



いのちをまもるパートナーズ 医療安全レポート No.21

● 2018年12月号 ● 一般社団法人 医療安全全国共同行動 発行

[目次]

医療事故発生・報告の状況

I 発生場所からみた医療事故報告数	2
II 医療事故調査制度による報告数	4

医療事故から学ぶ—その分析と対応・改善策

経鼻栄養チューブ挿入時の位置確認～診療放射線技師の役割を中心に～ ●行動目標 3a：關 良充	5
--	---

行動目標の実現に向けて

行動目標 9：転倒・転落による傷害の防止 転倒アセスメント結果より導かれたソフト、ハード対策を実施する ●中尾 正寿	10
---	----

連載 医療安全をシステムで保証する 9

管理の原則 ●飯塚 悅功	13
--------------	----

連載 安全文化の醸成を考える 21

メンタルモデルの共有〈ツール編 7〉 ●種田 憲一郎	17
----------------------------	----

医療現場からひとこと (3回連載)

第3回 病院全体でのM&Mカンファレンスを始めよう ●遠山 信幸	24
----------------------------------	----

活動紹介

地域における医療安全活動 ●黒川 美知代	27
----------------------	----

海外からのレポート

世界に拡がる Choosing Wisely キャンペーン～第5回国際円卓会議に参加して～ ●小泉 俊三	30
--	----

「医療安全レポート」について

本レポートは、最近における医療事故等の発生状況、事故事例等を抽出し、その分析と改善策、医療安全行動目標の効果的な推奨対策、各分野の専門家や病院管理者からの提言、患者・市民の声、医療安全に関するトピックス、海外情報などを読みやすくまとめ、毎月お届けします。こうした情報が皆さんに活用されることにより、医療安全への意識や実行性が高まり、1件でも、1人でも医療事故から救うことにつながれば幸いです。

【ご利用にあたって】

- ・本レポートは、毎月初めに発行し、電子情報（PDF）で提供いたします。
- ・当法人の参加登録施設、会員には、無償で提供いたします。
- ・希望される医療関係者や市民の皆さんには有償（1年間 5,000円（税込））で提供いたします。
詳細は当法人 HP (<http://kyodokodo.jp/>) をご覧ください。
- ・本レポートは、当法人の責任のもと、当法人の専門委員や外部の有識者等の執筆に基づき作成したものであり、医療の標準や義務を示すものではありません。

医療事故発生・報告の状況

I 発生場所からみた医療事故報告数

先月号では「診療科別」からみた医療事故を取り上げましたが、本号では、「発生場所」に着目して報告します^(注1)。

1. 発生場所と事故の概要 (2017年1月～12月)

- 表1は「発生場所」とその「事故の概要」を示したものである。発生場所で最も多いのは、「病室」で44%と突出しており、以下「手術室」が13%、「廊下」および「ICU」が4%、「トイレ」、「外来診察室」、「カテーテル検査室」がそれぞれ3%の順となっている。
 - 前年(2016年年報YA-72-C)との比較で増えたのは、「放射線治療室」が10件から29件と190%増、「NICU」が21件から34件と62%増、「トイレ」が95件から138件と45%増、「救急外来」が30件から40件と33%増が目立つ。一方、減ったのは、「カテーテル検査室」が115件から104件と10%減であったが、ほとんどの場所が減っていない。(母数が極端に少ないものは除いた)。
- ⇒ 先月号の診療科別と今月号の発生場所を併せてご覧いただると、自身の所属先における事故の発生状況が把握できるので、有効な事故防止対策の議論を深めてほしい。

●表1 医療事故の発生場所と事故の概要^(注2, 注3)

発生場所×事故の概要	薬剤	治療・処置	医療機器等	ドレーン・チューブ	検査	療養上の世話	その他	合計	割合(%)
外来診察室	29	31	1	4	25	3	15	⑥ 108	2.6
外来処置室	8	29	1	7	4	5	5	59	1.4
外来待合室	0	0	0	0	0	9	5	14	0.3
救急外来	11	15	0	0	7	2	5	④ 40	0.9
救命救急センター	5	18	2	7	1	4	6	43	1.0
病室	178	220	35	153	28	1,043	184	① 1,841	43.6
病棟処置室	10	31	2	11	9	5	6	74	1.8
手術室	31	425	37	27	2	4	41	② 567	13.4
ICU	14	79	4	26	0	14	22	④ 159	3.8
CCU	2	8	1	4	0	2	4	21	0.5
NICU	4	4	4	12	1	5	4	③ 34	0.8
検査室	4	20	0	1	32	2	5	64	1.5
カテーテル検査室	2	85	2	2	8	1	4	⑦ 104	2.5
放射線治療室	2	17	1	1	1	2	5	29	0.7
放射線撮影室	15	25	2	9	30	4	7	92	2.2
核医学検査室	0	1	0	0	2	0	1	4	0.1
透析室	1	13	2	5	0	2	1	24	0.6
分娩室	0	8	0	0	0	1	3	12	0.3
機能訓練室	0	16	0	0	0	3	3	22	0.5
トイレ	2	3	0	0	1	123	9	⑤ 138	3.3
廊下	1	1	1	2	0	148	20	③ 173	4.1
浴室	0	0	0	1	0	61	3	65	1.5
階段	0	0	0	0	0	2	1	3	0.1
薬局(調剤所)	16	0	0	0	0	0	1	17	0.4
不明	0	4	0	0	2	41	12	59	1.4
その他	33	85	5	15	38	189	91	456	10.8
合計	368	1,138	100	287	191	1,675	463	4,222	100.0

2. 医療事故の発生場所と事故の程度 (2017年1月~12月)

- 表2は、「発生場所」とその「事故の程度」を示したものである。このうち「事故の程度が『死亡』の事例」の発生した場所に着目してみると、「病室」が最も多く46%を占め、以下「ICU」が10%、「手術室」が8%、「カテール検査室」が4%、「救急外来」が4%の順である。
- これを増減率で前年 ([2016年年報 YA-66-C](#)) と比較すると、増えたのは「カテール検査室」が7件から14件と100%増、「検査室」が4件から8件と100%増、「救急外来」が9件から12件と33%増が目立つ。一方、減ったのは「手術室」が38件から26件と32%減、「病室」が172件から157件と9%減であった。(母数が極端に少ないものは除いた)

⇒ 必ずしも因果関係が認められるものではないが、『死亡』事例の発生場所としては、ICU、手術室、カテール検査室、救急外来・救命救急センター等の高度な治療・処置、検査、救命措置等で発生する率が高い。当該関係者には、さらなる精緻な確認、観察、連携等が求められている。同時にその実践による効果が最も現れる部署でもあるのではないか。

●表2 医療事故の発生場所と事故の程度^(注2、注3)

発生場所×事故の程度	死亡(%)	障害残存の可能性がある(高い)	障害残存の可能性がある(低い)	障害残存の可能性なし	障害なし	不明	合計	割合(%)
外来診察室	7 (2.0)	22	28	13	28	10	108	2.6
外来処置室	2 (0.6)	5	10	16	23	3	59	1.4
外来待合室	0 (ー)	2	5	1	6	0	14	0.3
救急外来	⑤ 12 (3.5)	2	6	10	10	0	40	0.9
救命救急センター	⑧ 8 (2.3)	2	9	9	13	2	43	1.0
病室	① 157 (45.5)	195	551	470	404	64	1,841	43.6
病棟処置室	5 (1.4)	4	20	22	18	5	74	1.8
手術室	③ 26 (7.5)	72	141	172	127	29	567	13.4
ICU	② 35 (10.1)	25	34	34	25	6	159	3.8
CCU	2 (0.6)	4	5	5	5	0	21	0.5
NICU	1 (0.3)	4	10	8	6	5	34	0.8
検査室	⑨ 8 (2.3)	7	16	14	19	0	64	1.5
カテール検査室	④ 14 (4.1)	19	23	17	28	3	104	2.5
放射線治療室	1 (0.3)	5	8	11	4	0	29	0.7
放射線撮影室	6 (1.7)	6	21	27	30	2	92	2.2
核医学検査室	0 (ー)	0	4	0	0	0	4	0.1
透析室	1 (0.3)	1	4	8	8	2	24	0.6
分娩室	1 (0.3)	2	5	0	2	2	12	0.3
機能訓練室	0 (ー)	0	8	8	5	1	22	0.5
トイレ	⑥ 6 (1.7)	10	48	42	29	3	138	3.3
廊下	4 (1.2)	17	63	49	34	6	173	4.1
浴室	⑩ 1 (0.3)	6	23	21	11	3	65	1.5
階段	0 (ー)	0	1	1	0	1	3	0.1
薬局(調剤所)	0 (ー)	0	3	4	10	0	17	0.4
不明	1 (0.3)	4	14	21	10	9	59	1.4
その他	47 (13.6)	33	152	123	93	8	456	10.8
合計	345 (100.0)	447	1,212	1,106	948	164	4,222	100.0

