部実施：OR 1.09 (95%CI, 0.78-1.52)

未実施：OR 1.16 (95%CI, 0.86-1.56)

単純死亡率の変化は3.13%から2.85%と、数字だけを見ると有意ではないのですが、経時的に合併症が多い患者が増えるといったことなどでリスクを調整しますと、オッズ比（OR）0.85と確かにチェックリストを導入した後に死亡率が下がっています。しかしここでもっとも注目すべきことは、このチェックリストを完全に実施するとOR 0.44と合併症率が実に半分に減っているということです。非常に効力があるということがわかります。ところが一部実施、未実施の場合ですと、死亡率は下がりません。これはやはり完全にやることが大事であって、一部でも抜けると有効ではないということを示しています。

予定手術でしたらこうしたチェックができて、緊急手術ではそんな悠長なことはやってられないのではないかという意見もあります。先ほどと同じ8つの病院でおこなわれた1750の緊急手術の際、重要な6項目（客観的気道評価・パルスオキシメーターの使用・大量出血が予想されるときに点滴ライン2本確保・適切な抗菌薬の投与・声に出しての患者と手術部位確認・ガーゼカウント）の実施率と合併症率、死亡率を比較しております。その結果、こうした重要事項の実施率が、チェック

リスト導入前には18.6%だったものが、導入後には50.7%にまで上昇することがわかりました。

Effects of Introduction of the WHO “Surgical Safty Checklist” on In-Hospital Mortality – A Cohort Study WA van Klei Ann Surg 2012;255:44

6 項目完全実施率：18.6%から50.7%にまで上昇 ($p<0.0001$)

合併症率：18.4%から11.7%($p=0.0001$)

死亡率：3.7%から1.4に減少($p=0.0067$)

その結果、死亡率も有意に下がる。合併症率も有意に下がるといことで、WHO手術安全チェックリストが有用であることが示されました。緊急手術だからこそ、こうしたリストを使って落ちなくやることが大事ではないかと思います。

◎WHO手術安全チェックリスト使用による相対危険度

これが昨年2012年に発表されたメタアナリシスでございます。WHOのチェックリストだけでなく、SURPASSなどのチェックリストの使用効果をメタアナリシスした結果、1995年から2011年の論文をサーベイ（Premedline, EmbaseとCochrane共同ライブラリ, Medline等：4997の論文から84編を抽出し3人で内容を検討し、最終的には22編を採用）して検討した結果です。

死亡率：OR 0.57 (95%CI：0.42-0.76)

合併症率：OR 0.63 (0.58-0.67)

順守率：12%-100% (平均75%)

タイムアウト実施率：70%-100% (平均91%)

A Systematic Review of the Effectiveness, Compliance, and Critical Factors for Implementation of Safety Checklists in Surgery (Ann Surg 2012;256:925-933)

このように、チェックリストを使いますと、死亡率OR 0.57、合併症率OR 0.63と減少しておりまして、メタアナリシスの結果からも、その有意性が示されました。チェックリストの使用は手術チームにも好影響を与えることも明らかになりました。

WHO手術安全ガイドライン推進に向けて

こうした報告の数々から「WHO手術安全のガイドライン2009」の実践による手術チーム医療の推進は、手術関連の死亡率、合併症も有意に減少させる。そして手術安全を向上させるという確固たるエビデンスがそろったといえると思います。

今年2013年のアナルス・オブ・インターナル・メディシンでは、今すぐできる患者の安全に関するもっとも有効な手段を10項目として、そのいちばん最初に手術前後のチェックリストの使用を挙げ、強く推奨しています。

The Top Patient Safety Strategies That Can Be Encouraged for Adoption Now (Annals of Internal Medicine 2013, Vol158(5)365-369)

Table 2. Patient Safety Strategies Ready for Adoption Now Strongly encouraged

- ① Preoperative checklists and anesthesia checklists to prevent operative and postoperative events
- ② Bundles that include checklists to prevent central line-associated bloodstream infections
- ③ Interventions to reduce urinary catheter use, including catheter reminders, stop orders, or nurse-initiated removal protocols
- ④ Bundles that include head-of-bed elevation, sedation vacations, oral care with chlorhexidine, and subglottic suctioning endotracheal tubes to prevent ventilator-associated pneumonia
- ⑤ Hand hygiene
- ⑥ The do-not-use list for hazardous abbreviations
- ⑦ Multicomponent interventions to reduce pressure ulcers
- ⑧ Barrier precautions to prevent health care-associated infections
- ⑨ Use of real-time ultrasonography for central line placement
- ⑩ Interventions to improve prophylaxis for venous thromboembolisms

