

第 1 章

附属病院の医療安全管理の取り組みの経緯と現在

1 安全管理体制の確立の経過

(1) 平成11年1月の患者取り違え事故以前の安全管理体制

附属病院は平成3年開院以来、事故報告や苦情を取り扱う病院の窓口はあった。これらは事務処理と臨床部長会を経て各科個別の対応がとられていた。しかし、事故予防を主目的とした組織はなかった。

看護部や一部の診療科では、インシデント報告の分析や事故予防の取り組みが行われていたが系統的なものではなく、病院全体のシステムとはなっていなかった。

ア. 各部門での事故予防の取り組み

* インシデント報告

看護部や中央部門の一部では、以前から“ヒヤリ、ハット体験”を現場から報告する方式が行われていた。しかし、事故予防に具体的にどう生かすかの活用が不十分であり各部門の内部資料の域を出てはいなかった。

* 事故予防の取り組み

看護部と診療科の一部等で行われていた。しかし、これを、部門を超えて、病院全体の事故対策にまで生かされることはなかった。

* 事故予防マニュアルの整備

診療科の一部で行われており、それなりに成果をあげていた。(例えば、小児科病棟における、特殊3方活栓の仕様の導入や事故予防マニュアルの整備)しかし、病院全体にまで普及しなかった。

イ. 看護部の取り組み

看護部内部では、平成3年開院時より、「実践看護管理基準」の中に、“安全管理”と“事故対応”という項目が明確化されており、これに基づき、看護現場からヒヤリ・ハット事例等が看護部に報告されていた。

しかし、この報告の目的は、主に反省点と当面の事後対策を明らかにすることであり、予想される事故の未然防止に役立てるには十分ではなかった。また対策が看護部内だけの対応に留まっていた。

平成9年に、報告のあり方等が検討・見直され、インシデント報告を出易くする工夫と、事例分析ができるように変更した。その結果、インシデントの報告が増加した。事例の内容としては、与薬、注射に関するものが多いが、いずれもアクシデントには至った事例の報告はなかった。その他、看護部の組織内で、事例検討、院内研修、事故防止キャンペーンなどを行ってきた。

ウ． 患者取り違え事故以前の取り組みの問題点

患者取り違え事故以前では、病院内の一部で事故予防の取り組みが行われていたが、病院全体としてのメディカルリスクマネジメント（医療安全管理）の考え方がなかった。

特に、病院職員一人ひとりが“ミスは起こりうる”とする考えを持って事故予防に取り組む考え方と、病院全体の事故予防のシステムがなかった。

(2) 患者取り違え事故後に発足した事故予防委員会とリスクマネージャー会議の役割

ア． 発足の経緯

患者取り違え事故の直後、事故の調査と対策の立案のため大学内に組織された事故対策委員会、および横浜市に設置、外部委員が参画した事故調査委員会では、緊急の事故予防策の策定と実施するとともに、中・長期的な事故予防にむけた対策として、病院改革の実施と院内でのメディカルリスクマネジメントの導入が提言された。

これを受けて、平成11年4月に、病院改革の取り組みは、大学全体として「市立大学病院改革委員会」として発足し、また、メディカルリスクマネジメントの取り組みは「附属病院事故予防委員会」として発足し、事故予防に取り組むこととなった。

附属病院事故予防委員会は発足後、全部門にリスクマネージャーを配置し、リスクマネージャー会議を組織して、活動が開始された。活動内容としては

潜在的リスクの調査と情報の収集

事故予防策の立案・実施

“ミスは起こりうる”との発想と事故予防の考えの普及を行うこととなった。

イ． 事故予防委員会の活動

機構と構成：病院長に直属し、医師、看護婦、事務など7人で構成した。さらに各部門にはリスクマネージャー約50人を配置した。

役割：インシデント報告の収集、分析。事故予防のための具体案の提言、普及、他院での事故情報の集積。事故予防のための広報と講演会等の企画。

活動状況： 委員会の開催

リスクマネージャー会議の開催

医療危機管理の手法の調査と視察

武蔵野日赤病院視察、事故予防について研修会への参加など

インシデント報告の収集と分析

インシデント報告に基づく事故予防のための提言と具体化

医療危機管理の方法についてのビデオや資料の各部門への配付と啓発

医療危機管理とQC活動などについての講演会の企画、運営

医療安全管理セミナーなどの開催

事故予防マニュアルの作成，整備

全診療科，全部門の事故予防マニュアルを作成した。

(3) 安全管理部門の強化への提言と事故予防委員会の改組

市立大学病院改革委員会と事故予防委員会の提言により医療安全管理部門の設置と医療安全管理学教授を含めた専門スタッフの配置が検討された。

具体的には，病院長の専任化と権限の強化，副病院長制の導入，副院長の一人を統括安全管理者（ジェネラルリスクマネージャー）と位置付けること。これに伴い，事故予防委員会の活動は安全管理部門と統括安全管理者とを一体化した「安全管理対策委員会」に統合されることとなった。

