

《報告》

「医療の質・安全学会第7回総会」参加報告

太田 美智男

椋山女学園大学看護学部

場所：埼玉県さいたま市大宮、大宮ソニックシティ

日時：2012年11月23 - 24日

医療の質・安全学会は医師、看護師のほかに薬剤師、臨床工学技士などあらゆる医療職と工学系、行政、医療機器メーカーなどから構成され、会員数約2400名で増加しつつある。最も参加数の多い職種が看護師であった。その多くは市中病院の医療安全管理室に勤務している。医療安全は、病院が選任した医師あるいは看護師などの医療職を専従で置くことによって保険加算が認められている専門的な領域である。したがって全国の病院現場からの参加者が多い。

本年度の総会は「医療質安全学の確立」をキーワードとして2日間開催された。シンポジウムは15、ワークショップ6、共催セミナー10および、口演217、ポスター発表191と、かなり多くの発表が行われた。シンポジウムは、「医療機器に関わる医療現場でのフラストレーション」、「医療社会システムとしての救急医療の現状と今後を考える」、「医療事故の第三者機関に何ができるか」、「治療手段としてのリハビリテーションにおけるリスク管理」、「電子カルテと医療の質・安全」、「震災と医療安全」、「国際病院評価機構が求める医療の質と患者安全」、「医療安全のための



情報活用とは」などのテーマで、ワークショップは「がん医療の質評価指標」、「院内における医療の質・安全教育はいかにあるべきか」などのテーマで行われた。一般口演では、①薬剤の安全管理など、②転倒転落防止、③医療手技、④医療機器取り扱い、⑤医療安全教育、⑥事例分析、⑦エラー防止、⑧医療安全管理体制、⑨急変時対応、⑩チーム医療、⑪労働環境、⑫事故調査、⑬地域医療などの分野が発表された。ポスター発表でも同様のテーマなどで、特に各病院における実践内容が発表された。

全ての発表に参加することは無理だったので、参加できた中で興味ある発表についてポイントを簡単に紹介したい。

1. 使い捨ての医療用具Single use device (SUD) について、近年は医療費節約のために何回も再利用することが提案され、実際に使われている。SUDの再利用について、安全性を保証するために何らかの基準が必要であることが議論された。国際病院評価機構 (JCI) はSUDの再利用について、それぞれの器具が何回使用されたかの履歴、清潔度についての証明などを要求している。その結果余分なコストと人手がかかるために、再利用のメリットが無くなることもある。メーカーは再利用を想定せず、1回のみを使用を前提とした器具を製作している。
2. 医療機器の安全使用について、それぞれの機器には添付文書がついているが、医療者がその添付文書をあまり読んでいないために誤使用による事故が起こったことが発表された。薬品の添付文書と違って医療機器の添付文書を医師や看護師はあまり読まない。どうしたらその内容を周知できるかが議論された。
3. 医療機器の改良について、その都度医療機器総合機構に認可審査を受けなければならない。これは医薬品と同じような評価基準が適用されているためであるが、医療機器の改良は薬品よりも頻繁に行われる必要があり、同一の基準で審査することには問題が多い、という報告があった。そのために医療機器開発について国際競争力が失われているというわけで、現在国レベルでその改正が議論されているということだった。
4. 国際病院評価機構 (JCI) が世界的に病院の質を評価している。日本では現在まで7病院がその認定を受けている。認定を受けるための経験が亀田総合病院、聖路加病院、NTT東日本関東病院の担当者 (看護師) から報告された。その中で勉強になったことを挙げてみたい。
 - ① 認定を受けるために全病院スタッフの努力が必要だった。評価はランダムに選んだ患者 (外来患者も含む) についてあらゆる項目がチェックされた。
 - ② 認定を受けることによるメリットよりも、その準備をすることによる病院スタッフの意識の変化と共有化に価値があった。
 - ③ 転倒防止アセスメントについては高齢の入院患者のみならず、産科、小児科、外来患者も含めた全ての患者を対象とする。
 - ④ 疼痛対策について、全ての患者に対して原則として行うのが当然、という考え方 (欧米の標準?)。日本では患者の希望によって疼痛対策を行うのだが、疼痛対策を患者が遠慮するのは患者に対する説明が不十分だからという。疼痛は患者にとって本来的に不利益であるという考え方である。なお、ここにおける本質的な問題について追記したい。患者の希望という自己決定を尊重するというのは、患者が自己の病気と医療について十分な知識を持つことが前提となる。その上でそれぞれの人生観 (死生観) や生活観を基に自己決定されることが望ましい。しかしここには多くの問題がある。例えば、患者の理解力が低く、どう説明しても理解できない場合がある。また患者が自己の病気や医療について知識を持

