

中小規模病院の安全対策

～医療安全の地域化（水平展開）

- 水平展開（と垂直展開）の意味：俯瞰すること
- 水平展開で共有すべき本質は何だろう：安全文化の地域化
- どんな仕掛けで？

垂直展開
(Vertical integration)

市民セクター

患者セクター

医療セクター

医療安全活動を俯瞰する

⇒今後の方向が見えてくる

医療安全の
水平展開と垂直展開

個人・分散



組織化



地域化

水平展開

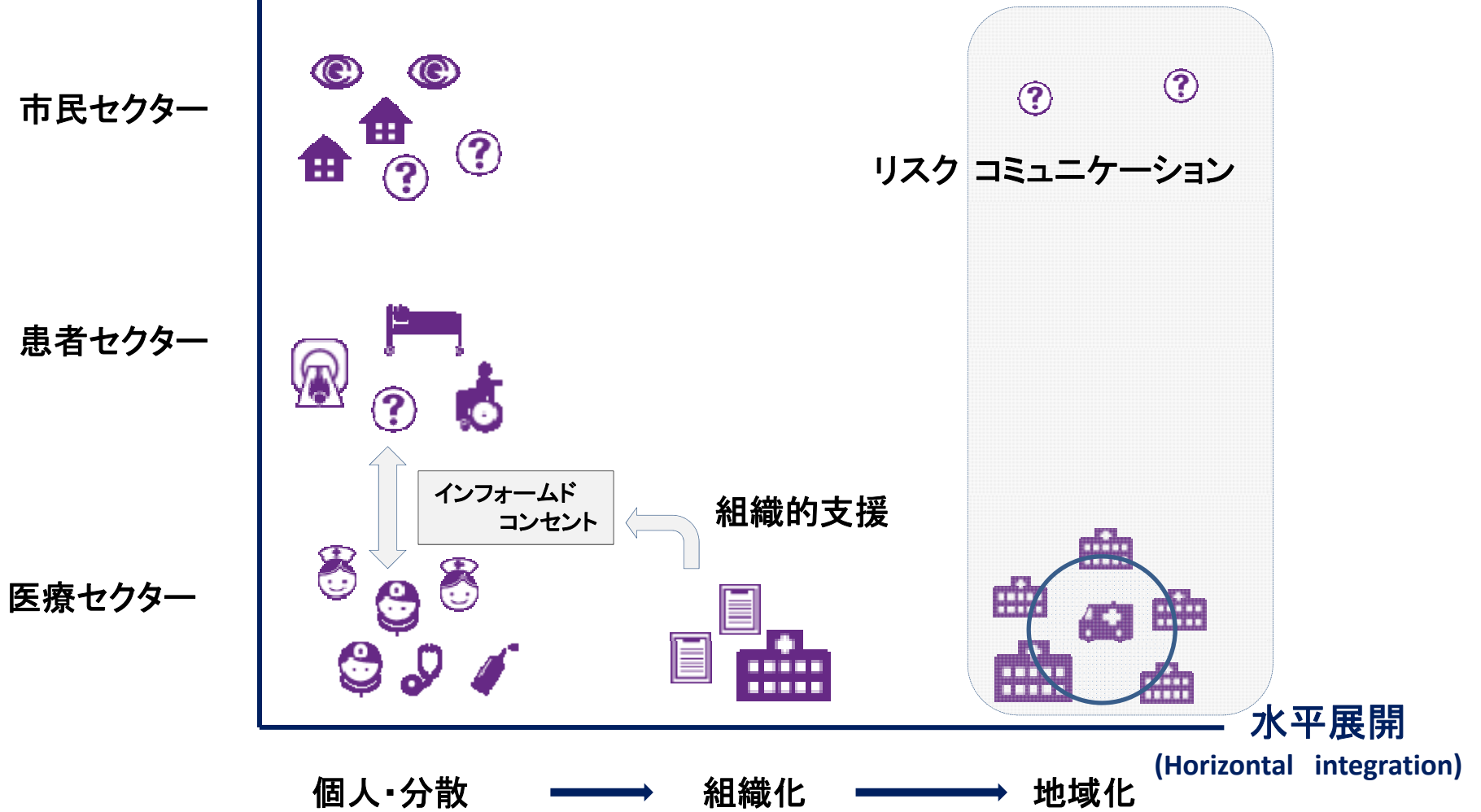
(Horizontal

integration)