注1) 本データは、公益財団法人 日本医療機能評価機構の「医療事故情報収集等事業 2017年年報」および「医療事故情報収集等事業ホームページ (<http://www.med-safe.jp/>) 集計表（ウェブ公開分）」による。

注2) 2017年の医療事故報告数は既報（10月号）のとおり4,095件であり、発生場所数は複数回答により4,222件である。

注3) 本データのご利用に当たっては、次の点にご留意をお願いします。

- ①関連診療科は複数回答が可能であること
- ②また、当該事例発生後の対応に関わった診療科なども含まれていること
- ③事故の発生および事故の過失の有無と事故の程度とは必ずしも因果関係が認められるものではないこと
- ④「不明」には、報告期日（2週間以内）までに患者の転帰が確定しない事例が含まれること

II 医療事故調査制度による報告数

- 「医療事故調査制度」における2018年10月の現況報告^{注)}では、40件の死亡が報告された。制度発足以来の累計では1,169件、月平均では31.6件となっている。また、診療科別の累計では、外科が最も多く、内科、消化器科、整形外科、循環器内科の順となっている。(表1、表2)
- 地域別の報告数は、東北および中国四国が少ないが、これは周知度や病床数より、人口の影響が大きいものと思われる。(表3)
- 相談件数は「医療事故報告の判断」に関するものが37%と最も多く、以下「医療事故報告の手続き」に関するものが26%、「院内調査」に関するものが18%となっている。(表4)

● 表1 医療事故の月別報告数

2018年						累計 2015年10月 ～2018年10月	うち病院	うち診療所
5月	6月	7月	8月	9月	10月			
32	31	33	41	27	40	1,169	1,099	70

● 表2 医療事故の診療科別報告数（累計）

外科	内科	消化器科	整形外科	循環器内科	産婦人科	脳神経 外科	心臓血管 外科	泌尿器 科	小児科	その他	計
201	145	100	98	86	70	65	65	45	37	257	1,169

● 表3 医療事故の地域別報告数

区分	北海道	東北	関東信越	東海北陸	近畿	中国四国	九州	計
前月まで	61	68	420	165	177	85	153	1,129
2018年10月	1	4	16	5	5	4	5	40
累計	62	72	436	170	182	89	158	1,169

● 表4 相談件数

区分	相談件数	内容による集計（複数計上）						計	
		医療事故報告		院内調査	センター 調査	再発防止	その他		
		判断*	手続き						
前月まで	5,749	2,363	1,686	1,177	358	17	847	6,448	
2018年10月	医療機関	77	7	49	28	7	1	79	
	遺族等	76	72	0	4	2	0	85	
	その他・不明	14	1	2	4	0	0	17	
累計		5,916	2,443 (37%)	1,737 (26%)	1,213 (18%)	367 (6%)	18 (0%)	871 (13%)	
								6,649 (100%)	

* 制度開始前の事例や生存事例に関する相談が含まれる。

注) 本データは、一般社団法人日本医療安全調査機構が、2015年10月に施行された「医療事故調査制度」に基づき、医療機関からの報告をまとめ公表した「[医療事故調査制度の現況報告（10月）](#)」による。累計は2015年10月から2018年10月までのもの。

医療事故から学ぶ—その分析と対応・改善策

経鼻栄養チューブ挿入時の位置確認 ～診療放射線技師の役割を中心に～

行動目標3a 「危険手技の安全な実施—経鼻栄養チューブ挿入時の位置確認の徹底」

行動目標3a 技術支援部会※ 關 良充

(東京北医療センター 医療安全管理室、診療放射線技師)



※山元 恵子(東京都看護協会)、須田 喜代美(竹田総合病院 医療安全管理室)、藤盛 啓成(東北大学病院 医療安全推進室)、
田中 良(千葉科学大学 医療危機管理学科)

(順不同)

事例

(医療事故の再発防止に向けた提言(第6号)より)

閉鎖性動脈硬化症で大腿切除、脳梗塞、認知症の80歳代患者に、経口摂取困難、血清アルブミン値が低下(1.8g/dl)し、栄養剤投与目的に胃管を挿入した。BMI12.8。嚥下機能低下、意思疎通困難、円背、挿入困難歴があった。

看護師、整形外科医が胃管を挿入したが、胃内に到達できず、消化器内科医が排液用チューブにガイドワイヤーを使用し、透視下で胃管を挿入した。X線で胃管の先端が胃内にあると判断し、栄養剤の投与を開始した。

約1時間後に心拍数が増加し、約8時間後にうめき声をあげ、SpO₂は測定不可となり、血圧が低下した。CTで胃管の胃外へ穿破、腹水貯留、free airを認め、同日緊急手術を行ったが、2日後に死亡した。

I. はじめに

皆さんはこの絵をご覧になつたことがありますか？この絵には2人の顔が描かれています。わかりますか？一枚の紙に描かれた一人の人物が、画面奥に顔を向けている若い女性、あるいは横顔を見せている老いた女性の二通りに認知することができます。若い世代では若い女性を最初に認知する人が多く、年配の世代では老婆を最初に認知する割合が高いとされていますが、人の目は、見間違いや思い違いを起こします。



放射線画像の確認も、一つの画像を複数目線で確かめる必要が求められており、その施策の構築が急務です。「木を見て森を見ず」ということわざもありますが、関心のありかによって見えてくるものはまったく違ってきます。医師にとっても「心を診て肺を診ず」はあってはならないことです。

今回は経鼻栄養チューブ挿入時の位置確認につ

いて、特にX線撮影による確認と診療放射線技師の役割を中心に解説します。

II. 誤挿入による事故発生状況とX線画像の見落とし

胃管挿入に関連した事故について、2018年9月に医療事故調査・支援センターより「医療事故の再発防止に向けた提言」第6号として「栄養剤投与目的に行われた胃管挿入に係る死亡事例の分析」が公開されました。これによると、日本医療機能評価機構「医療事故情報収集等事業」に2010年1月1日以降に報告された中に死亡事例は5例あり、誤挿入された部位は、気管・肺が3例、胸腔が1例、腹腔が1例でした。また、医療事故調査・支援センターに届けられた医療事故報告(2015年10月～2018年5月末)では胃管挿入に関連する死亡事例は6例ありました。そのうちの5例は、主に気泡音の確認で栄養剤の注入が開始された例ですが、冒頭に掲げた事例では、X

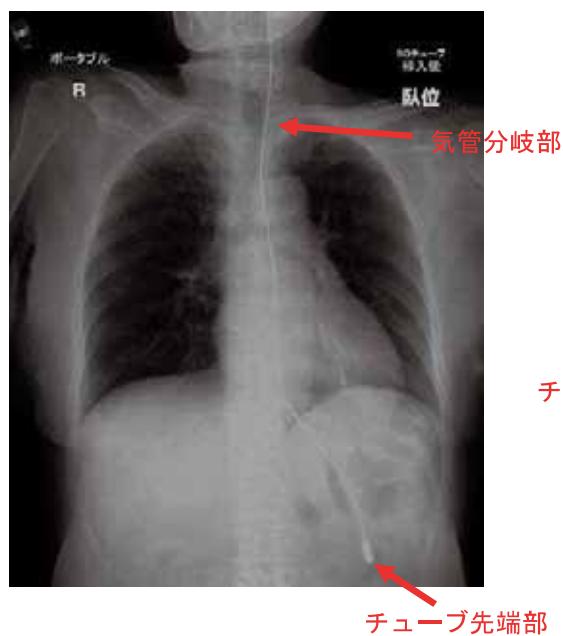
線透視下で挿入されたにもかかわらず、複数の目でX線による最終的な位置確認が行われなかつたために、ガイドワイヤーによる胃壁穿孔が見逃されたと思われます。

気泡音による確認は、気泡音が聴取されても胃内に挿入されているとは限らないことから、「位置確認の確定判断基準にしない」ことを医療安全全国共同行動でも推奨しています。一方、X線撮影は胃管の先端位置を画像で確認できることから、比較的確実性が高いとされています。しかし、胃管挿入後にX線撮影をしているにもかかわらず誤挿入が見逃されているという報告もあり、その中で最も多かったのは、X線画像を正確に読影できていなかったというものでした（医療事故情報収集等事業 第43回報告書）。