(4) 事故予防委員会から安全管理対策委員会に引き継がれた課題

ア． 職員の意識改革

インシデント報告の提出の数が少ない部門があるので，事故予防委員会やリスクマネージャーを通じ，事故予防の考え方が全職員に徹底しているかどうかを把握し，より一層の意識改革に向けた努力をおこなうこと。

イ． Q C 活動の普及

現場で，職員自らが事故のもとになる問題点の把握と解決法を見出しながら，業務改善と職員の意識改革を進める，いわゆるQ Cの手法が未だ十分普及していない。医療現場におけるQ C活動の実践的な取り組み方法について研修を行ない，全職員に修得してもらい実践してもらうこと。

ウ． 各部門のバラツキの是正と，部門間の連携

インシデント報告の分析から明らかとなった問題点を現場で直せる場合は，すぐに実行に移すように努力がされている。しかし，大きなシステムの改善や見直しが必要な場合は，すぐには実行に移せないことがある。今後一層関係部門間との話し合いを進め，事故予防の観点から改善にむけて努力する必要性があること。

エ． 安全管理部門の機能発揮

事故予防委員会では，インシデント報告の集計や分析が不十分であるため，安全管理担当の専門職員が，組織的に十分対応していくこと。事故予防に関する情報収集，企画，調整，研修などの能力を発揮することが求められる。また，安全管理部門の職員が病院内で円滑に活動できるような条件整備をおこなうこと。

2 現在の安全管理体制の機能と活動

(1) 安全管理対策委員会の機能と活動

平成 11 年 4 月から活動してきた事故予防委員会は、さらに権限と機能を強化した安全管理対策委員会として、平成 12 年 4 月から月 2 回の委員会を開催し、院内の安全対策に取り組んでいる。

この委員会は病院長直属の委員会として位置付けられ、計 16 名（医学部長、病院長、副病院長、看護部長、管理部長、医療安全管理学教授、病院長指名の委員：庶務課長、医師、看護婦等）で構成されている。安全管理担当者は委員会の庶務を担っているが、委員と同様の発言権が認められている。

委員会における重要な議題の一つにインシデント報告の検討があり、毎回具体的な事例の審議・評価がなされている。ここでは各科・各部署の安全管理者（リスクマネージャー）では対応困難な事例や各部門にまたがる複雑な問題について審議し再発防止策を見出していく。

安全管理担当者は、絶えず各部署に出向き、調査、部門間調整、問題解決への助言などを行って防止策の実施・浸透を図る。そこでは当該部署の安全管理者（リスクマネージャー）と十分連携していることが大切である。現場での取り組みをリアルタイムに委員会へ報告することができ、また改善についての評価や指示を現場が得られることで、委員会と現場の関係を密接に結びつけている。

(2) リスクマネージャーとリスクマネージャー会議の機能と活動

各部門の 63 名のリスクマネージャーが一同に集まり、月 1 回の会議を持っている。会議の議長は統括安全管理者である副病院長であり、医療安全管理に関する全体の方向性についての討議や自部署の取り組みの紹介、インシデント事例についての検討などが行われる。

この会議から「事故予防マニュアル」「安全管理チェックリスト」などが作成されてきた。現在は本年 8 月厚生省国立病院部から出された「リスクマネジメントマニュアル作成指針」などを参考に、各リスクマネージャーが事故予防マニュアル改訂版の作成に取り組んでいる。

(3) 統括安全管理者（副病院長）と医療安全管理指導者（教授）の機能と活動

ア． 統括安全管理者の役割

平成 12 年 4 月に、病院長による指導体制を強化するため、病院長の専任化が行われた。また、同時に副病院長を 2 名の体制にし、その内の 1 名の副病院長は統括安全管理者を兼ね、医療安全管理の責任者を明確にした。また他の 1 名の副病院長は、経営・広報の担当とし、病院運営の役割を分担することになった。