医療安全活動の展望 — その水平展開と垂直展開

垂直展開
(Vertical integration)

例：情報の共有, コミュニケーション



医療安全の地域化 （看護賠償保険 News 2010）

ここ10年余の我が国の医療安全は確かに様相が一変するほどの進展を見せている、とって過言ではない。「安全」という言葉が医療の現場で飛び交う状況を、横浜市立大学附属病院の「あの事故」以前に誰が予測し得ただろうか。その意味で、医療界はもっと自信をもってよい、とすら思う。そして次の段階に歩みを進めるべきである。

次の段階は、医療安全活動の「水平展開」であり、さらにその先に「垂直展開」というステージが待っている。水平展開という活動軸は、活動が展開される場（空間の広がり）を示し、＜個人あるいは分散してのみ存在する場＞、＜医療機関という組織化された場＞、＜地域社会＞、の連続的な広域化の3区分である。一方、垂直展開という活動軸は、活動を担う／参加する活動主体を示し、＜医療セクター＞という専門セクター、＜市民セクター＞という非専門家セクター、その中間に＜患者セクター＞という非専門家でありながら切実な当事者性に特徴づけられるセクター、の3区分である。（橋本廸生：医療安全活動の今後の展望、和田他編「医療事故対応の実践」pp254-255所収、三協出版2009）

今号の紹介事例は、「水平展開」の好事例であるので「垂直展開」については別稿に譲ることにして、前者について、いくつか例示的な説明を加えよう。ここ10年の我が国の医療安全活動は、それまでは個別的・散発的だった医療安全への取り組みを組織的な活動へと転換させてきた。そのために、医療法上での義務化もあったが、それだけではなく、医療者の内発的な努力が奏功し、大多数の医療機関で一応の「安全の組織化」が進行してきている。

(つづき)

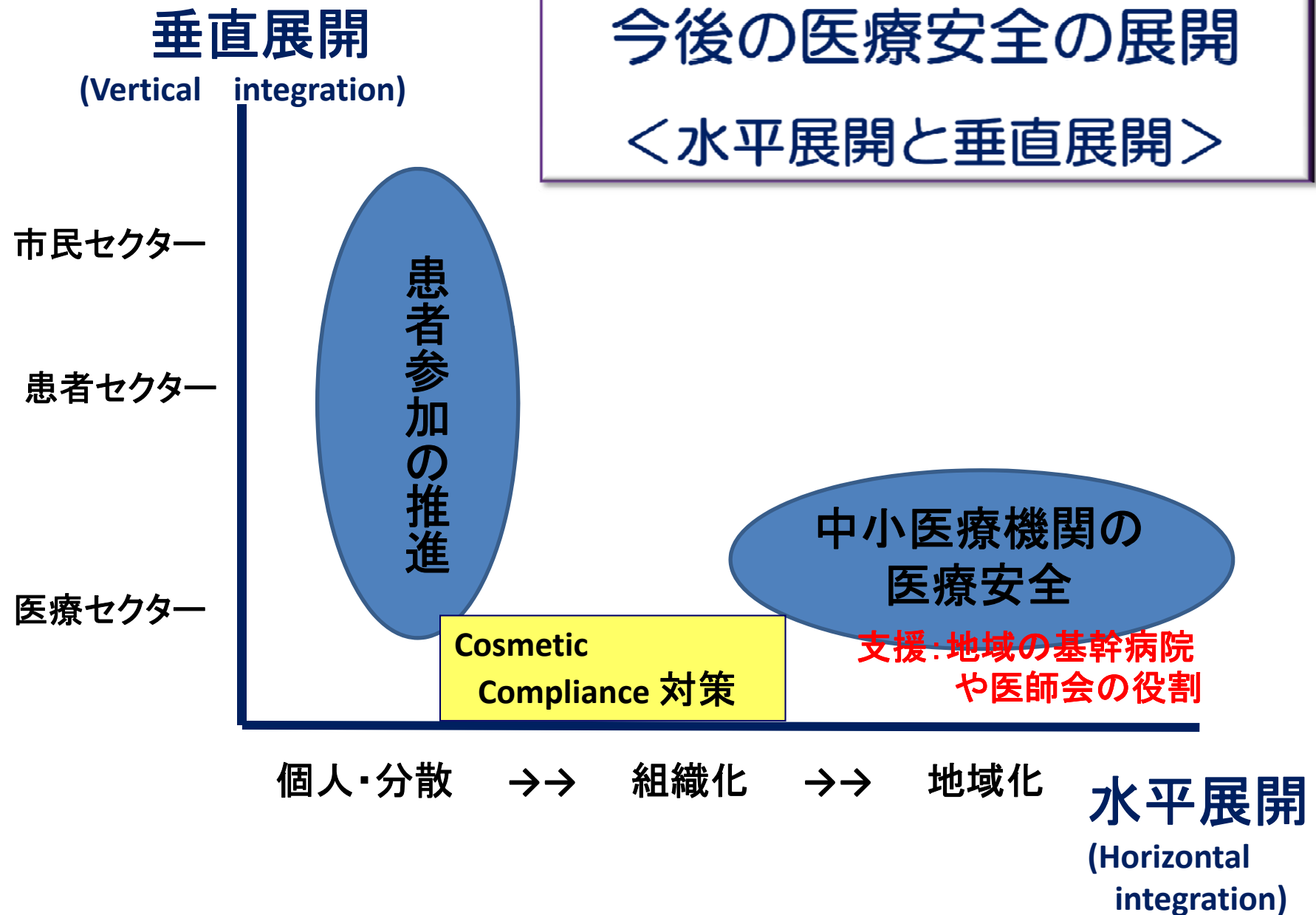
しかし、病院間の格差は決して小さくないし、療養施設、診療所、訪問看護ステーションなどとの活動の不統一の懸念もある。医療機能の分化とそれに伴う在院日数の短縮は、医療機関間の結節点を増加させリスクを増大する。患者の療養生活全体の安全確保の観点から「安全の地域化」への展望が必要である。感染管理や身体抑制など、具体的な取り組みから拡大できるかもしれない。さらに、教育・研修支援というスキームからも地域化の可能性がある。