III. X線撮影による挿入位置確認について

経鼻栄養チューブが胃内に挿入留置されていることを確認する方法としては、「胃液の吸引」「吸引液のpH確認」「チューブのマーキング位置確認」「X線撮影による確認」「気泡音の確認（空気聴診法）」などがあり、複数の方法で確認する必要があります。このなかで、X線画像による確認が最も有用とされています。

画像1 胃内に正しく挿入されている



① X線の標準撮影範囲

X線の撮影範囲は胃部だけでなく、下顎・咽頭～上腹部（胃部）が入るようにします。チューブが口腔内でとぐろを巻いている場合は目視できますが、喉のあたりでたわんでいる場合はX線でなければわかりません。また食道の途中までしか挿入されていない場合もX線で確認する必要があるからです。そのため、半切サイズ（横幅：36cm、縦幅：43.5cm）フィルムサイズ（FCRカセット）を選択し、縦にして用いるとよいでしょう。

② 画像の確認ポイント

撮影した画像で、以下のことをチェックしましょう。

- チューブの先端が横隔膜を越えている。
- チューブの走向が確認できる画像である。
- 気管分岐部を越えて正中を走行
- 胸郭の正中で横隔膜を越える
- チューブ先端位置は噴門部から10cm程度

画像1はチューブが気管分岐部を越えて正中を走行し、胃内に正しく挿入されています。画像2は、チューブが気管に挿入されて気管分岐部から右気管支を走行し、先端が横隔膜を貫通して腹腔内に誤挿入されています。（白色く強調されている部分は造影剤効果を示します）

画像2 腹腔内に誤挿入されている



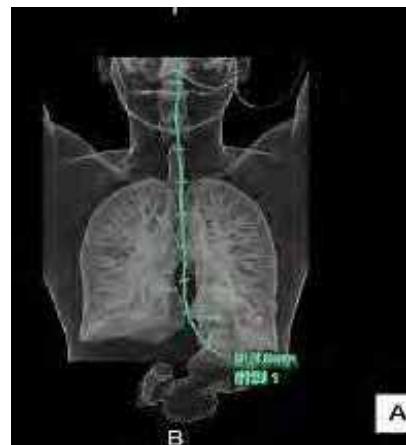
③ 画像確認は挿入に携わった三者で

画像の確認は必ず、依頼した医師、撮影した診療放射線技師、栄養剤を注入する看護師の三者で確認します。複数の目で確認することが大事です。

④撮影画像でチューブを計測

適切なチューブの長さの目安には、「身長 (cm) × 0.3+10cm」の判定式を簡易的な指標として推奨しています。挿入前に計測を行い、さらに挿入後にX線画像上で挿入長さ、および噴門部からチューブ先端までの長さを計測して記録することをお奨めします（画像3）。

画像3 チューブを計測する

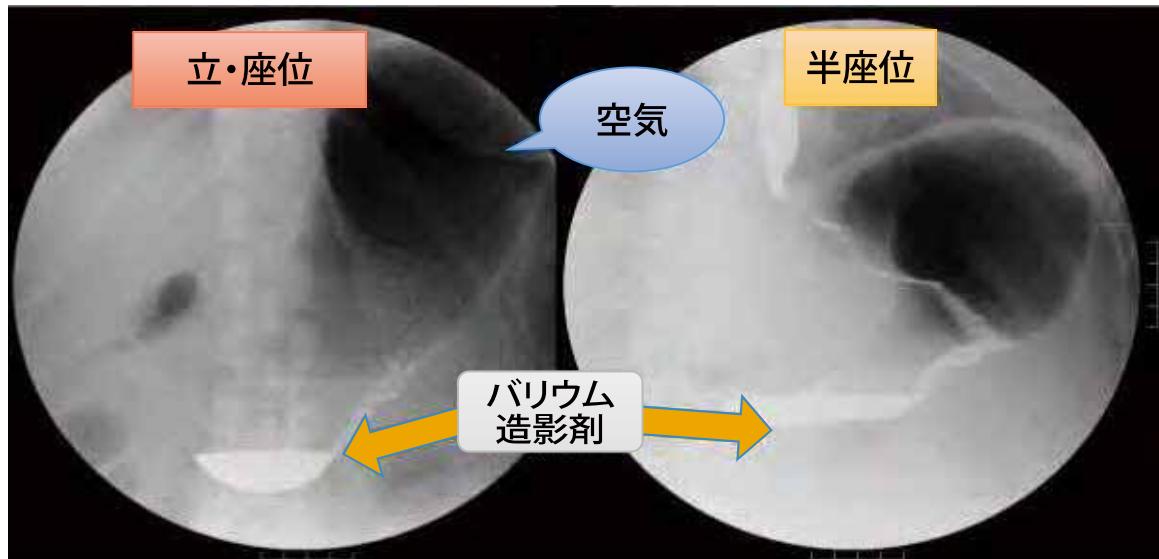


IV. 胃液の採取について

先に述べたように、挿入位置確認方法の1つに胃液の吸引があります。吸引液のpHを測定して、pH5.5以下の酸性であれば胃内容物である可能性が高いといえます（ただし制酸剤を内服していると判定困難）。ところが、チューブが胃内に留置されていても体位や先端位置によっては採取でき

ないことがあります。胃液の吸引がうまくできないという話をよく聞きます。胃液吸引の際には、胃の形、体位と胃液の溜まる場所の関係を知っておくことも重要です。チューブを挿入するときの患者の体位は通常ベッド上に半坐位（ファーラー位）または背臥位状態だと思います。画像4は、立・坐位と半坐位の場合で、胃に空気が入った状態での胃液の位置を示しています（白いバリウムを胃

画像4 体位の違いによる液体の溜まり方の比較

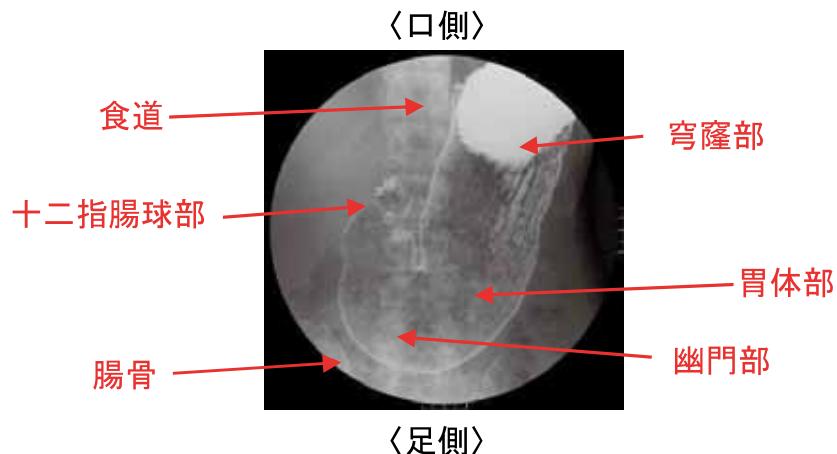


液と見なしてください）。背臥位では多くの場合、胃液は噴門部の背中側に溜まります。

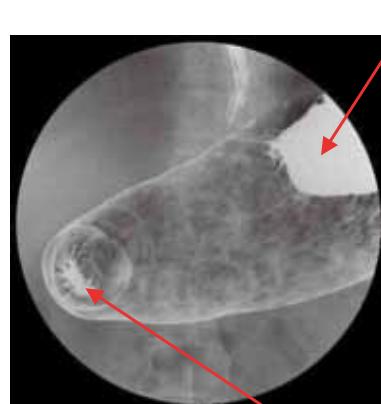
胃の形の種類を併せて説明しておきます。胃形の分類で一般的に広く用いられているのは、鉤状（こうじょう）胃（画像5）、牛角（ぎゅうかく）胃（画像6）、長胃（下垂胃）・中間型（横胃）な

どに分ける方法です。また、変形した胃として爆状胃（画像7）・捻転胃、稀な胃として左右逆胃などがあります。左右逆胃は、内臓全体が左右逆に配置されており、心臓や盲腸も左右反対の位置にある場合があるのと同様です。