統括安全管理者には、病院長を補佐して、医療安全管理の推進に関する権限を付与し、事務を統括し、医療安全管理指導者及びリスクマネージャー（安全管理者）を指導監督する立場にある。

また安全管理対策委員会の委員長やリスクマネージャー会議の議長を努め、院内のリスクマネジメントの中心的存在として、指導力を発揮している。

イ． 医療安全管理指導者の役割

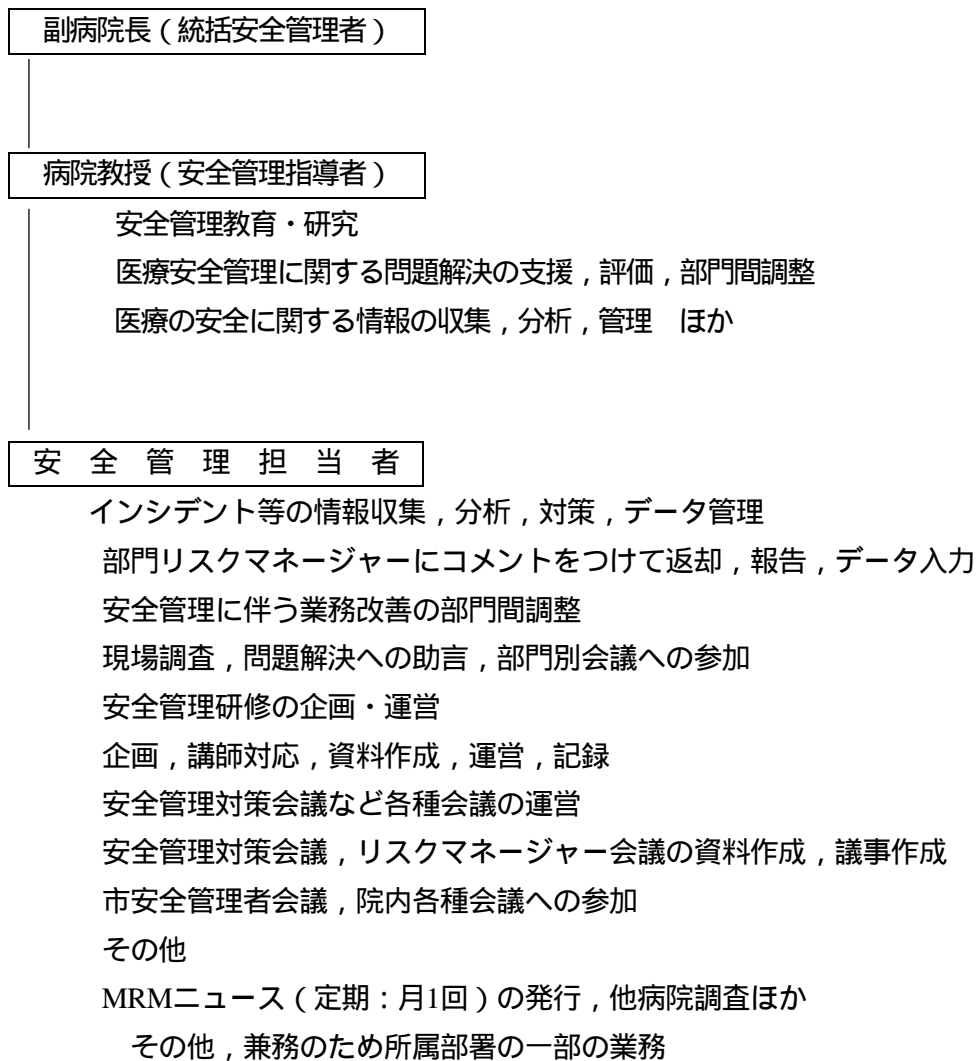
平成12年8月に、安全管理教育の指導者として、医療安全管理指導者が任命された。医療安全管理指導者は、統括安全管理者を補佐して、病院の医療安全管理全般にわたる企画や指導、職員研修などを担う。