さて、今号の活動事例である。その出発点となった点滴注射の感染事故は三重県伊賀市の診療所で起きた。この報道に接した時、専門家の何人かはかつて東京の世田谷の小病院で起こりついには病院閉鎖に至った感染事故を思い出した。小規模医療機関の弱点の露呈と見えたからだ。しかし、その後の地域での対応力が往時とは大いに異なっていた。三重県看護協会では、「このまま放置できない」というリスクセンスが組織文化として存在していたようである。不幸な事故に沈黙するのではなく、安全文化が発動した。J. リーズンは安全文化の基底に「学習する文化」があると、喝破している。そのとおりの展開が県看護協会と各支部の連動で会員・非会員を問わない全看護職への研修会として動き始めた。医師会も「全面的な協力を惜しまない」とし、行政も協働した。詳細は記事を参照されたい。

安全の地域化の問題として、今後、注目しておきたいことがある。それは、診療所の院長の安全・感染に対する意識のバラツキをどう医師会サイドが底上げできるかだ。安全確保や感染管理は、小規模医療機関では、良くも悪くも、施設のリーダーの力量に依存するからだ。

今後の医療安全の展開

＜水平展開と垂直展開＞



近年報道された 中小規模医療機関の医療事故

- 血糖測定器使いまわし
- 点滴作りおき感染死亡事故
- 眼科レーシック術感染事故
- 注射薬KとCaの取り違い死亡事故

これらを見ていると、

- 1) 安全文化が未熟or欠如
- 2) 基本的な安全行為ができていない

隘路は何だ？

・ 安全活動 = 組織管理 + 業務管理



良くも悪くも、振れ幅が大きい

課題

(厚生科研 嶋森班2009)

- ハイリスクな医療行為があつたりなかったり
- 施設長の認識：個性的な安全感覚に左右
- 組織的な活動のための人員不足
- コスト重視：安全に投資できない
- 第三者の監視システムが弱い
- 情報公開の弱さ⇒緊張感と不透明感の増加
- 施設数の多さ：病院9千弱，診療所10万弱