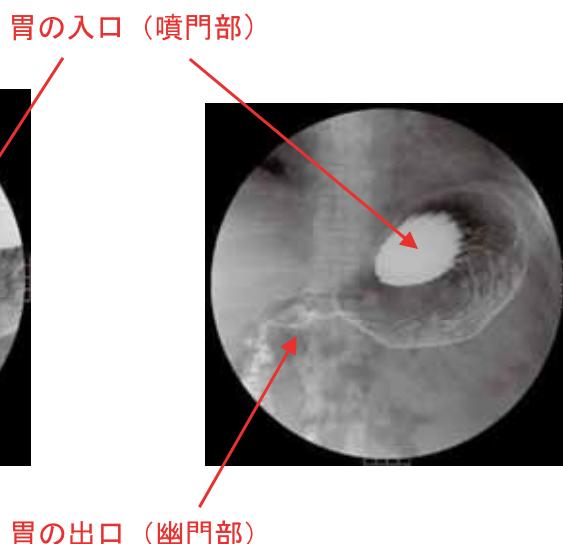
画像5 鈎状胃（J型） *画像5～7は背臥位像



画像6 牛角胃



画像7 瀑状胃



V. 診療放射線技師の読影補助業務について

2007（平成19）年12月、厚生労働省医政局長より都道府県知事宛に「良質な医療の継続的な提供のため、医療関係法令などに認められている範囲の中で、各医療機関の実情に応じて関係職種間で適切に役割分担を図り業務を行うことが重要」であるという趣旨の通知が発せられました（医政発第1228001号）。これを受けたチーム医療の推進が図られ、2010（平成22）年4月に「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」（医政発0430第1号）の通知が公布され、多種多様な職種の医療従事者の役割分担の拡大が示唆されました。この中で、診療放射線技師のさらなる役割として、（1）画像診断における読影補助を行

うこと、（2）放射線検査等に関する説明・相談を行うことが可能であることを明確化し、チーム医療のなかで診療放射線技師の積極的な活用を促すべきであることが明記されています。

読影補助の形はさまざまです。通常勤務における胃のX線撮影やマンモグラフィ、核医学検査などの際に異常所見を指摘することも読影補助業務の一部と考えられますが、経鼻栄養チューブ挿入時など、病棟等でポータブル撮影されたチューブ類の画像確認において、撮影依頼医師へ疑義照会することも読影補助業務と考えられます。

読影補助の実施に際しては、診療放射線技師個々の読影能力の向上が不可欠であるとともに、読影補助業務の簡便性、診療放射線技師へのさらなる教育などが重要となります。

VII. おわりに

はじめにご覧いただいた「隠し絵」からは、「慣れ」と呼ばれる現象について考えさせられます。『Safety-I & Safety-II 安全マネジメントの過去と未来』の著者であるエリック・ホルナゲル氏は次のように述べています。「刺激を繰り返し受けていると、段階的かつ無意識的に注意が低下する」「慣れを日常的な人間行動のレベル（行為と反応）で捉えると、『慣れてきたら注意を払うのをやめる』ということを意味している」「慣れは、スムーズに運ぶことに対する、しだいに気づかなくなっていくことだけでなく、気づき続けることが必要であると我々が考えていないことを意味している」。

経鼻栄養チューブの挿入時の位置確認の徹底について、「画像の確認」というキーワードに焦点を当てて考察してきました。患者が受ける画像検査は、主治医が適切かつ的確な診断を行い、治療方針を決定するために重要です。その画像が適切な条件のもとに撮影されているか、異常所見はな

いかなど、診療放射線技師の視点を含めてチームの一員として医師、看護師と協力体制を構築して確認業務を果たしていくことが求められます。

*画像1、2、4～7は東京北医療センター、3は春日部医療センター放射線部（山元恵子監修）提供。

【参考文献】

- ・William Ely Hill : My Wife and My Mother-In-Law.
[https://commons.wikimedia.org/wiki/File:My_Wife_and_My_Mother-In-Law_\(Hill\).svg?uselang=ja](https://commons.wikimedia.org/wiki/File:My_Wife_and_My_Mother-In-Law_(Hill).svg?uselang=ja)
- ・医療事故調査・支援センター：医療事故の再発防止に向けた提言第6号 栄養剤投与目的に行われた胃管挿入に係る死亡事例の分析. 一般社団法人日本医療安全調査機構, 2018.
- ・山元恵子：医療機関に求められる医療安全行動－安全な経鼻栄養チューブの挿入確認手技. 一般社団法人 医療安全全国共同行動, 2014.
- ・日本放射線技術学会：画像情報の確定に関するガイドライン 第2.1版.
https://www.jsrt.or.jp/97mi/content/guideline/kakutei_guideline_ver21.pdf
- ・加藤京一他：画像診断における読影補助の現状と展望 報告書の在り方を考える. 日放技誌 VOL.63.No.762 : 75-83, 2016.
- ・エリック・ホルナゲル（北村正晴、小松原明哲監訳）：Safety-I & Safety-II 安全マネジメントの過去と未来. 海文堂出版, 2015.

行動目標の実現に向けて

行動目標9：転倒・転落による傷害の防止

転倒アセスメント結果より導かれたソフト、ハード対策を実施する



行動目標9技術支援部会* 中尾 正寿
(NTT 東日本関東病院 看護部教育支援開発担当)

※杉山 良子（看護師、パラマウントベッド株式会社 技術開発本部）、黒川 美知代（武藏野赤十字病院 医療安全推進センター 医療安全推進室）、大庭 明子（自治医科大学附属さいたま医療センター 医療安全・渉外対策部）、要 由紀子（竹田総合病院 リハビリテーション部）
(順不同)

I. はじめに

転倒転落事故を防止するために、多くの施設では、患者の身体機能や治療・療養環境などの視点から転倒リスクのアセスメントを行い、必要なケアを提供しています。一方、施設全体で、転倒転落事故を減らす取り組みを考える場合、自施設の転倒転落の発生率や発生状況（時間帯、場所等）、対策の実施状況等を分析して、転倒・転落の発生に強く関係がある要因を特定して、改善策を実施していくことが必要です。

医療安全管理の担当者同士で話をしていると、何から取り組んだらいいのかわからない、対策を掲げても、初めこそみんな取り組んでくれるが、次第に関心が薄れ、改善に至らないという悩ましい話をよく耳にします。今回私が勤務する施設での事例を取り上げて、施設全体で転倒転落事故を減らす取り組みについて紹介します。

II. 施設全体で取り組む際のポイント

(1) スタッフの動機付け

多くの場合、取り組みを始める際、スタッフに行動を変えることを求めることになります。そして当然のことながら行動を変えるためには、意識を変えることが必要です。しかしこれは簡単な話ではありません。当院ではこの課題に対して、以下の3つのアプローチを行いました。

- ①集中的に取り組むことを宣言する
- ②取り組みの必要性を直接伝える

③データを示しながら対話をする

①については、初めに医療安全からだけでなく、院長からもメッセージを発信しました。そして折に触れて転倒・転落の発生率の変化などについて、院長の話のなかで取り上げていただきました。また、転倒・転落防止をテーマに講演会を開催し、当院の対策について説明を行い協力を求めました。

②については、講演会の出席率が総じて高くなない医師を対象に、診療科のカンファレンスに出向いて取り組みの必要性とその内容（特に睡眠薬処方の問題に力点をおきました）を直接伝えました。

③については以下に詳述します。

(2) データを示しながら対話する

今から4年余り前、2014年に当院が転倒転落事故を減らす取り組みを本格的に始める前は、転倒転落の発生件数を毎月、年度毎に集計して職員向けに情報発信を行っていました。このデータをJCI (Joint commission International : 国際的な病院認証機関の一つ) の更新審査の際に、審査官に見せるとこのデータで何がわかるのか、質を改善するための分析がなされていないと非常に厳しい指摘を受けるとともに、アウトカムとプロセスのデータを利用した質の改善について、有益な示唆をいただきました。

今では転倒転落の発生率（当院の場合、入院患者の転倒転落の発生件数／入院患者の延在院日数 × 1000）をHP等で紹介している病院は増えてきました。質の改善には時間がかかることを考える

と、データの推移を確認するうえで、病床の利用状況・稼働率といったアウトカム（転倒転落の発生）に影響のある外的な要因をコントロールしておく必要があります。

またアウトカムにつながるプロセスのデータ（対策の効果を見るためのデータ）も、可能な限り収集して、それを職員に提示することができれば、取り組みを継続していくうえで大きな力となります。当院で「安全な履物の利用率」と「睡眠薬の処方割合」を定期的に算出して、転倒転落の発生率とともに職員に提示して、取り組みの継続について議論をしてきました。ただし年単位で継続することを考えるとデータを出すために無理をしすぎることが大切です。なるべく仕組みは簡単で、データ収集間隔も3ヵ月おきは理想ですが、半年おき、あるいは不定期で年2回など負担を考えながら設定することをお勧めします。あるいは、最初の2~3回は間隔を短くして、その後はフォローの間隔を伸ばすといったやり方もよいかもしれません。