また、医学部において、医療安全管理学教授として、学生教育に携わる。

(4) 安全管理部門担当者の業務

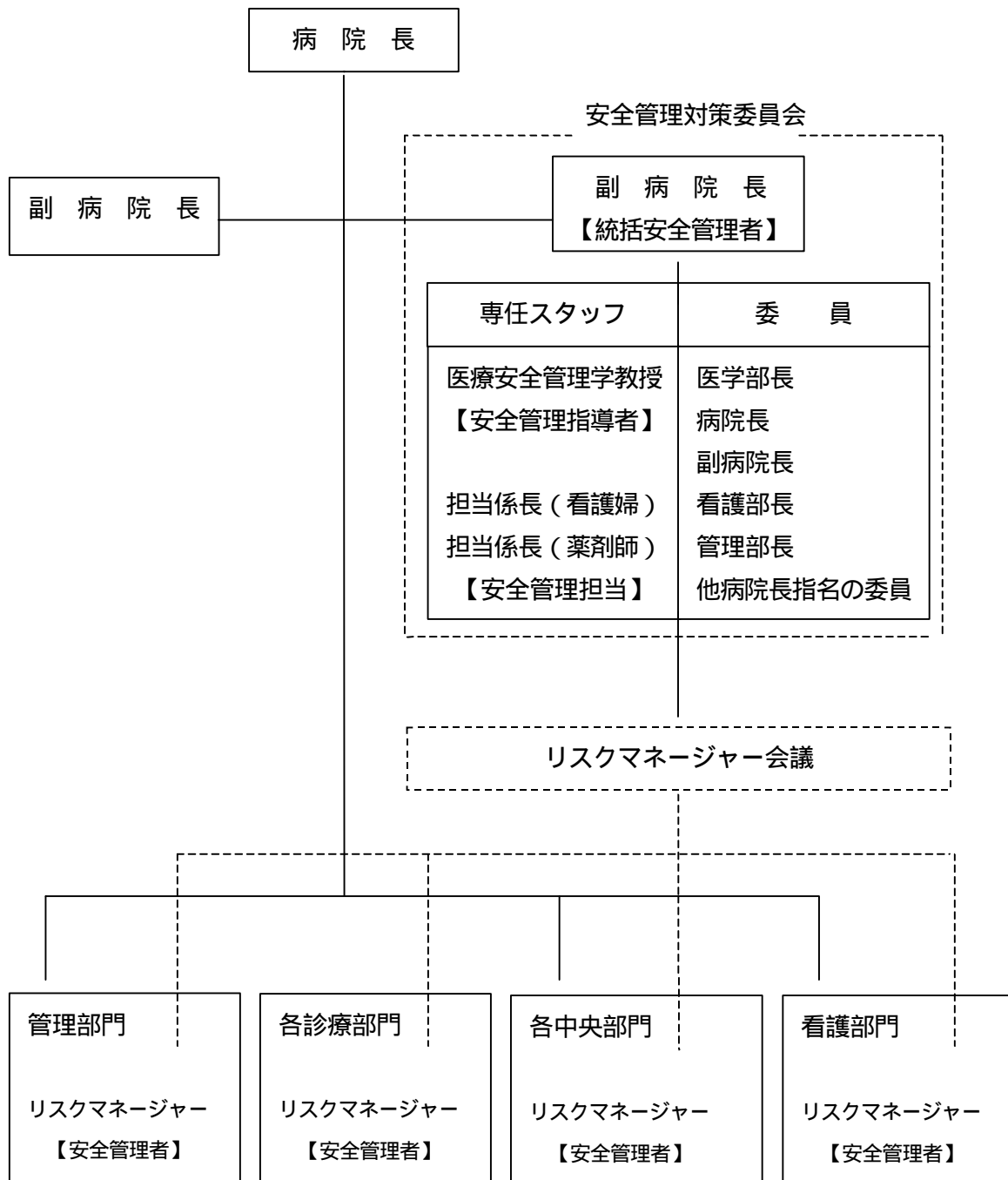
業務内容は(表1)の通りである。

(表1) 安全管理担当の業務



(図1)