では日本において、このチェックリストは2009年に発表されてからいったいどれくらい導入され普及しているのか。その状況を知りたいということで、昨年2013年、私どもは日本麻酔科学会認定病院1222施設にアンケート調査をいたしました。

- ・対象：日本麻酔科学会認定病院 1222施設
- ・時期：2012年4月
- ・方法：往復ハガキにて質問

その結果、日本麻酔科学会認定病院においてチェックリストを使っていると答えた施設は半分以上の47%。しかしチェック項目が10個以上、チェック回数が3回以上と、いわゆるWHO手術安全チェックリストの基準に準じたことをやっている施設は、わずか7.2% (52/714施設) しかございませんでした。それから、チェックリストを導入している。あるいは今後導入する予定であるという前向きな施設は、まだ約3分の1程度です。

安全な手術のためにWHO手術安全チェックリストの普及が望まれ、まだ現在は啓蒙が必要な段階にあるのかなというところがございます。

WHO手術安全チェックリスト推進の方法としては、以下のことが考えられます。

- [1] これから導入する病院には医療安全全国共同行動に参加いただき、さまざまな支援ツールを積極的に使っていただくと、より導入が進むかと思います。
- [2] 医療安全全国共同行動に参加する各団体・関連学会が手をつないで、アドバイザリーパネルなどを開催し、チェックリスト使用の推進を医療界全体として進めていく。このチェックリストは、落ちなくすべてやるということがたいへん重要でございます。それを推進することで、近い将来、日本における手術がすべてチェックリストを使ってやれるようになり、患者さんの安全が確保されるようになること。それを皆さんでつくることがこの医療安全全国共同行動の目標のひとつになっております。

以上です。どうもありがとうございました。

報告

医療安全全国共同行動 “いのちをまもるパートナーズ”に参加して 9つの目標を実現しよう



上原鳴夫（うえはら なるお）
一般社団法人 医療安全全国共同行動 専務理事



小泉俊三（こいずみ しゅんぞう）
一般社団法人 医療安全全国共同行動 企画委員会委員長



河野龍太郎（かわの りゅうたろう）
一般社団法人 医療安全全国共同行動 ネットフォーラム運営部会部会長

司会：つづきまして共同行動企画委員会より「医療安全全国共同行動“いのちをまもるパートナーズ”」についてご報告いただきます。始めに一般社団法人医療安全全国共同行動 専務理事の上原鳴夫様にお願いいたします。

医療安全全国共同行動の目標

上原：皆さまこんにちは。医療安全全国共同行動 専務理事の上原でございます。3時間という長丁場。非常に濃い内容で進めてまいりましたので、皆さま少しお疲れかと思いますが、いましばらくご協力くださいませ。

医療安全全国共同行動は、これまで5年間、ボランティアでつづけてまいりましたが、今年5月に法人化いたしました。こうした取り組みは、堅実に継続的に、医療界あげて進めていこうという皆さま方の強い声に押されまして、新たな出発を始めたところでございます。今年はその出発の初年度で、まだ体制づくりの段階でございますけれども、ぜひ次年度からの本格開始に向けて、皆さま方のご理解・ご協力をいただき、いろいろなことを構築していきたいと考えております。

◎事業目標

医療安全全国共同行動がどういうものかということについて、ここで改めて簡単にお伝えさせていただきます。私たちは、こ



の活動の事業目標として、次のことを掲げております。

- [1] 安全対策の実施・徹底を通じて、有害事象と有害事象が関わる可避死を低減する
- [2] 医療現場に安全の文化を浸透させ、医療の質・安全を確保し向上させる組織能力の基盤をつくる
- [3] 職種や立場を超えた協力体制を構築する