III. 取り組みの参考例

転倒転落事故減少に向けた取り組みとして、当院では10の行動目標を設定して取り組みを開始しました。ここでは参考例として、「安全な履物の利用推進」と「睡眠薬処方の見直し」について紹介をします。

(1) 安全な履物の利用推進

この取り組みを採用した理由は、転倒転落事故の報告書の中で発生の要因として、患者のスリッパ利用に関する言及が多くなったことにあります。安全な履物（かかとが覆われたシューズ等）の利用状況を調べるために、以下の調査を行っています。

調査指定期間の中から任意の1日を部署の調査日として選び、各部署の安全推進担当者が中心となって、当日入院している患者が利用している履物を調査表の分類にそって確認していきます。部署

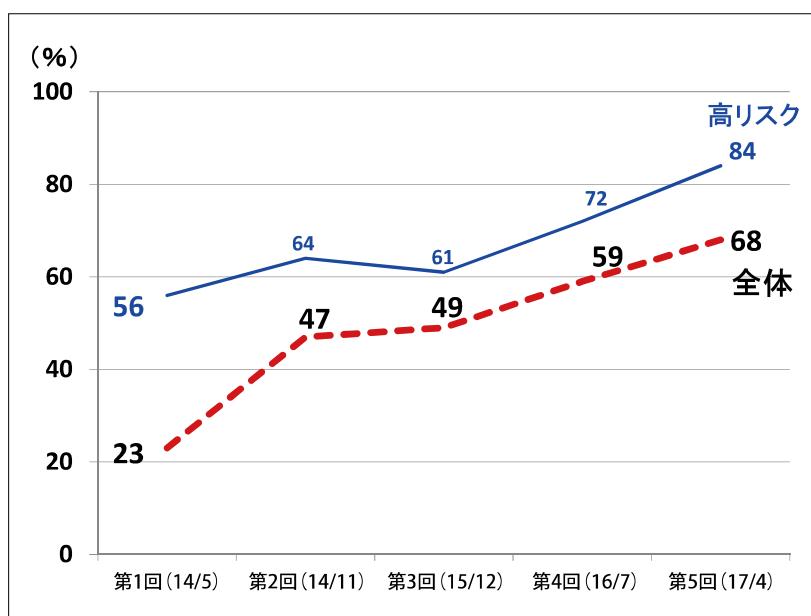
毎に調査結果を医療安全管理室に提出し、データとしてまとめたものが図1となります。これ以外にも「病棟別」や「年齢別」といった切り口で安全な履物の利用状況を算出して、その推移を報告しています。調査を開始した当初、安全な履物の利用状況は全体で25%弱、転倒の高リスク患者でも50%強と低い状況でした。

調査結果をフィードバックするとともに、なぜ低いのか、利用率を上げるにはどうしたらいいのか、ディスカッションを重ね、患者・家族に指導する内容やタイミング、指導に使うパンフレットの見直し、売店での販売の見直し等、一つ一つ課題を解決していった結果、3年ほどかかりましたが利用率は全体で7割を超えるまで改善しました。

(2) 睡眠薬処方の見直し

この取り組みを採用した理由は、転倒発生の時間帯に注目したところ、「午前2時から4時」、「午前6時から8時」と夜間および起床時に多い傾向があることが判明しました。この結果を受けて、睡眠薬の処方状況を確認したところ、当時入院患者の3割強に睡眠薬が処方され、その内容も作用時間が長いものから短いものまで様々であること、中でもベンゾジアゼピン系の薬剤がとても多いことが明らかになりました。ちなみにこのデータは薬剤部にお願いして、入院患者に処方された睡眠薬の件数（錠数ではない）を抽出してもらい、3カ

図1 安全な履物の使用率の推移



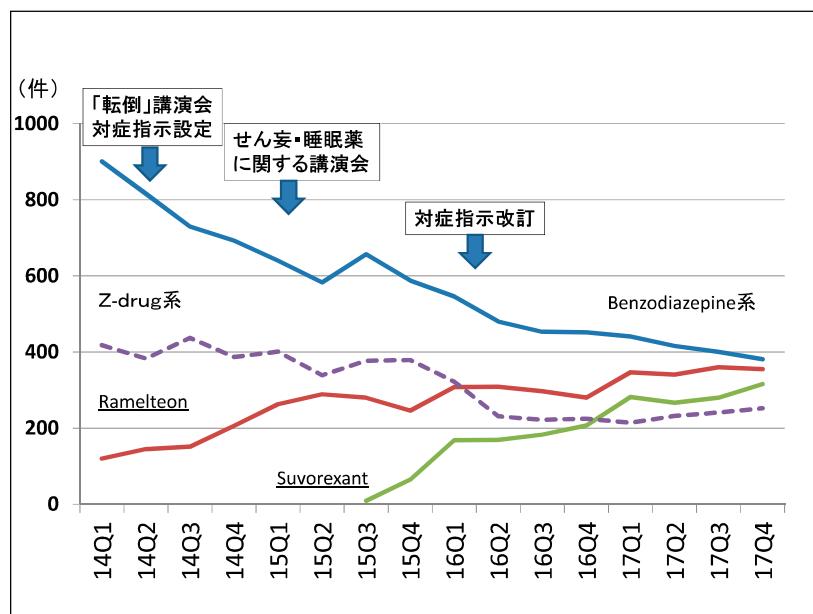
月毎に集計をしました。

このデータの取り方に対しては異論があるかもしれません。処方されただけで、実際は投与されていないものも含まれるからです。しかし実際に投与された件数を電子カルテから抽出しようとした場合、抽出の条件設定はとても複雑なものとなり、データを確認する作業が簡単ではなくなります。病院での投薬プロセスを考えた場合、医師の処方行動はプロセスの上流工程に位置づけられることから、医師の睡眠薬の処方行動が減少する、処方の中身が変化することで、睡眠薬の使用状況が変わることが期待されます。加えて抽出が比較的容易だったことから、このデータの推移を追うこととしました。それが図2となります。調査にあわせて睡眠薬が転倒転落に及ぼす影響やせん妄についての知識の啓発、不眠時指示の標準化等を行ったこともあります、3年間で処方件数は40%あまり減少し、睡眠薬処方におけるベンゾジアゼピン系薬剤の件数も60%弱低下來ました。その間に、夜間の転倒件数は約3割減少しています。

IV. まとめ

取り組みを開始してから4年間で、転倒・転落の発生率は約30%低下しました（2013年3.23%→2017年2.32%）。それ自体良い成果ではあります、プロセスに着目してデータを収集したこと、スタッフが自分たちの取り組みの成果として結果をより身近なものに感じることが可能となりました。取り組みを推進する立場として、もうひとつ嬉しい変化があります。それは、プロセスデータを議論する中で臨床のスタッフがいろいろな気づきを語り、視点を掘り下げることで新たな課題を見つけ取り組むことができたことです。

図2 定時処方における薬剤別処方件数の推移



たとえば履物の取り組みでは、安全な履物を用意しても踵を履きつぶしている患者がいることが話題になりました。睡眠薬の取り組みでは、医師ではなく一部の看護師から、設定した不眠時指示では患者が寝なくて困るという懸念が示されました。その理由を詳しく伺うと、患者が寝ていないと深夜の業務が進まないという心配があることがわかり、深夜勤務者が薬や検査・治療の準備など昼間の業務が円滑に進むように業務を負担していることがわかりました。こうした意見から業務の整理や夜勤の配置人数の見直しなどの議論が生まれ、こうした課題についても対策がとられつつあります。

このように課題を追求していくことを「ドリルダウンする」、「深掘りをする」と呼んでいます。いつもうまくいくとは限りませんが、適切にドリルダウンを行うと、いろいろな事象の根底にある問題を明らかにすることができます。転倒・転落事故を減少するために必要なアプローチは複数あります。同時に取り組むことができれば理想ですが、まずは焦点を絞って取り組んでみてはいかがでしょうか。

連載

医療安全をシステムで保証する 9

管理の原則

東京大学名誉教授

公益財団法人 日本適合性認定協会 理事長 飯塚 悅功



事実に基づく管理

先月号の「PDCA」に続いて、管理／マネジメントの原則に関する話題を続けます。最初は「事実に基づく管理」あるいは「科学的管理」についてです。

品質マネジメントは「事実に基づく管理」(Management by Facts; 和製英語ではファクトコントロール Fact Control) を推奨しています。品質マネジメントは、管理における科学性を重視し、科学的管理を標榜しているのです。「科学的」とはどのような性質・特徴をいうのでしょうか。難しい議論はいろいろありますが、科学的とは「事実と論理を重んずる思考・行動様式」という程度の意味だと考えると、品質マネジメントにおいて、事実を重視することは当然のことです。当然のことなのですが、世の中は本当に広いもので、信じ難いことがいくらでもあります。

