

シンポジウム 3

病院内事故から子どもを守る

医療事故は減らせるか？

尾 花 由美子 (神奈川県立こども医療センター医療安全推進室)

はじめに

平成16年4月に、神奈川県は他の県立病院に先駆けて、こども医療センターに「医療安全推進室」を設置し、専任の医療安全管理者を選任しました。それ以前も、副院長を中心に「医療安全管理会議」においてさまざまな検討を行ってまいりましたが、センター内の医療安全を担う中心的な部署ができたことで、医療事故報告の集約化や情報収集・発信の流れが統括され、組織が変化しつつあります。平成16年から現在までの医療安全推進の取り組みを報告することで、医療事故の減少に向けて何が必要か、明らかにしたいと考えます。

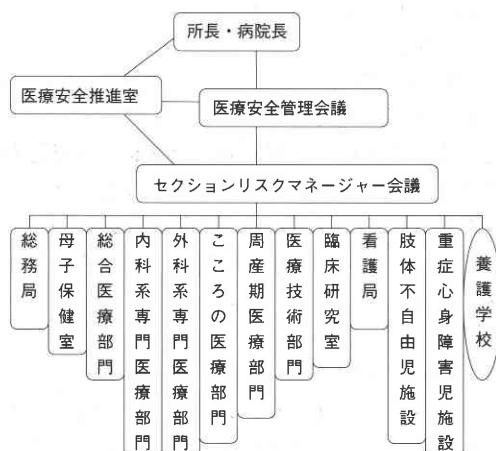


図1 神奈川県立こども医療センター【医療安全管理体制】組織図

I. 神奈川県立こども医療センターの医療安全管理体制

組織図(図1)にあるように、医療安全推進室は、組織を横断的に活動できるように、所長・病院長の直属となり、会議の運営をはじめ、医療安全に関連したさまざまな取り組みを行っています。室長は副院長(兼務)、副室長は専任医療安全管理者が担い、事務職員(兼務)を含め、5名で構成されています。

II. 当センターの医療事故発生の現状

平成17年度の「医療事故」報告件数は、2,805件で、医療安全推進室ができる以前に比べ、500件ほど多くなっています。神奈川県立病院では、医療事故のレベル判定を取り入れており(表1)、平成17年度のこども医療センターのインシデントは94%を占め、アクシデント発生は、6%でした。医師の報告の増加、看護師、コ・メディカルインシデント報告の増加が背景にあり、医療事故が増えたわけではなく、意識が高まった結果と考えます。

III. 子どもの特性と医療事故発生

多くの子どもは、大人と違い、自分自身で安全を確保できず、大人では、起きにくい事故も発生し、成人対象の改善策もそのまま活用できない場合があります。

1. 細かい指示と機器の多用

微量な輸液速度の設定や、流量変更、希釈して使用する薬剤も多く、結果的に輸液ポンプや

表1 医療事故の患者影響レベル

インシデント	レベル0	間違ったことが発生したが、患者には実施されなかった。
	レベル1	間違ったことを実施したが、患者には変化が生じなかった。
アクシデント	レベル2	患者に何らかの影響が生じた可能性があり、観察の強化や検査の必要性が生じた。
	レベル3	事故により、患者に何らかの変化が生じ、治療・処置の必要性が生じた。
	レベル4	事故により、生活に影響する高度の後遺症が残る可能性が生じた。
	レベル5	事故が死因となった。

輸注ポンプの使用も多くなります。最も多い、輸液・注射の事故はそのような背景から発生します。

2. 家族との連携

ご家族との面会中に、ベッド柵の上げ忘れ等の事故発生もあり、医療者が十分な注意をしても、予防しにくい事故が発生する特徴があります。

3. 行動制限と成長・発達

子どもの行動制限は、さまざまな問題となって現れることがあります。新生児の挿管チューブや栄養チューブの抜去防止のために、身体の固定をすると、運動障害や不良肢位の原因ともなり、安全のためにどこまで行動制限するのか、判断するのは、困難な現状があります。

IV. どうすれば医療事故を減らせるのか？

1. 事実の確認

報告システムの確立

(1) 報告者の匿名化

すべての医療事故は、規程の報告書に記載し、無記名で「医療安全推進室」に届けられます。報告用紙には、＜この報告書を提出することで、不利益処分を受けることはありません＞と明記され、誰が起こしたかではなく、何が起こったかに焦点をあてて収集することで、報告しやすいシステムを確立しています。

(2) 発見者も報告

業務に追われると、患者さんに影響がなかったインシデント報告がでにくい状況が起こります。しかし、インシデントの中には、アクシデントに繋がる問題点が潜んでいることも多く、共有することが重要です。自分が当事者でなくても、気になったことは、発見者として報告す

ることで、当事者に事実確認しやすくなり、事故防止に役立ちます。

(3) 合併症も報告

医師の報告は、増える傾向ですが、合併症との判断が難しい事例もあります。

専門的な判断が必要な場合も多く、他のセクションから指摘しにくい状況も生まれます。こども医療センターの「医療安全管理医療マニュアル」には、【誤った医療行為はなかったが、患者に生じた不都合な結果】も報告することが規程されています。