これまでは、発生後対策（リスクマネジメント）が中心になっておりましたが、これを未然防止（患者安全/Patient Safety）に発展させていこうということでございます。安全を重視するシステムの改善と改革を目指していこうと。個人の努力はもちろん大事ですが、個人の努力に依存するだけでない、新しいシステムづくりを目指しています。「モグラたたき」から「モグラが住めない環境」づくりへということでございます。

◎行動目標

行動目標は9つございます。現在 [1] から [8] の項目に、ひとつSが加わった9つの行動目標に取り組んでおります。



行動目標 [1] 危険薬の誤投与防止

【推奨する対策】

1. 危険薬の啓発と危険薬リストの作成・周知
2. カリウム塩注射剤、高張塩化ナトリウム注射剤の病棟保管の廃止
3. 入院時持参薬の安全管理
4. 抗がん剤治療プロトコルの院内登録制度
5. 「危険薬の誤投与防止ベストプラクティス 16 (NDP)」の実施（チャレンジ）

行動目標 [1] は危険薬の誤投与に起因する死亡を防止しようというものです。行動目標の S と [1] から [5] までは、特定の有害事象に関する推奨対策を挙げています。具体的にどのような方法が効果的かという参考ガイドとして、支援ツールやガイドライン、ハウツーガイド、参考資料などをホームページから提供しています。これまで皆さまが取り組んださまざまな創意工夫、具体的なエラーや有害事象の低減のための取り組みの成果をほかの施設にもぜひご提示いただきながら、皆で学びあっていきたいと考えております。

行動目標 [2] 周術期肺塞栓症の予防

【推奨する対策】

1. 適正予防策選択のための総合的評価の実施
2. 予防策の確実な実施と安全管理
3. 肺塞栓予防の重要性に関する職員教育の徹底
4. 患者への説明と患者参加の促進
5. ハイリスク患者へのスクリーニング検査の実施（チャレンジ）
6. 肺塞栓症の早期診断・治療マニュアルの作成（チャレンジ）
7. 予防的抗凝固療法の安全管理（チャレンジ）

行動目標 [3a]：危険手技の安全な実施

(a) 経鼻栄養チューブ挿入時の位置確認の徹底

【推奨する対策】

1. 経鼻栄養チューブの挿入と位置確認のためのマニュアルの策定及び順守
2. 空気聴診法を位置確認の確定判断基準にしない
3. 初回挿入留置時は X 線撮影で位置確認を行う
4. pH 測定による補強確認を励行する（チャレンジ）

チューブ挿入時のトラブルによる死亡事故も起こっています。行動目標 [3a] は、経鼻栄養チューブの挿入留置手技に伴う有害事象とこれに起因する死亡を防ごうという目標です。

行動目標 [3b]：中心静脈カテーテル穿刺挿入手技に関する安全指針の順守

【推奨する対策】

1. TPN と CVC 留置適応の厳格化
2. 安全な穿刺手技等の標準化
3. 安全手技の教育体制の構築（チャレンジ）

中心静脈カテーテルの穿刺挿入に伴う事故を減らそうということでございます。

行動目標 [4]：医療関連感染症の防止

【推奨する対策】

1. 手指衛生の徹底
 2. 標準予防策・接触感染予防策の強化
 3. 環境と器具の清浄化
- ＊WHO "Clean Hands" Campaign

この3つのキーのなかで、とりわけ大事なものは1の手指衛生の徹底です。

行動目標 [5a]：医療機器の安全な操作と管理

(a) 輸液ポンプ・シリンジポンプの安全管理

【推奨する対策】

1. 輸液ポンプ・シリンジポンプの保守点検の確実な実施
2. 操作者マニュアルの作成と教育の徹底
3. 操作者用チェックリストの作成と適正な運用
4. 機種種の統一（チャレンジ）
5. 院内認定制度の確立（チャレンジ）

日本では機器の事故による死亡がつづきました。輸液ポンプ、シリンジポンプの安全管理を徹底しようという目標です。

行動目標 [5b]：人工呼吸器の安全管理

【推奨する対策】

1. 人工呼吸器の保守点検（日常・定期点検）の確実な実施
2. 人工呼吸器動作確認チェック表の作成と運用
3. 生体情報モニタを必ず装着する
4. 警報対応態勢の確立（チャレンジ）
5. 人工呼吸器関連肺炎（VAP）の予防（チャレンジ）