たとえば、こんなことを経験したことがあります。ある会社の品質管理課長が、「わが社では、設計、生産技術、生産が品質部門の取り持ちで、団結して品質改善に取り組んでいます。普通の会社では、設計・技術部門と生産・生産技術部門の仲が悪くうまくいかないのですが」と自慢していました。本当なら素晴らしいと思って、「どんなふうにしているのですか」とお聞きしました。「生産工程で発生する不具合を、生産、生産技術、設計、品質保証部門の協力によって低減する活動を行っています」「どんなふうにやっているのですか」「毎週1回、会議を開いています」「それで不良は減りましたか」「……」。こうした努力をしているにもかかわらず、不良は減っていないのです。

私はピンときました。「その会議は何時間で?」「30分くらいです」(えっ、30分? そんなに短い

の?)「会議の記録を見せていただけませんか」表が出てきました。驚きました。「○○不良: ××件、原因: 作業ミス、対策: 落ちつかせる」「△△不良: ××件、原因: 検査ミス、対策: ミスをなくす」……。「ちょっと待ってください。原因を調べて明らかにするのにどのくらい時間がかかりますか」「原因は明らかです。時間はかかりません」(そんな、ばかな……)。

私は、この会社の品質管理に「ペーパー QC」と名前をつけました。ペーパー・ドライバーと同じ、机上の空論の QC (Quality Control: 品質管理)、口は達者でも何もできない QC という意味です。

事実に基づく管理は、KKD (Keiken: 経験、Kan: 勘、Dokyo: 度胸) のみに頼る管理に警告を発するものです。しかし、KKD を否定するものではありません。調べればわかることは事実を調べよ、といっているのです。むしろ、KKD を活用することを勧めていると言えます。たとえば、問題の原因を追及するときには、わかっている事実から、何が原因でありそうかを経験や勘に基づいて考えるのが普通です。ベテランや勘の良い人はこのとき実際に鋭い指摘をするものです。でも、これらはあくまでも仮説です。必要に応じて検証しなければなりません。「そう思う」とこと「そうである」とことが異なるかもしれないことをわかつて行動したいものです。仮説が正しいことを論理的に証明するか、事実に基づいて検証すべきです。

同じ趣旨で「3現主義」という原則もあります。「3現」とは「現場」「現物」「現実」という3つの「現」です。何かコトが起きたら、「現場に行って、現物で、現実的に取り組め」という教えです。

実は、「事実に基づく」といっても、得られている事実だけでは危ないことに注意しなければなり

ません。潜在している事実があるかもしれませんからです。たとえば、潜在クレームが挙げられます。顧客からの苦情がないということがすなわち、本当に苦情・不満が存在しないという意味ではなく、単に顧客が何も不満を訴えていないだけで、いずれその不満が顧客の減少、リピートオーダーの減少として顕在することになるかもしれません。

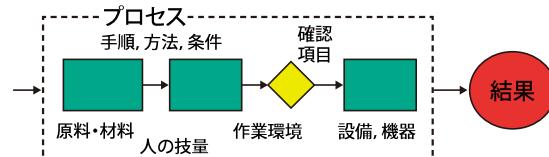
医療の分野では、EBM (Evidence Based Medicine: 根拠に基づく医療) の重要性が指摘されていますが、趣旨は同じです。根拠が確かでないとき、次善、三善の策でも何もしないよりもと考えられるなら、実施すべきでしょう。それは立派に、これまでの知見に基づく EBM だと思います。大切なことは、目的達成のための行動であるマネジメントは、科学的（事実に基づく論理的思考）でなければならない、ということです。

プロセス管理

品質を達成するための方法論として、品質マネジメントは、検査（医療での検査ではありません。部品、製品などを調べて良否を決める行為です）の重要性を認めつつも、検査で不良品を取り除くよりも有効な手段として「工程で品質を作り込む」(Building quality in the process) ことを推奨しています。検査で何とかするより、はじめから品質の良い製品・サービスを提供できるプロセスを確立しようとしているわけで、本当にうまくいくものならば効率的であることは間違いません。

一般に、良い結果を得るためにには、その結果を生み出すプロセスに着目するのが有効であり、これが「プロセス管理」の基本的な考え方です。プロセス管理とは、「結果を追うだけでなく、プロセス（仕事のやり方）に着目し、これを管理し、仕事の仕組みとやり方を向上させることが大切」という考え方に基づくマネジメントの方法です（図1）。この図のプロセスは、典型的な製造工程をイメージして書いています。原材料・部品、作業者の技量、作業方法、手順、製造条件、作業環境、設備・機器の状態などを、良い結果が得られるように管理し、適当なステップで中間製品・サービスを確認し必要に応じて処置をとる、というようなイメージです。

図1 プロセス管理



プロセス管理においては、良い結果が得られるようにするために、どのようにしたらよいかを明らかにしておく必要があります。すなわち、「プロセスで作り込むべき品質」と「プロセスの条件」との関係を知らなければなりません。日本の品質マネジメントにおいて、統計的手法を駆使した工程解析（製品特性とプロセス条件の関係の解析）が製造工程における中心的活動と位置づけられたのは、実に1950年代にさかのぼります。

プロセス管理という考え方は、一般的な業務の質を管理する際にも有効です。事務作業においてミスが発生したとき、「チェックしろ、チェックを強化しろ」というアプローチもあり得ますが、ミスの原因、誘因、背景要因を明らかにしてプロセスを改善することによって発生率を減少させるほうが有効です。たとえば、プロセスのアウトプットを得るために、どのような思考プロセスに従うべきか明らかにしてそれを手順化し、またその思考において参照し参考にすべき知識を指針などで提供するようにすべきです。

そもそも、何ごとにつけ因果関係を考えるのはある種の頭の良さであり、その意味で品質マネジメントは賢い人、賢いプロセス、賢いシステム、賢い組織を作ることに寄与する経営アプローチであると言えます。

パス（クリニカルパス、クリティカルパス）は、診療という患者状態適応型プロセスにおいて、良い結果を得るために、プロセスにおいて質を作り込み確認するプロセス管理の原則を具現化する思想と方法論を与えていました。パスに秘められた本質を理解し正しく適用すれば、良い結果を得るために必要な医療介入の仕方を明らかにすることによって、すでにわかっている良い方法をガイドするという意味での診療プロセスの標準化が促進できると思います。

処置のいろいろ

先月号で、品質マネジメントは、PDCA サイクルにおいて、A=Act（処置）に特別の思い入れがあると申し上げました。何かコトが起きたときのフィードバックを深く広く行おうと考えていて、処置の種類を「応急処置」「再発防止・未然防止」に分けて認識しています。

「応急処置」とは、望ましくない状況、現象そのものを除去することです。これに加えて、原因不明、あるいは原因は明らかなのですが何らかの制約で直接的な対策のとれない異常に対し、損失を大きくしないために、結果や原因系に対してとする処置や、のちに本格的な再発防止をするのですが、それに先駆けて行う暫定処置も含まれると考えてもよいでしょう。火が出たらとりあえず消す、命の危険が迫っていたら迅速に救命処置を行うことが大切、ということです。応急処置においては、迅速（すぐに）、正確（正しく）、誠実（心を込めて）が重要です。

「再発防止」とは、問題が発生したときに、プロセスや仕事の仕組みにおける問題発生原因を調査してその原因を取り除き、二度と同じような原因で問題が起きないように対策すること、すなわち原因分析に基づく原因の除去を言います。結果は原因によってもたらされますので、その原因を除去すれば、将来は、同じメカニズムで問題は起きないという理屈です。

「未然防止」とは、発生すると考えられる問題をあらかじめ計画段階で洗い出し、それに対する修正や対策を講じておくことを言います。これが、マネジメントにおける「予測と予防」という概念につながります。

PDCA の C (Check、確認)において、望ましくない事態に直面したとき、応急処置にとどまらず、再発防止・未然防止のための処置をとることによって、マネジメントのレベルが上がることは、先月号で説明しました。P (Plan、計画)には、第一に目的・目標、第二にその達成手段の明確化という2つの要素が含まれます。達成手段の不備に問題の原因を求めて、これを修正していくことにより、目的達成の腕前が上がります。このことを称して、マネジメントのレベルが上がる、と言っているのです。再発防止・未然防止のため

の有効な処置を導きだすためには、問題を発生させ、問題事象を見逃し、小さな問題を拡大させてしまった原因に対する深い解析が必要です。こうした問題解決力を基盤とするマネジメント力の向上によって組織の実力が上がっていきます。