市立大学安全管理体制概念図



平成 12 年度安全管理対策委員会開催状況

平成 12 年 10 月 25 日現在

	開催日	主な議題
第 1 回	4月10日	市立大学安全管理体制について/インシデント報告書の一部改正について /リスクマネージャー会議の開催について
第 2 回	5月 1日	「今後の安全管理の進め方について」/インシデント報告書：項目の検討 と情報処理について/4月インシデント報告内容と検討事例について/病理 部からの申し出について/指示票問題について
第 3 回	5月15日	インシデント報告書：項目の検討と情報処理について/指示票問題と定時 変更について/MRMニュース発行について/7月セミナー開催について
第 4 回	6月5日	5月分インシデント報告書の検討/エンボスカードの運営・管理について/ 事故報道に関して：当院血液透析室の実態と改善策/中期計画（案）につ いて
第 5 回	6月19日	新医療情報システム進捗状況と安全管理/新インシデント報告書：内容と 運用についての検討/インシデント報告の検討/「主治医」について
第 6 回	7月 6日	薬剤ラベル貼付ミスについて/特定機能病院における安全管理体制の確保 状況に関する調査票（案）について
第 7 回	7月10日	「6月28日ラベル貼付ミス事例（薬剤部）」について/6月分インシデント 報告事例について/報告事例の調査結果について/新インシデント報告書 について/指示票改善の取組みについて
第 8 回	7月31日	7月分インシデント報告書（新様式・新運用）の提出状況と事例検討/13年 度安全管理部門活動計画ならびに予算要求について/8月中の連絡体制に ついて/「主治医」の確認と「受持ち医」「担当医」設定についてのアン ケート
第 9 回	9月 4日	7月・8月分インシデント報告の提出状況と事例検討/平成12年度指定課題 研究助成について/機密文書処理（古紙リサイクル）について/安全管理担 当活動報告（4～8月）
第10回	9月18日	「インシデント、アクシデント発生時の連絡・報告の流れ（案）」：（旧 インシデント、アクシデントフロー）の提案と検討および医事紛争連絡会」 との連携について/8月後半インシデント事例の検討/5項目の早急に改 善すべき問題について
第11回	10月 2日	アクシデント発生時の連絡・報告の流れと緊急時（時間外）連絡網につ いて/「オフィス古紙」（機密文書）回収方法の見直しについて/9月分イン シデント報告の提出状況と事例検討/9月前半インシデント事例の改善策 について
第12回	10月16日	「横浜市民病院 人工呼吸器事故を考える」（集中治療部）/9・10月分 インシデントレポートの事例検討/報道事例（X線TV事故・抗がん剤の連日 投与）と当院の実際について/機密文書回収方法の見直しについて

平成12年度リスクマネージャー会議開催状況

平成12年10月25日現在

	開催日	主な議題
第1回	4月17日	市立大学安全管理体制について リスクマネージャーの役割について リスクマネジメント関連情報
第2回	5月22日	安全管理のための取組み課題 指示票運用の実態と今後の方向性 各部署における「事故予防，安全管理のための取組み インシデント報告書の改訂案の提案など 病理部リスクマネージャーから 放射線部リスクマネージャーから
第3回	6月26日	安全管理のための取組み課題 指示票運用の実態と各部署の取組み課題 各部署における「事故予防，安全管理のための取組み 新インシデント報告書の様式と運用 リスクマネージャーからの発言 放射線科リスクマネージャー 8-2病棟リスクマネージャー 「フロートロンDVT」活用状況と留意点について 情報開示について
第4回	7月24日	「薬剤ラベル貼付ミス」「手術におけるガーゼ類の取り残し」「塩酸モルヒネ紛失」についての説明と当該部門からの発言 インシデント報告書の活用状況 病理部リスクマネージャーから 「今後のリスクマネージャー会議のありかたについて 事故予防マニュアルの改訂について 夜間・休日の救急患者の対応について
第5回	9月25日	インシデント報告について（8月・9月分） 事例検討2件 各部署の取組み（第1外科・7-1/内視鏡室/麻酔科） 特別講座「リスクマネジメント講習会」（看護部主催）
第6回	10月23日	「横浜市民病院 人工呼吸器使用患者の医療事故を考える」（集中治療部） 各部署の取組み（産婦人科・6-2） 9・10月のインシデント報告状況と内容について 指示票改善自己評価アンケート 確認会話の具体例（ポスター） 人工呼吸器取り扱いについて

3 事故調査委員会，病院改革委員会，外部評価委員会等からの改善案・提言の実施状況

(1) 患者取り違え事故の再発防止策

(改善案・提言の内容)

事故の背景としては、職員個々人のミスや職務怠慢にとどまらず、病院全体としての管理運営システムの問題が指摘され、1)患者中心の医療の確立、2)チーム医療の確立、3)医師の責任体制の確立、4)手術室の管理運営体制の確立、5)病棟の勤務体制の見直し、6)安全管理体制の確立、の6項目の改善を求めている。

(実施状況)

患者中心の医療を推進するため、附属病院の理念や市立病院の医療憲章を院内のスタッフや患者さんの目に付く場所に掲示した。また接遇マナー、患者確認の会話の習慣化などを、新人教育や職員研修のみならず、院内の会議や日常的な職員指導、広報紙などのあらゆる機会を捉えて、全職員に教育している。