人工呼吸器による治療に伴う有害事象や事故を減らそうという目標です。他の医療機器でもいろんな事故が起きているので、これらに限らず、さまざまな医療機器の保守管理や操作の安全向上に向けて取り組んでいただき、その成果を皆様と共有させていただければと思います。

行動目標 [6]：急変時の迅速対応

【推奨する対策】

1. 有害事象に対する緊急対応手技の浸透
2. 心肺蘇生法の職員教育の徹底
3. 院内救急計画の策定と体制づくり
4. 容態変化への早期対応態勢（RRS）の確立（チャレンジ）

これは急変時の迅速対応です。これまでの医療事故で亡くなっ

た方のうちの半分は、事故が起きたときにきちんと救命できる技術と能力、そしてしくみができていれば防げたであろうと思われまふ。そのような院内救急のしくみがまだ十分できておりません。これを構築していこうという趣旨でございます。

行動目標 [7]：事例要因分析から改善へ

【推奨する対策】

1. 事例要因分析の手法の周知と職場での実施
2. 事例要因分析で明らかになった課題に関する改善活動の実施
3. M&M カンファレンス (Morbidity & Mortality Conference) のプログラム化 (チャレンジ)

大きな病院で医療安全に熱心なところでは数千にも及ぶヒヤリハットが報告されています。これらは大変貴重な情報です。これらを分析し、改善に繋いでいくためにどうすればよいか、それぞれの病院で「変化をもたらす」ことにチャレンジしていただき、その成果や方法をみなさんと共有させてください。とくに、変化を作り出す方法ー改善の方法の普及・浸透に力を入れていきたいと考えています。

行動目標 [8]：患者・市民の医療参加

【活動】

1. 患者さんや地域の市民が参加・参画して医療の質・安全を向上させる活動を新規に実施する。
2. 活動の成功体験や教訓を共同行動 HP から紹介する。
 - ・ 支援ツールを用意している参考モデル
 - (a) 「安全は名まえから」 (患者と医療者の協同によるフルネーム確認)
 - (b) 「からだと病気を知るために」 (院内患者図書室の設立)
 - (c) 「転ばぬ先に」 (患者参加の転倒転落防止)
 - (d) 「3つのポンプを働かせよう」 (仮) (患者参加による術期肺塞栓症の予防)
 - (e) 「1冊にまとめて安心お薬手帳」 (お薬手帳による処方と与薬の安全管理)

どのような活動でも結構でございますから、医療者と患者さんとで一緒に取り組むプロジェクトを検討していただき、その成果をお知らせください。参加施設からご提案いただくことで、さまざまな活動が広がることを期待しています。初めてのことでまったく取りかかりがわからないという場合は、ここに挙げましたような事例については、支援チームからこれまでの経験を提供したり、経験のある方が指導に当たったり、アドバイスしたりできる体制を整えておりますので、ぜひご相談ください。