つことをいやがる場合には、どうすればいいのだろうか？ 実際にはそのような患者の方が日本には多いだろうと思われる。また患者に病気のことを説明するのは医療者の役目だが、ともすれば医療者の望んだ方向への誘導的な説明になることも多いのではないだろうか？ 医療者は自分たちが行っている、あるいは行う予定の治療について自信を持っている場合が多く、第三者や非専門家の情報などは信用しない傾向がある。ところが患者は医療者の専門的な知識と非専門家（インターネット情報も含めて）から得る知識の区別を客観的に判断することができない。このような現実の状況のなかで患者が自己決定を行うことは、不適切な誤った方向へ向かう可能性もあるということである。

- ⑤ SUDの器具の再利用については、デバイスごとに再利用の履歴をつくるべきである、という基準であり、もちろん清潔も保証されていなければならない。言われてみれば当然と思われるが、厚労省でさえ医療費削減のために再利用を勧めている現状では、再利用に厳格な基準を設けることは難しい。しかしプラスチックは使用することや消毒・滅菌によって劣化し小さな傷ができたりすることを認識すべきだろう。個人的には、何回も他の患者に用いられた器具を自分には用いてほしくないと思う。
 - ⑥ 患者確認について、外来患者についても内視鏡検査などの場所で十分ではないので、全ての患者に対してあらゆる場所でのバーコードなどによる患者確認が必要である。
 - ⑦ ハイアライト薬剤の管理などの整理と改善の必要性が指摘された。
5. 大阪大学附属病院の医療安全の取り組みとして、「阪大いろはうた」がおもしろい。「い：今一度、自分の名前を伝えましょう（患者確認）」、「ろ：廊下は意外にすべります。スリッパやめて夜も安心（転倒防止）」、「は：歯ははずしたら入れ物へ 大事な体の一部です（紛失予防）」、「に：二度三度たずねることも遠慮無く 治療の主役はあなたです（自己決定）」、「ほ：ほっとする相手に話そう 不安な気持ち（相談）」、「へ：変だな？と思ったときは確認を くすりは正しく飲みましょう（服薬管理）」、「と：とっても大切 次の診察いつですか（自己管理）」。
- 阪大いろはうたを院内に普及することによって医療従事者の安全意識も高まったという報告であった。阪大いろはうたを参考にして、それぞれの病院でさまざまなバージョンを工夫できるのではないかと。方言なども取り入れると患者は親しみやすいだろう。医療安全の注意文書やルール文書は堅苦しくなりがちだが、こういった親しみやすい方法が望まれる。

6. 離床センサーを用いた転倒防止の試みが数施設から報告されていた。離床センサーからの情報を的確に取り扱うことについて、看護師の経験などにより差があった。センサーは取り付けただけでは不十分で、日常の活用が大切だろう。

7. ヒヤリハット・インシデント報告について、自治医大埼玉医療センター（約600ベッドの急性期病院）からその内容について報告された。特に医師からの報告事例が少なかったが、様々な取り組みの結果報告数が増加してきた。



その記述式の報告データベースに基づいてテキストマイニングによる分類の試みと、WHO分類基準とのすりあわせについてその試みが報告された。テキストマイニングによる統計処理の結果を、現実の事例とその対処についていかに応用していくかが今後の課題と思われる。