医療における Act のいろいろ

医療におけるこれらの処置の相違を理解するために、与薬において患者に投与する直前に投薬量の誤りを発見して事なきを得たという例を考えてみましょう。その誤りが、1/2 アンプルを用いるべきところ全量を点滴容器に注入してしまったことだとします。応急処置は、正しい投薬量で投与することです。もし、この与薬ミスが、倍量の投与がなされたあとに発見された場合、誤投与から発見までの時間にもよりますが、患者に対する何らかの緊急対応が、ここでの重要な応急処置となります。

誤りの原因が、投薬量の変更指示にもかかわらず、前と変わらないと早合点して点滴の準備をしたことにあるとしましょう。そして、処方箋で確認しながら準備し、1つずつ確認するのがルールなのですが、投与内容の全体を一覧して、薬局から上がってきたている薬剤を準備し、事後の確認をきちんとやっていなかったとしましょう。

再発防止策は、解明できた誤りの原因に応じていろいろ考えられます。処方箋の指示の1項目ごとの実施、薬剤・投与量の確実な確認、変更表示の工夫、二重の確認などです。さらに、ルールを破って作業する背景要因の分析に基づき、再教育、無理のないルールへの変更なども再発防止策となります。

未然防止策としては、変更時の業務処理プロセスの見直し、日常的に守られていないルールの特定とその理由の分析と対応などが考えられます。このインシデントは、患者への実害もなく、日常茶飯で起こりうる、取るに足らない問題で、今後は注意深く行えよいように思えます。しかし、もし時と場所を変えて、同じような問題発生メカニズムが致命的になることがありうることを思うと背筋が寒くなります。この手の分析では、問題を起こしたこと自体を責めないことが重要です。原因分析と称して誤りを起こした人を責めている例をよく見かけますが、言語道断です。私たちの目的は「賢くなる」ことであって、済んだことの

責任追及ではありません。

大事を起こしてしまったら、とにもかくにもその大事の被害を最小化するための緊急対応が最も重要です。そして、コトが収まつたら、将来に活かすべき教訓をその事例から獲得することが肝要です。これこそが、PDCAにおける極意でもあります。すなわち、Pで挙げた目的を達成するように迅速に修正を行い、何とか大事に至らぬようにして、さらに賢い因果分析に基づいて、目的達成手段のレベルアップを図り、将来に備えるのです。

改善

人も組織も国も、自己を変えていくメカニズムを持っていなければ、まともに生きていくことはできません。環境変化の大きさによっては生き残れないかもしれません。内部にシステム自体を改善するためのサブシステムを持っていなければ、良いシステムとは言えません。

品質マネジメントは問題解決を重視してきました。それは過去の失敗を執拗に悔やむことを推奨しているのではなく、製品・サービス、プロセス、システムを継続的に改善していくことの重要性を強調したことです。品質の良い製品・サービスを提供するためには、その製品・サービスに固有の技術と、その技術を使って製品・サービスを生み出すマネジメントシステムが必要です。いついかなるときも、これら技術やマネジメントシステムは完全ではありません。それゆえ、常に改善を怠ってはいけません。優秀な組織は、これで良いと思えるときを経験するかもしれません。しかし、事業

環境、市場が変化します。技術革新が起きて、製品・サービスを作り出すもっと良い方法が生まれます。変化に対応し、常に最善を求めて改善を積み重ねていかないと生き残れません。品質マネジメントは、この活動を全員が行うことを推奨しています。

「全員参加の改善」は、日本の品質マネジメントの特筆すべき方法論であり、これを実践において有効に機能させる枠組みを持っていました。とくに、QCサークル（小集団活動）が第一線の作業者層にとっての全員参加の改善の場として果たした役割には大きなものがあります。QCサークル活動を通じて全員参加の場を実現することによって、いわば「全員管理者」を実感し、「私の仕事」を意識し、「プロセスオーナー（私の工程）意識」を高揚しました。QCサークル活動で職場の改善をすることによって、品質と生産性は向上し仕事への自負心も高まりました。

小さな改善をコツコツと続けることの効果に疑問を持つ方がいるかもしれません。実は、これがバカにならないのです。小さくても全員です。頭でっかちでなく地に足のついた改善の積み重ねです。そもそも画期的な革新などそんなに頻繁に起こるものではなく、それほど期待できません。やはり堅実なカメは軽薄なウサギより強いのです。

前項で触れた再発防止・未然防止に深く関係しますが、有効な改善を組織的に推進していくためには、その基盤として、起きた問題の解決能力が必須です。表1に問題解決にかかる能力を示しますが、このような能力を組織的に保有し、向上していくことが必要です。

表1 問題解決に関わる能力

把握	その問題の何が、どの程度、どのような意味で問題なのか、その問題がどのような関係者の間のどのような環境・制約条件での問題なのか理解している
目標	その問題のどの側面を、どの程度まで改善すべきかについて、ある程度合理的な、明確な目標がある
目算	解決に至るシナリオ（実態把握、原因分析、対応策立案、対策の実施の方法など）を描いている
事実	問題の実態を事実によって把握している
調査	その種の問題が過去にどう解決されたか調査している
論理	問題発生の仮想メカニズムを論理的に組み立てる
実証	調査、実験、解析、論証などにより、仮説を実証して問題発生メカニズムを究明している
手法	実態把握、原因分析において、必要に応じ、適切な手法を使いこなしている。
対策	問題発生の因果メカニズムの本質を理解した上で、現実的な対策案を立案している
余病	対策案が引き起こすかもしれない副作用について考察している
効果	問題発生メカニズムの確認も含め、対策の効果を確認している

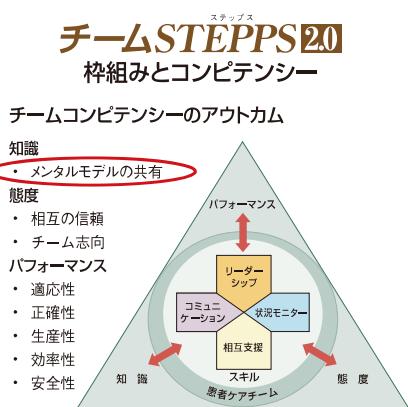
連載

安全文化の醸成を考える 21

メンタルモデルの共有〈ツール編7〉

国立保健医療科学院 上席主任研究官
種田 憲一郎

医療安全全国共同行動における活動の一つとして、実施した研修「チーム医療とは何ですか 何ができるとよいですか－チーム STEPPS（基本編）－」の内容を第1回から紹介しています。



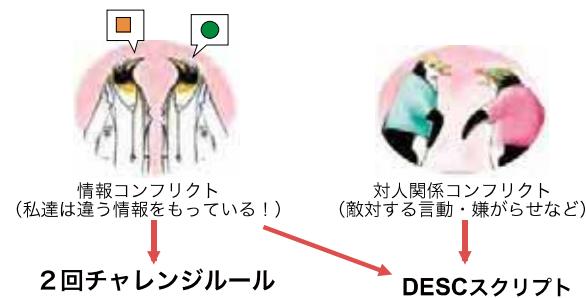
本研修のコアとなるエビデンスに基づいたチームトレーニングである「チーム STEPPS（チームステップス）」（以下、TS）では、4つのチーム・コンピテンシー（「コミュニケーション」、「リーダーシップ」、「状況モニター」、「相互支援」）を実践することで、そのアウトカムの知識として「メンタルモデルの共有」が得られるとしています。第15回から、この「メンタルモデルの共有」を推進するためには具体的にどのような方法があるのか、TSなどで提案されているツール等について紹介しています。

【ツール11】DESC(デスク)スクリプト－「チーム内でコンフリクト(対立・葛藤)が…」のときに

チーム・コンピテンシー「相互支援」のツールの一つで、チームメンバーの間でコンフリクト（対立・葛藤）が発生した際に活用されます。チーム内またはチーム間でコンフリクトは必ず起きるものであり、これに対応することがチームには求め

られます。「DESC（デスク）スクリプト」は、このコンフリクトに対処し、解決するための建設的な取り組みの一つです。TSでは大きく2つのタイプのコンフリクトを取り上げています（図1）。

図1 チームのコンフリクトに対応するツール



* 2回チャレンジルールについては、本誌No.16の第16回連載を参照

1つ目は情報のコンフリクトであり、情報に関する異なる見方、考え方があるため、メンタルモデルが共有されていない場合です。これは業務に関わるもので、治療・ケアの計画を進めるうえで最善の方法について異なる意見がある場合も含まれます。