- 1) 安全文化が未熟or欠如
なぜ、安全文化が重要か、
という教育
- 2) 基本的な安全行為ができて
いない

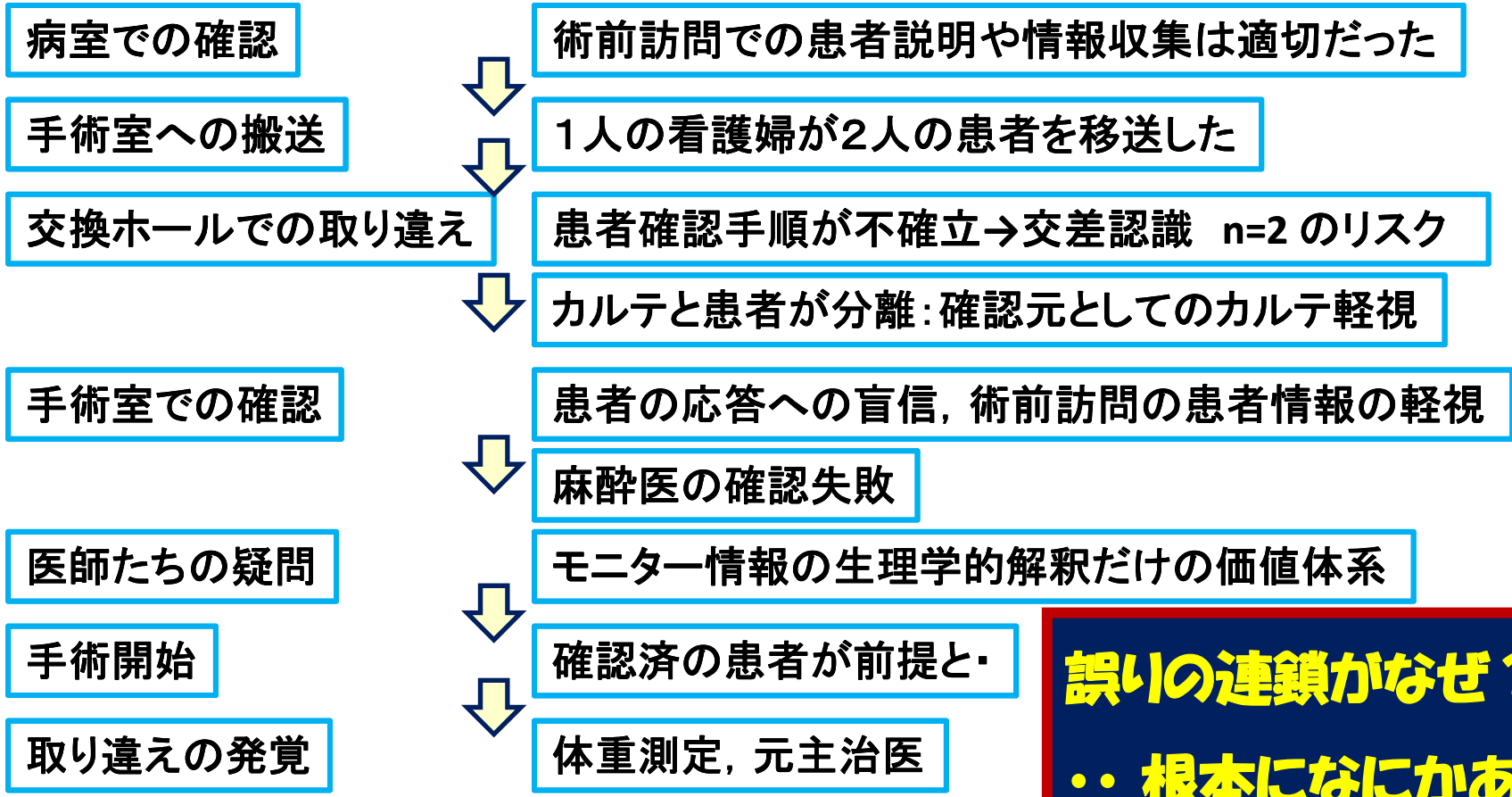
平成 11年 1月 11日

何が起こったのか

H 11.1.11 横浜市大附属病院 「患者取り違え事故」

心臓の手術をすべきA氏に肺の手術を、肺の手術をすべきB氏に心臓の手術を実施。内容から患者誤認事故とも言われる。つまり、手術室交換ホールでA氏とB氏が交差して認識され、次段階(防護壁)以降では是正されずに手術遂行。