8. 参考までに看護領域に関して行われた口頭ならびにポスター発表の一般演題名を列挙する。
 - 内服インシデント0を目指した取り組み～FMEAを用いたインシデント分析と看護師の質問紙調査より～
 - 看護師の失敗傾向が内服薬準備段階での確認不足に及ぼす影響
 - 気づかれるエラーとすり抜けるエラー～看護職の薬剤業務におけるエラーの発生とその検出
 - 与薬に関するアクシデントを減らすための取り組み～「インスリンに関するテスト」実施後アンケート結果より～
 - 安全な薬剤投与に関するワーキンググループ活動の報告～看護部部署リスクマネジャーの概念化能力の可視化への取り組み～
 - 手術室看護教育システム構築に向けた中堅看護師の教育・学習ニード
 - 転倒・転落防止および対応に関する看護師の意識調査
 - 転倒転落に関するインシデントレポートの分析～転倒転落アセスメントスコアシートの見直しに向けて～
 - 転倒転落に関するリスクファクターの特定化と可視化対策
 - 転倒転落ゼロを目指した取り組み
 - 多職種での転倒パトロール活動の試み
 - 小児転倒転落アセスメントフローチャートの妥当性と評価
 - 離床センサーの使用頻度の増加から安全管理を問う
 - 「キャリア開発ラダー」を用いた段階的医療安全教育プログラムの構築
 - 現場力を高めるリスク勉強会～安全な医療への第一歩～
 - 医療安全のゲーミング・シミュレーションとして構成された借り物ゲーム
 - 安全意識の向上にRCA分析を取り入れて
 - 輸液・シリンジポンプを安全に取り扱うための取り組み活動報告
 - 臨地実習における看護学生のインシデント後の教育的な関わりについて～メンタルケアを基盤とした学生への関わり～
 - 「栄養・食事」に関する治療・ケアの可視化・標準化に向けて
 - 患者の食事形態における誤嚥のリスク
 - 高齢者に対する看護師の転倒予測と転倒の関係
 - 抑制チェックシートの活用方法の現状とその有効性
 - 透析中の自己抜針予防のためのアセスメントスコアシートの開発
 - 気管カニューレ抜去防止対策についての検討
 - 気管チューブの抜去防止に対する取り組み
 - リスクマネジャーの意識向上への取り組み～行動対策リスト作成と実践～
 - 医療現場における業務プロセスの確認を可能にしたシミュレーションラウンドの実施
 - 口頭指示受けメモ導入への取り組みと評価
 - 輸液ポンプ・シリンジポンプ研修実施への取り組み
 - クロス採血・輸液前感染症検査保存用採血採血時のPDA認識率上昇に対する取り組み

- 医療施設におけるKYT（危険予知訓練）介入実践に関する縦断的研究
- KYT研修受講実態と臨床現場への推進状況
- 臨床看護知識の構造化訪問看護知識の構造化とその品質
- 病院組織の医療安全文化醸成に影響を及ぼす要因に関する研究
- インシデント報告（I system）に対する意識の変化
- 「安全の日」がもたらす効果
- インシデントレポート管理における「優良レポート」の推進による医療安全意識啓蒙への取り組み
- 看護師の気づき能力を高める「患者急変対応コース for Nurses」導入後の活動報告と今後の課題
- 院内暴力リスク・アセスメントシートの開発とその妥当性について～「院内暴力リスク・アセスメントシート」の有効性確認調査～
- 患者・家族からのハラスメントを受けた看護師の対処方法の実態
- 在宅療養支援診療所における看護師の役割～医療チーム内での連携の実際～
- “チーム STEPPS” を活用した医療安全教育の効果と方法
- 医師・看護師間におけるコミュニケーションエラーの要因
- 茶番劇から始めるチーム医療推進活動の試み
- 一般病院における医療安全研修の到達状況と看護職員への研修内容の浸透を阻む要因
- 臨床の場が期待する新人准看護師と新人看護師の医療安全能力の相違
- 医療施設におけるKYT介入実践に関する縦断的研究～新人看護師におけるKYT導入後の変化～
- 5S活動を効果的に実践するためのツール作成
- 新人看護師に予測・予防安全対策研修（T-PAS）を実施して
- 小型携帯端末を用いた簡易型所在確認システムの構築とその評価
- 新人看護師の共同作業認識が転倒予防対策に関わる安全行動に与える影響
- 転倒・転落防止策に向けての検討
- 長崎大学病院における転倒・転落インシデントレポートの分析
- リスクラベルを用いた事故防止活動の効果について
- 医療事故体験の回想によるリスク回避行動の気づきの構造
- 浅い鎮静管理は計画外抜管のリスクを増加させるか
- 改訂版「危険度アセスメントツール」の検証
- 長期療養施設における感染対策と感染症罹患との関連

本学会は医療関係者のあらゆる職種ならびに工学、心理学、法律、企業などさまざまな分野の人間が集まっている。そのために発表は広がりを持つとともに散漫にもなりかねない。しかし、やはり医療安全の大きな中心は看護師であり看護業務であることを認識した。看護師が医療現場での安全管理の中心だからである。看護系大学教員の参加はまだ少ないが、今後医療現場のニーズに対応して医療安全についてより関わっていく必要があり、医療安全に関する教育のスキームをつくっていく必要性を感じた。