関係者が集まって事実の確認

報告内容だけでは、起こった結果はわかりませんが、背景や誘引がみえにくく、原因とっていたことが、結果だったということがあります。分析する過程では、実際の場合や物品の確認、分析ツールを活用しての多方面からの事実の掘り起こしが重要です。

2. 事故の共有

自分の病院で何が起きているのか知り、自覚することが重要です。他のセクションで起きたことは、自分のセクションでも起こる。そのためは、すばやく、わかりやすい（一目でわかる写真や図の使用）情報を発信することが必要です。

3. 改善策の検討

事故発生した該当セクションで、分析や改善策の検討をするのは当然ですが、起こった事故は、組織の問題として、適切な改善策を導くための小委員会をつくります。事故内容に習熟したメンバーの集まりも重要ですが、まったく違う立場での意見は、事故発生の原因に立ち返り、改善策のヒントになります。

医療行為そのものを止める

事故が起こると何とか工夫して、継続することを考えますが、【止められるか】を考えることは重要です。行為がなければ事故は発生しません。人の努力に頼ることは、改善につながらないことが多いことも意識する必要があります。

<事例>

内服薬を必要量より多く出し、ご家族の通院の負担を少なくした。夜間の緊急入院で、処方通り内服させたことで、過量薬剤投与となってしまった。

<改善策>

薬剤は、必要量、必要日数しか処方しない。

システムを変える

子どもの輸液は、ベッド柵の必要や行動範囲を狭めないように輸液セットに延長チューブ（エクステンションチューブ）を接続することが多く、緩みやはずれの原因となります。ロック式を使用すると、留置針との接続部が大きくなり、褥瘡発生のリスクが多くなります。看護師が接続を確認することが、長い間の改善策でした。

<改善策>

輸液セット接続側のみロック式のエクステンションチューブに変更する。

<結果>

1年半に41件あった事故が2件に減少。

さらに現在、閉鎖式輸液ルートの導入を検討しています。

患者さんやご家族の参加

病院は、長い間【安全な環境】を医療者が準備し、患者さんやご家族に提供する場でした。しかし、子どもの安全は、子ども自身や子どもに関わるすべての大人の協力が必要です。

<事例>

禁忌薬の記載があったが目立たず、使用してしまい、発疹が出現する。

<改善策>

- ・禁忌薬・アレルギー等問診票を作成し、患者さんやご家族に記載していただく。
- ・問診票は、黄色用紙とし、カルテの一番前に挟む。患者さんご家族とアレルギー情報を共

有する。

<結果>

- ・新たな事故発生なし。現在ラテックスや喘息の既往など一つにまとめた問診票を作成しています。

知識の共有

当センターでは、骨折のリスクの高い子どもたちが多く、骨折事故は毎年発生しています。そこで、＜整形外科医師＞＜神経内科医師＞＜薬剤師＞＜理学療法士＞＜看護師＞＜医療安全管理者＞が集まり、①何故骨折が起こるのか、②骨折のリスクを減らすにはどうしたら良いかを検討し、スクリーニング票を作成しました。また、知識を広くケアに活かすため、患者さんとご家族の協力で【骨折事故を予防するためのケア】というビデオを撮影しました。今後、職員やご家族と共に活用し、事故の減少を目指したいと思います。

業務の効率化

医療事故関連のみでなく、診療報酬の改訂などで新たな取り組みが増えています。それらに伴い、チェック用紙の増加、説明時間の延長等と医療者は、益々多忙になっています。NSTのスクリーニング票を褥瘡と骨折を組み込み、1枚にする等、業務の効率化をはかることも医療安全につながります。

これも大切

<改善策は、じっくり無理をせず>

何かを変えて、定着させるには、長い時間がかかります。また、十分練られた改善策でないと、変えたことで新たな医療事故が発生します。効果・検証を繰り返すことが重要です。

<先行投資>

アクシデント発生の結果、組織が動き、改善に向かうことは重要ですが、患者さんの不利益や職員のダメージなどが伴います。インシデントの時点での改善や他の病院で起きた医療事故を自分の病院で検証し改善することで、リスクを最小限にすることができます。

<人の確保>

どんなにシステムを変えても、人の介在なし

に医療は行えません。患者サービスを低下させず、安全に業務を行うには、人の確保や人員配置の工夫が必要です。

4. 改善策の効果・検証

改善策の効果を検証するには、報告書の推移や現場ラウンドで確認することが必要です。また、患者さんやご家族、医療者にアンケート等で評価していただくことも重要です。

おわりに

多職種が自分の専門性を活かし、一緒に医療安全の取り組みを行う過程で、コミュニケーションが円滑になり、ヒューマンエラーの減少に繋がります。患者さんやご家族も巻き込んで、安全な医療について考えていく先には、【医療事故の減少】という結果で現れると信じています。