■以下の段階(防護壁)があった。



誤りの連鎖がなぜ？
.. 根本になにかある。

■ 横浜市大附属病院の
「患者取り違え事故」の本質

H11.1.11：

横浜市大病院「患者取り違え事故」

H11.2.11：

都立広尾病院「消毒薬誤注入事故」

H12：京都大学病院，東海大学病院

■「確認する」という行為の問題

■「確認の共有」という組織文化の問題

手術に関与した複数の医療者が「？」と思っていた。

にもかかわらず、手術は実施された。



組織の行動エラー：「組織事故」

＜安全文化＞の欠如

安全文化とは

<文化>

：コミュニティの成員が、ある価値を共有し（共通の認識をもち）、それに基づく行動が規範的であること

では、<安全文化>とは・・・

なぜ、安全文化なのか

- 医療は膨大な行為群の多様な組み合わせから構成される。
- そのすべてに手順を作成できないので、自律的に安全な医療を考え実現できる医療者が必要となる。
- そして、組織化。

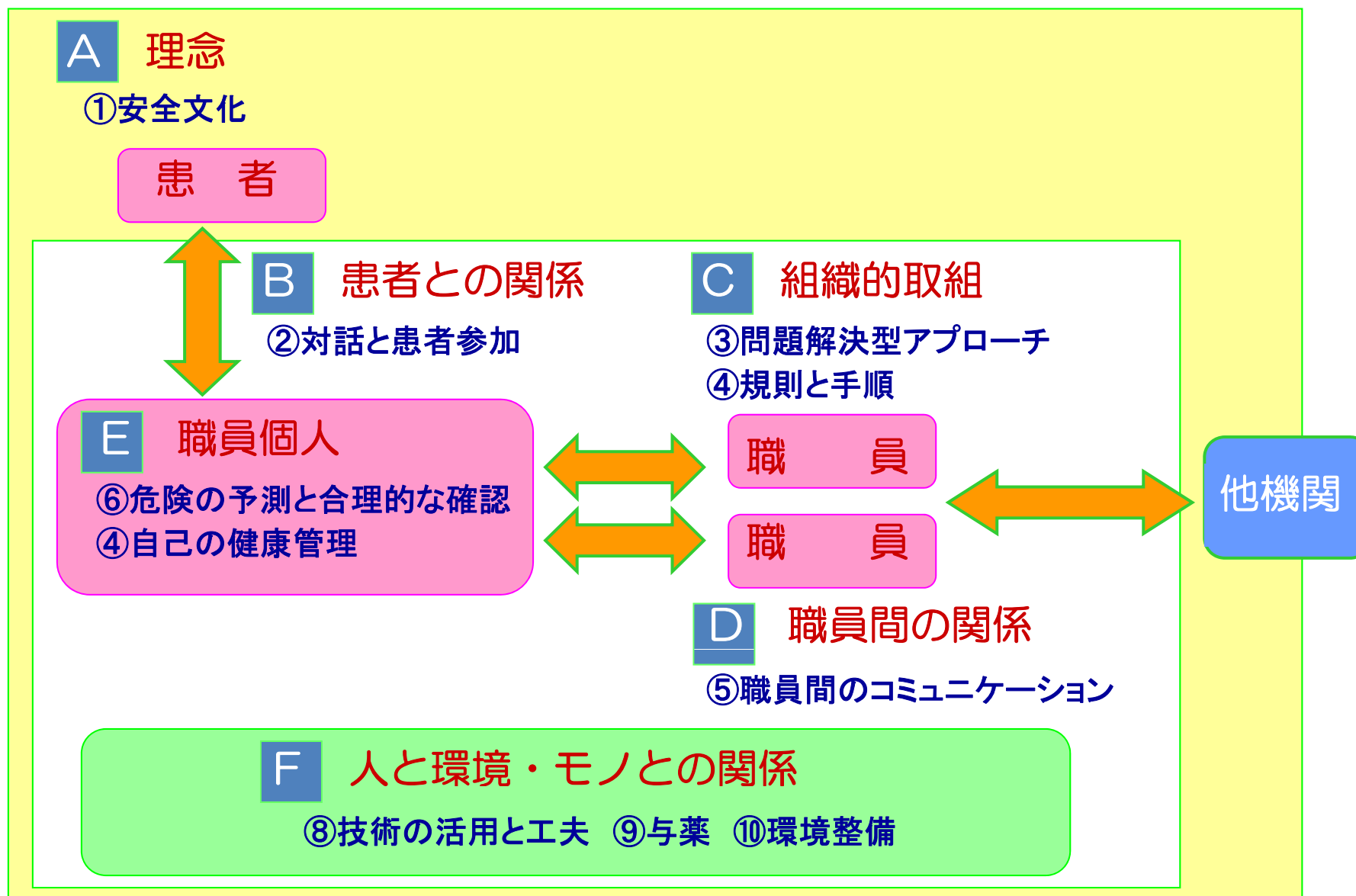
安全文化の基底

- 報告する文化
- 学習する文化
- 実行する文化

J.リーズンは、10年間無事故という組織は、1) 職員が極度の緊張状態にある可能性、2) 失敗に学ぶ仕組みができていない可能性、3) 起きた事故をあたかも起こっていないかのように振る舞う文化が存在する可能性、があると指摘しています。

「安全な医療を提供するための10の要点」より

医療安全の全体構成



安全文化