また医師・看護婦間のチーム内連携はもとより、主治医・執刀医・麻酔科医の役割と責任者を明確する、術前訪問時に患者確認を行う、手術スケジュールを10分づつずらすなど安全・確実な体制に見直した。

(2) 安全管理体制の確立

(改善案・提言の内容)

事故当時、附属病院に医療事故の防止及び発生時の対応する内部組織が設置されていなかった問題が指摘され、1)事故予防委員会の設置、2)リスクマネージャーの配置、3)インシデント報告システムの確立、4)医療安全管理部門の設置、の4項目の安全管理体制の整備が求められている。

(実施状況)

平成11年4月に附属病院に事故予防委員会を発足させ、約50人のリスクマネージャーを各部署に配置するとともに、あわせてインシデント報告システムを整備・周知して、ヒヤリ・ハット体験があった場合の職員からの自発的な報告を促し、病院全体として、リスクマネジメントに取り組んだ。事故予防委員会は、平成12年4月には安全管理対策委員会に改組した。

平成12年4月には、副病院長1人を総括安全管理者に任命し、また担当係長2人を配置した専門の安全管理部門を設置した。さらに平成12年8月には、医療安全管理指導者(病院教授)を新たに採用し、安全管理体制を整備した。

(3) 病院長による指導体制の確立

(改善案・提言の内容)

事故当時、附属病院の病院長は医学部の講座教員を兼ねていたが、病院長の専任化を行なうこと、病院長による指導体制と意思決定システムの確立が指摘され、

1)病院長の専任化と権限強化、2)副病院長の設置と業務分担、3)病院管理会議の設置の

必要性を求められている。

(実施状況)

平成12年4月に病院長の専任化が行われ、また同時に副病院長を2人の体制にして、1人は総括安全管理者を兼ね、医療安全管理の責任者とし、他の1人には経営・広報を担当させ、多忙な病院長を補佐する体制を整備した。

さらに病院長の指導性を発揮させるため、平成12年1月に病院管理会議を設置し、毎週1回の会議を開催して、意思決定の迅速化・円滑化を図っている。

(3) 医療教育の充実

(改善案・提言の内容)

大学病院は、医療人の育成が大きな使命であり、知識・技術の取得とともに、社会性と人間性を重視した医療人の教育を指摘され、1) 医療人の研修・評価制度の改善、2) 研修医の指導体制の改善、3) 医学部教育の改善、4) 看護教育の改善、の4項目の改善を求められている。

(実施状況)

医の倫理や患者中心の医療への意識改革、医療安全管理の教育などを徹底するため、医師・看護婦などの病院全職員への教育、研修医への教育・指導の徹底のほか、医学部学生や看護学生への基礎教育において教育内容の改善に取り組んでいる。

(4) 情報伝達の円滑化

(改善案・提言の内容)

大きな病院は、組織・構造が複雑であり、情報が伝達しにくい職場環境があるため、1) 情報伝達の責任者の明確化、2) 職員による提案制度の創設、3) 院内広報紙の充実、4) その他の伝達媒体の活用の改善が求められた。

(実施状況)

平成11年4月から各臨床部長をはじめ、各部門の管理職員が、職員への情報伝達の責任者であることを徹底するとともに、あわせて臨床部長会、各科代表者会議、各職場会議での伝達のほか、病院長名の文書通達、広報紙、掲示板などを活用して、病院としての意思決定や重要情報をすみやかに職員へ伝達している。

平成12年4月からMRMニュース(安全管理ニュース)を毎月発行して全職員に配布し、リスクマネジメントによる得られた安全情報の共有化を図っている。また各部門の職員からも随時安全管理対策委員会に提案され、検討されている。

(5) 外部評価システムの導入

(改善案・提言の内容)

病院改革が確実に実行されていることの点検・評価を得ることと、病院の継続的改革の取り

組みを目指して、1) 緊急外部評価の実施、2) 継続的改革に対する外部評価の実施を求められている。

(実施状況)

緊急的な外部評価は、7名の外部委員による「事故再発防止策及び病院改革に関する外部評価委員会」が平成11年10月に設置され、これまでの取り組みに対して、総体的に評価いただき、平成12年2月に報告をいただいた。継続的改革に対する外部評価は未着手であるが、具体化に向けて内部検討をしている。