ここに挙げたことに限らず、新しいことにもチャレンジしていただきたいと思います。

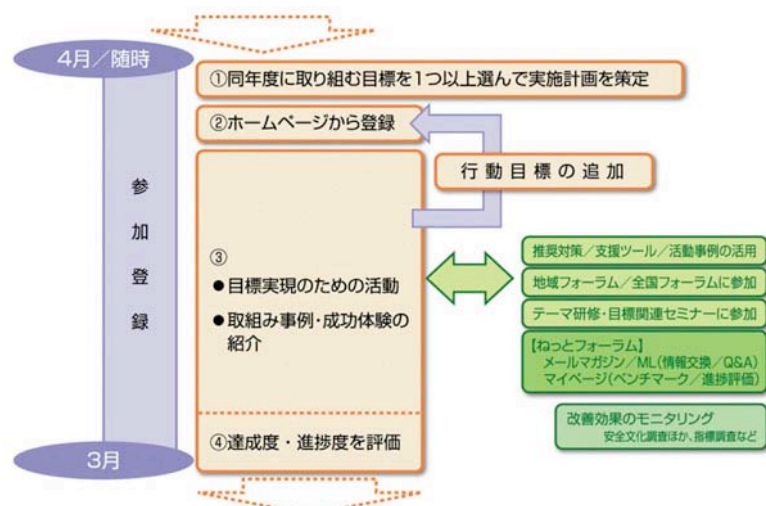
行動目標 [S]：安全な手術-WHO 指針の実践

- (1) 正しい患者の正しい部位を手術する
- (2) チームは、患者を疼痛から守りながら、麻酔薬の投与による有害事象を防ぐことが分かっている方法を用いる
- (3) 命にかかわる気道確保困難もしくは呼吸機能喪失を認識し適切に準備する
- (4) 大量出血のリスクを認識し適切に準備する
- (5) 患者が重大なリスクを持っていると分かっているアレルギーあるいは薬剤副作用を誘発することを避ける
- (6) 手術部位感染のリスクを最小にすることが分かっている方法を一貫して用いる
- (7) 手術創内に器具やガーゼ（スポンジ）の不注意な遺残を防ぐ
- (8) 全ての手術標本を確保し、きちんと確認する
- (9) 効果的にコミュニケーションを行い、手術の安全な実施のために極めて重要な情報をやりとりする
- (10) 病院と公衆衛生システムは、手術許容量、手術件数と転帰の日常的サーベイランスを確立する

時間が限られていますので、各目標ごとの推奨対策の説明ははしりましたが、詳細はホームページに掲載してありますのでぜひご覧ください。またお手元の冊子もお目通しください。

医療安全全国共同行動への参加と推進

私たちは医療安全の向上に取り組んでおられる病院、診療所に、共同行動への参加を呼びかけています。



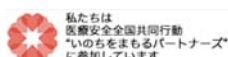
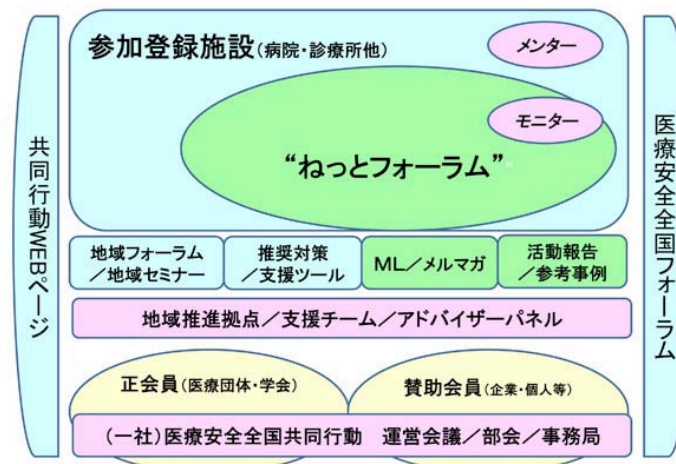


共同行動の趣旨と行動目標にご賛同いただける場合は、毎年春一あるいは年度の途中からでもかまわないので一その年度に取り組む目標をひとつ以上選んで目標を実現するための実施計画をつくり、ホームページから登録していただきます。途中で目標を追加する際には追加登録をお願いします。地域フォーラムやホームページ、あるいはメールマガジンなどで提供している情報を活用しながら、毎年3月にその達成度・進捗度をホームページからご報告ください。具体的な成果が得られた事例については共同行動のホームページで紹介して、他の医療機関の参考にさせていただきます。

また、共同行動では米国の AHRQ が広めている患者安全文化の調査を推奨しており、前国立保健医療科学院の種田憲一郎先生のチームに調査の実施支援と分析で協力いただいています。ぜひご活用ください。今後は目標ごとのモニタリング指標と達成指標を開発、提案できるよう鋭意準備を進めております。

医療安全全国共同行動の実施体制

医療安全全国共同行動“いのちをまもるパートナーズ”には、どの医療施設でも参加できます。参加されますと、共同行動のホームページで支援ツールへのアクセス、参加施設名の掲載、参加登録証の発行、お知らせメールでの情報提供が受けられます。



「ネットフォーラム」メンバーとして参加されますと、メールマガジンを受信しメーリングリストに参加できます。「ネットフォーラム」に参加される施設と、参加登録証の発行を希望される施設には、左のような参加登録証を発行いたします。これを病院や診療所に掲示していただき、貴施設が医療安全に真剣に取り組んでいることを患者さんに理解していただくために活用ください。また共同行動のバナーも用意していますので