根づかせよう安全文化

みんなの努力と

活かすシステム

- ・安全文化：患者の安全を最優先に考え、その実現を目指す
考え方や組織のあり方を基盤におく価値を共有する
- ・人は間違えうることを前提としたシステムの構築と機能

2) 基本的な安全行為ができていない

- 基本的でかつ有用な安全行為の訓練方法として、「KYT」と「5S」を推奨します。
- コミュニケーション・エラーが根本に共通してありますが、推奨できる幾つかの方法も・・・。

5Sとは

整理

整頓

清掃

躰け

清潔

整理：必要な物と不要な物に分け、不要な物を捨てる

整頓：必要な物がすぐに取り出せるように置き場、置き方を決め、表示を確実にを行う

清掃：掃除をしてゴミ、汚れのないきれいな状態にすると同時に細部まで点検すること

清潔：整理、整頓、清掃を徹底して実行し、汚れのないきれいな状態を維持すること（目で見える管理の確立）

躰け：決められたことを、決められたとおりに実行できるように習慣づけること

コミュニケーション・エラー
によるリスクを減らす

いくつかの推奨

Recommendations

■ Team STEPPSより

(Strategies and Tools to Enhance Performance and Patient Safety)

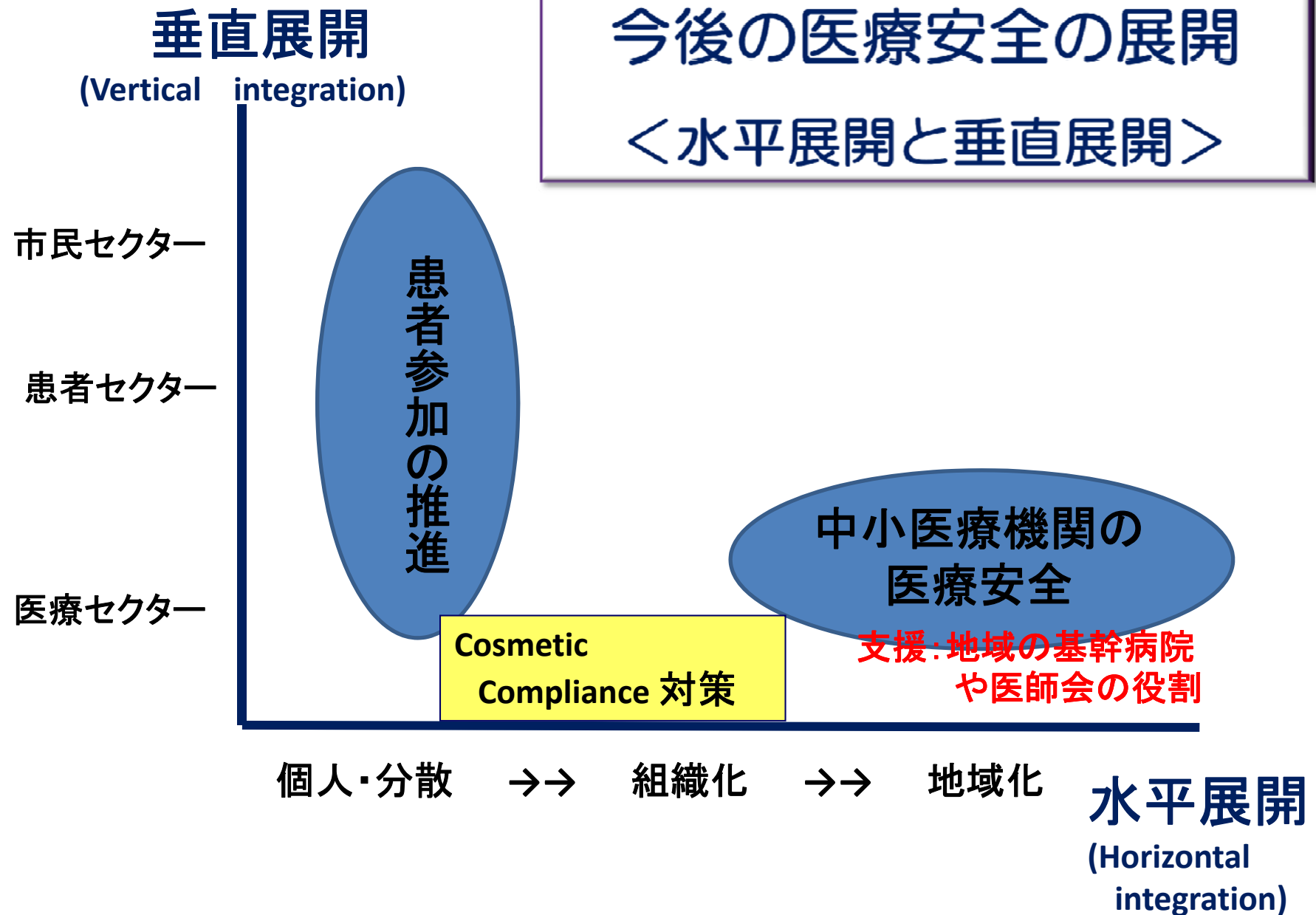
- Briefs → Huddles → Debrief
- Hand-off
- SBAR
- Two Challenge Rule