参加登録施設や会員団体のホームページなどに掲載してください。

医療安全全国共同行動“いのちをまもるパートナーズ” 参加登録施設			
【参加施設が行うこと】	ねっとフォーラムを利用		ねっとフォーラムなし
	病院	診療所 (薬局/訪問看護Sとも)	病院
HPからの参加登録	○	○	○
ねっとフォーラム用アドレス登録	○(10名まで)	○(1名)	x
登録情報の変更(必要時)	○	○	○
目標実現のための活動を実施	○	○	○
年度報告(3月)と次年度目標	○	○	○
成果発表・改善事例紹介	任意(推奨)	任意(推奨)	任意(推奨)
【共同行動から提供すること】			
支援ツールへの施設IDでのアクセス	○	○	○
施設名を共同行動HPに公示	○	○	○
ロゴ入り参加登録証発行(バナーとも)	○	○	任意(8千円)
担当者宛お知らせメール	○(連絡担当者)	○(連絡担当者)	○(連絡担当者)
ね っ と フ ォ ー ム	同報メール	○(登録者)	x
	専用ページ	○(登録者)	○(診療所版/準備中)
	メールマガジン(隔月)	○(登録者)	○
	メルマガリスト	○(登録者)	○(診療所版/準備中)
	マイページ	○(登録者)	(検討中)
	アンケートと結果報告	任意(回答施設)	任意(回答施設)
(共同行動主催セミナーの割引適用)			
【参加登録費】(年度あたり)	4万円/2万円	1万円(*5千円)	無料
	200床以上/未満	(* 県団体会員割引)	

共同行動に参加される病院は無料で参加登録できます。参加登録証の発行を希望される場合は実費をお願いしています。「ねっとフォーラム」メンバーとしてご登録いただく場合は、病床規模に応じた参加登録費をお願いしています。こうした公益事業を進めるためには、やはり財源が必要でございます。医療界が協力してこれらの活動を進め、有意義な成果を挙げられるよう皆様のご協力をお願いいたします。ぜひ「ねっとフォーラム」メンバーとしてご参加いただくことで、経験とノウハウの共有を進めるとともに、財政面でのご協力もいただきたいと願っております。

診療所の参加登録費は一律定額(参加登録証の発行費用を含む)で、県団体に所属するところは割引が適用されます。9目標の実現に向けて、ぜひみなでこの共同行動を支えていただきますよう、なにとぞよろしくお願いいたします。

参加登録費用(年度あたり)

【病院】

A. 「ねっとフォーラム」利用する：4万円(200床以上) / 2万円(200床未満)

B. 「ねっとフォーラム」を利用しない：無料

* 参加登録証の発行を希望する場合：8千円

【診療所】1万円

* 県の医師会、歯科医師会、看護協会、薬剤師会に所属する診療所、薬局、訪問看護ステーションは割引適用

医療安全全国共同行動の今後の展望

「ねっとフォーラム」とは、①メールマガジン ②専用ページ ③メーリングリスト ④マイページに参加できることを意味します。メールマガジンは毎月10日に発行され、「ねっとフォーラム」専用ページとリンクしております。お名前を明示してもいい登録者はメーリングリストにも参加できます。先ほど寺山先生より「栃セーフティーネット」でのメーリングリスト活用のお話がありましたが、参加者同士で自由に意見交換でき、本法人会員の専門学会や支援チームの方々へのご相談や質問ができます。また、今後マイページを活用して指標のモニタリングができるよう進めております。

「ねっとフォーラム・マガジン」では、以下のような内容の情報が毎月送られています。ぜひとも医療安全全国共同行動にご参加くださいますよう、よろしくお願いいたします。

【11/22「医療安全全国フォーラム」「医療安全ミニコース」の案内】

【トピック】ヒヤリハットをどう活かしていますか？

「効果的なインシデントレポート活用方法について一当院における取り組み」☆牧 信行氏（静岡県立総合病院医療安全室）

【連載エッセイ】医療安全における病院長のリーダーシップ 第2回「医療安全に向けた業務標準化と薬剤師への期待」☆平川 秀紀氏（山形市立病院済生館館長）

【ねっとセミナー】河野龍太郎特別講座「低リスク医療システムの構築に向けて」一第1回「医療システムの安全性向上のために一まず現実を直視する」☆河野 龍太郎氏（自治医科大学医学部 メディカルシミュレーションセンター長）