■ その他

- Debriefingの拡張,
- 院内コンフリクトマネージメント

今後の医療安全の展開

＜水平展開と垂直展開＞



水平展開をどのように進めるか —医療安全の地域化を目指して—

- 県単位の取り組みとして、K県医師会の取り組みは、先導的。特に、病院が集まって相互に発表という形式は効果的。
 - 共有していることの評価が必要。
 - モデル事業に終わらせない仕掛け。
 - そして、さらに周辺への拡大。
 - 県の看護協会や薬剤師会とのコラボ強化
- 実地研修プログラムの提供：基幹病院
- M県の例は自然発生的で、今後は不明。

第Ⅰ部 鹿児島県医師会会員による 「医療安全対策モデル事業」の取り組み発表

座長:橋本 廸生(横浜市立大学附属病院 医療安全管理学 教授)

波多江正紀(鹿児島県医師会 理事)

《テーマ1》 院内感染防止対策

1. 「バスキュラーアクセス(VA)消毒のディスプレイ製品変更についての検討」

蓮尾 雅美(社会医療法人白光会 白石病院)

2. 「標準予防策を職員に浸透させるための取り組み～新人教育から自分の行動を振り返る～」

中窪 尊子(公益財団法人慈愛会 今村病院)

《テーマ2》 投薬・注射事故防止対策

3. 「持ち込み薬の管理～薬剤師への持ち込み薬確認依頼と持ち込み薬確認用紙の工夫～」

赤坂 和代 (垂水市立医療センター垂水中央病院)

4. 「検査・手術前の休薬管理体制～他職種協働(スキルミックス)による業務分担～」

柿元 良一(医療法人恒心会 小倉記念病院)

5. 「薬の個数表示によるチェック機能の導入 看護師の配薬ミスの対策」

杉浦 美恵(曾於郡医師会立有明病院)

6. 「薬局における疑義照会事例収集・分析事業」

阿久根憲造(川内薬剤師会・あさがお薬局)

《テーマ3》 その他

7. 「森林療法というリスク環境における安全管理」

花牟禮 稔(医療法人桃蹊会 霧島桜ヶ丘病院)

第Ⅱ部 パネルディスカッション 「地域で医療安全を広げるには」

座長 長谷川 剛(自治医科大学 医療安全対策部 教授)

コーディネーター 橋本 廸生(横浜市立大学附属病院 医療安全管理学 教授)

1. 講演「医師会員と取り組むモデル医療のこれまでの成果」

江畑 浩之(鹿児島県医師会 副会長)

2. 講演「鹿児島県看護協会医療安全情報ネットワークによる

医療安全の取り組み」

植田 みよ子(鹿児島市立病院 医療安全管理者・副総看護師長)

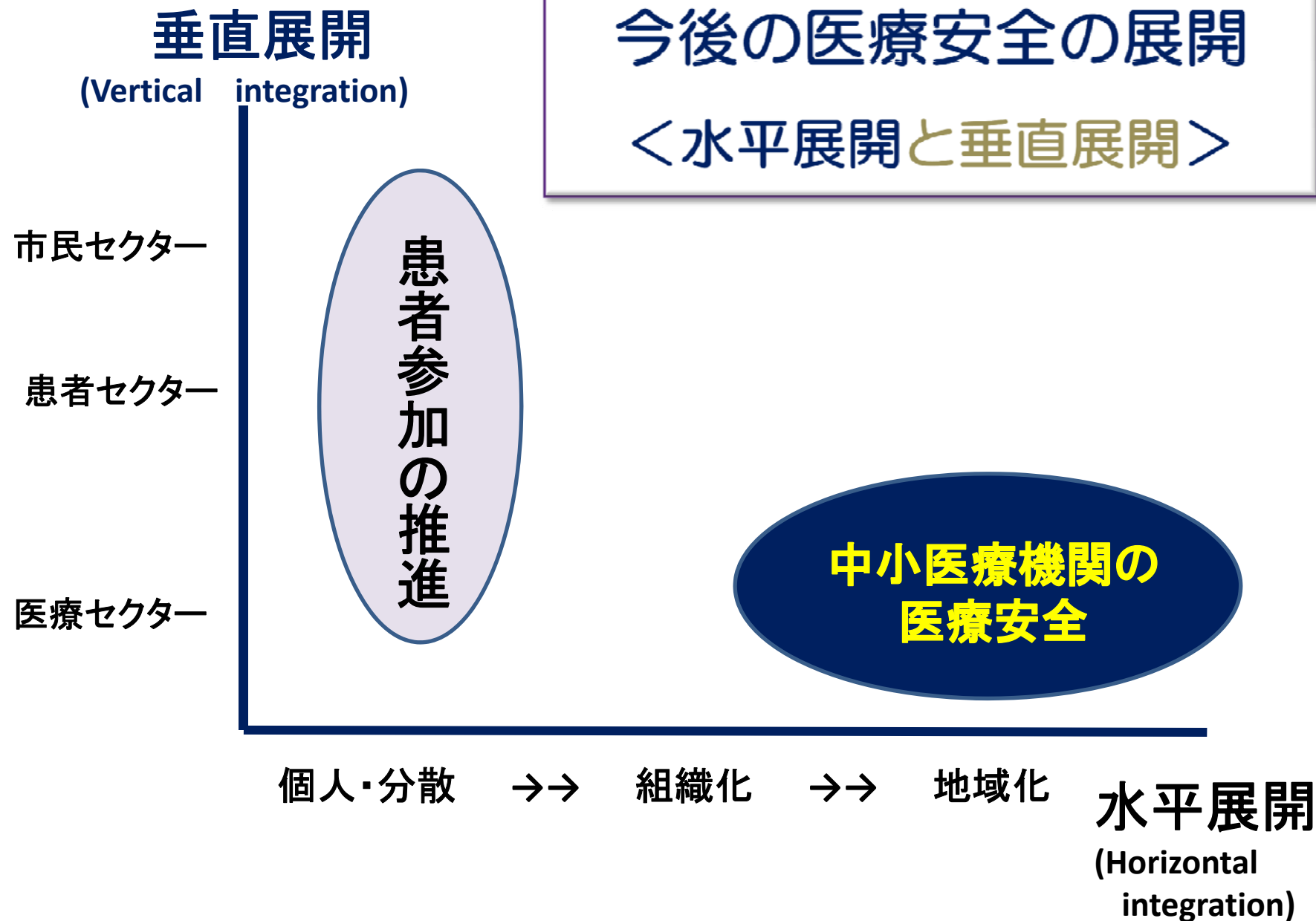
3. 講演「他施設を巻き込んだ医療安全活動

～これまでの経験から～」

安井 はるみ(医療法人社団 あんしん会四谷メディカルキューブ 看護部長)

今後の医療安全の展開

＜水平展開と垂直展開＞



まとめに代えて

医療安全管理は 業務管理と組織管理

- ・何を：
- ・どのように：

の地域版戦略をつくり仕掛ける。