【フォーラム／セミナー情報】2013年11月～2014年1月

★HP 更新情報（公開ページ）

また、医療安全全国共同行動では、病院・医療機関に向けて、さまざまな相談に応じていただけるメンターホスピタルと地域アドバイザーの推薦を呼びかけております。下記の役割で共同行動の推進にご協力いただける病院、個人の方は共同行動事務局までお知らせください。

・メンターホスピタルと地域アドバイザー

参加登録施設のうち、9目標のいずれかに関して安全な医療環境づくりで優れた実績を有し他の医療機関の取り組みを支援*



していただける病院（メンターホスピタル）と、メンターホスピタルの職員で支援活動に協力いただける専門家（地域アドバイザー）

＊成功した取り組み事例とノウハウの紹介、研修機会や参考ツールの提供、施設見学の許可、講師派遣など

つづきまして、共同行動企画委員会委員長兼支援部会部会長の小泉俊三先生とねっとフォーラム運営部会部会長の河野龍太郎先生から、ひと言ずつごあいさつをお願いいたします。

小泉：企画委員会委員長および技術支援部会部会長を拝命しております小泉でございます。さまざまなところで得られた大事な情報を、いかに普及させるかということを日々考えております。いろいろ工夫しながら、さらにしっかり進めていきたいと考えておりますので、よろしくお願いします。

河野：ねっとフォーラム運営部会部会長の河野と申します。私はリスクマネジメントを専門にしておりますが、リスクマネジメントを考えるにあたって大事なことは、現実を直視することです。現在の医療は、リスクが非常に高くリソースが足りないという現実があります。そうしますと、それぞれの医療機関で努力をされているのですが、効率が悪いのです。効率を上げるための解決策としてもっとも有効な方法は、共同で行動することです。従ってこの事業を私は確信をもって支援していきたいと考えています。メールマガジンはコミュニケーションツールですから、ぜひ皆さまの積極的なご協力・参加をお願いいたします。

上原：ありがとうございました。





開会の辞

洪 愛子（こう あいこ）

日本看護協会常任理事

司会：それでは閉会の辞を日本看護協会 常任理事の洪 愛子さま。お願いいたします。

洪：日本看護協会の理事の洪でございます。閉会にあたりまして、ひと言ごあいさつ申し上げます。本日は3時間という短い時間ではございましたが、さまざまな立場からお話しをいただきました。診療所の取り組み、病院の取り組み、薬局の取り組み、WHO の手術安全指針など、ご講演いただいた皆さまに心より感謝申し上げます。また、このフォーラムの開催にご尽力をいただきました関係者の皆さまにも深くお礼を申し上げます。

本日のこのフォーラムを通じて、地域あるいはチーム単位で多くの職種が共同して行動する医療安全活動が求められていることを、再確認いたしました。私ども日本看護協会におきましても、直近の活動といたしまして、医療安全推進のための標準テキストを公表しております。病院だけでなく、診療所や介護施設などでもご利用いただけるものですので、ぜひご覧いただきたいと思います。本日は医療安全全国共同行動が一般社団法人となりまして初めての全国フォーラムの開催でございました。今後も、参加登録施設の皆さま、支援チーム、部会が一体となって、組織的、継続的な取り組みがおこなえますよう力を合わせてまいります。

最後になりましたが、医療安全全国共同行動の発展と、本日まで参加いただきました皆さまのますますのご活躍を祈念いたしまして、閉会のあいさつとさせていただきます。本日はありがとうございました。

司会：以上をもちまして「医療安全全国フォーラム 2013—9つの安全目標を実現しよう—」を閉会いたします。フォーラムへのご参加、ありがとうございました。



医療安全全国フォーラム 2013

—9つの安全目標を実現しましょう—

2014年1月発行

一般社団法人 医療安全全国共同行動 事務局

〒108-0074 東京都港区高輪四丁目 24 番 40-102 号

電話：03-5422-8460 FAX：03-5422-8461

Eメール：secretariatpartners@kyodokodo.jp

ホームページ：<http://kyodokodo.jp/>