一方、2つ目は対人関係におけるコンフリクトであり、人間関係・相性から派生し、通常は業務そのものとは関係がありません。敵対する言動や嫌がらせなどを含む破壊的行動（Disruptive behavior）などによって、チームや医療の質・安全に及ぼす影響についてメンタルモデルが共有されていない場合などです。このようなコンフリクトは、何らかの活動や情報によるものではなく、当事者同士を中心に展開される傾向があります。緊張感、煩わしさ、敵対する感情がよくみられて、相互のやりとりが言い争いとなります。

両者のコンフリクトが業務に支障をきたし、医療の質・安全を損なう前に、両者のコンフリクトに対して、速やかに対応すべきです。情報コンフリクトも放っておくと、そのうち対人関係のコンフリクトに発展し、チームワークをかなり弱めることとなります。

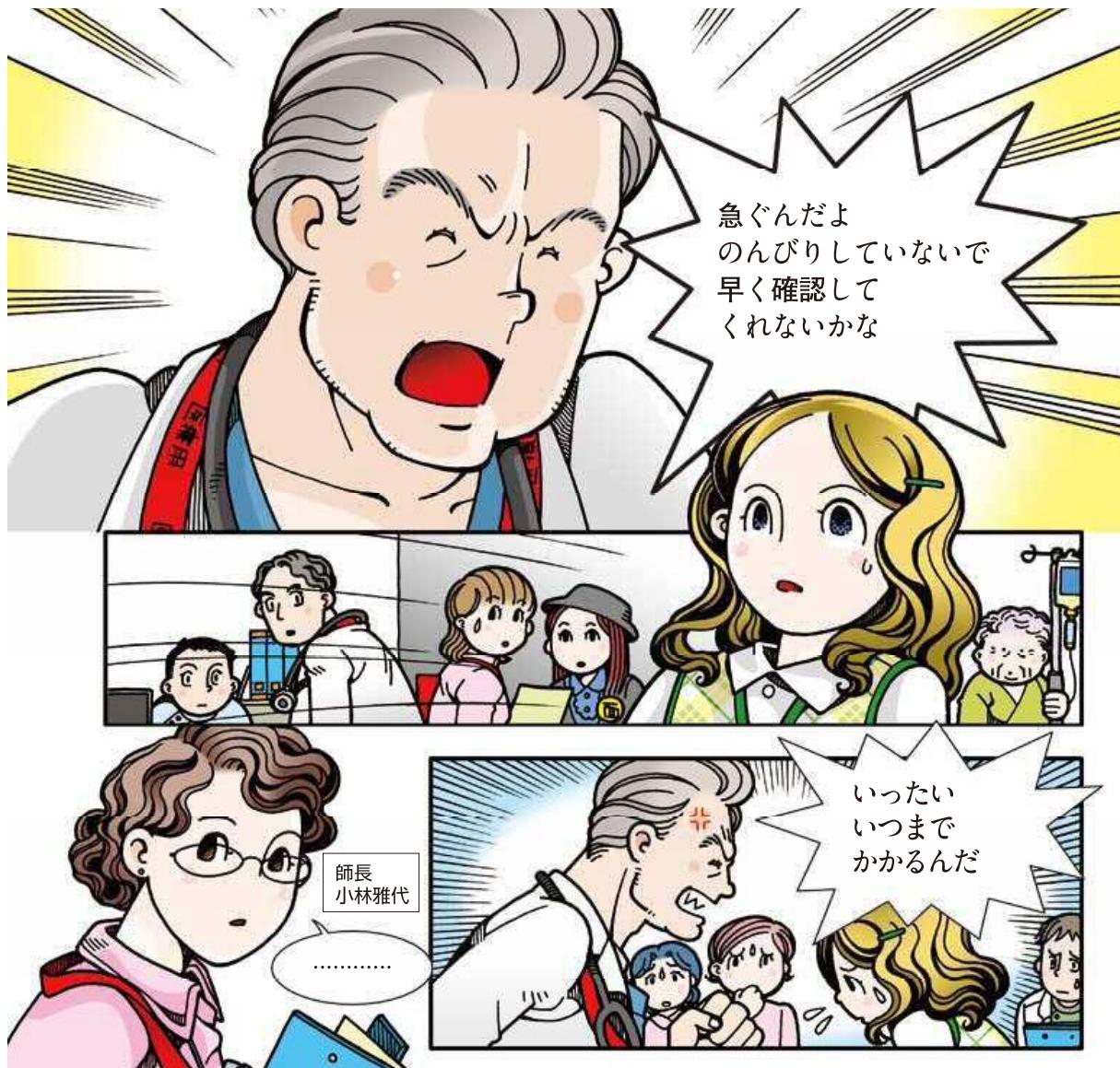
職員の破壊的行動は積極的にやめさせるべきです。組織として受け入れられる言動についてのガ

イドラインを作成し、患者安全を脅かす態度について、職員がよりよく判断・報告・対応することを支援すべきです。破壊的行動には以下の例を含みます：見下すような発言や声のイントネーション、質問に対してイライラすること、質問や電話への対応を拒否または仕方なさそうに対応すること、強い言葉による虐待、脅迫するような身振り（ボディーランゲージ）、身体的虐待（図2、3）

図2 見下すような発言の例



図3 強い言葉による虐待の例



DESCスクリプトは、この両者のコンフリクトに対応し得るとされていますが、とくに後者の対人関係コンフリクトに、より効果的であるとされています。DESCは伝えるべき以下の項目の頭文字を示しています（図4）。

- ・Describe（述べる）：具体的なデータ・状況を示し、問題となっている状況や行動を説明しましょう
- ・Express（表現する）：その状況に対する懸念を表明しましょう
- ・Suggest（提案する）：代案を提案し、同意を求めましょう
- ・Consequences（結果）：意見の一一致をめざして、チームで決めた目標を基に、結論を述べましょうそして、最終的に相互に同意が得られるようにしましょう（図5）。

図4 DESC（デスク）スクリプト

対立にうまく対処し、解決するための建設的な取り組み

D - **Describe**

具体的なデータを提供し、問題となっている状況や行動を説明しましょう

E - **Express**

その状況に対する懸念を表しましょう

S - **Suggest**

代案を提案し、同意を求めましょう

C - **Consequences**

意見の一一致をめざして、チームで決めた目標を基に、結論を述べましょう

図5 DESCスクリプトの例



[DESCスクリプトを用いる際のポイント]

- ・対話するタイミングを選ぶ
- ・両者がウイン・ウインとなること：あなたと相手の個人的なコンフリクトではあるけれども、チームとしての結束力と治療・ケアの質は、両

者の解決に影響されることを考慮する

- ・問題を個人の経験とそこから学んだこととして述べること
- ・プライベートな場所を選択すること：患者や他のチームメンバーの前ではなく、両者が対面を

- 気にすることなく、コンフリクトの解決に集中できるような場所を選択する
- ・相手を非難する言葉ではなく「I(アイ)メッセージ」で伝える
 - ・批評(critique)と非難(criticism)することは異なる:前者はよいところも含めて指摘し建設的であるのに対して、後者は誤りを探して責めるだけで非建設的である
 - ・「誰が正しいか」ではなく、「何が正しいか」に重点をおく

コンフリクトへの対応については、メディエーションやコンフリクトマネジメントなどのタイトルでさらに詳細な対応も提案されていますので、ぜひ参考にするとよいと思います。実際にTSではそういった提案が不足しているとも感じています



す。しかしながら、TSに組織全体で長年にわたって取り組んでいる米国の医療機関において、この点について伺ったところ、TSを活用してチームとしてよりよく協働することで、TSで提案されている以上のコンフリクトマネジメントは必要がない、との話を印象深く聞いたことがあります。TSの取り組みはコンフリクト発生の予防にも効果がありそうです。

左) 東京都看護協会での研修参加者によるポスター作品

右) 回復期リハビリテーション病棟協会での研修参加者によるポスター作品



今月の川柳・短歌

*東京都看護協会における研修参加者の作品から

- 看護師の あれなんか変 事故防ぐ
- 忙しい ルール逸脱が 事故のもと
- 一人では 安全確認 難しい 命を預け 任せる所
- チーム医療 一人欠けたら 成り立たず
- 新人も アサーティブ力 身につけよう
- デブリーフ ほめられまくり がんばれる
- 全ての人が 患者の安全 守れるぞ
- チーム医療 言葉にしないと 伝わらず
- わかったよ 伝えたいこと こうですね 病院で仲間を100人作ろう
- パス回し 集中して 気づけず 周り見えると 何とゴリラかな

研修での気付き・学びを振り返って、参加した皆さんに作成していただいた川柳・短歌を紹介しています。

追伸：海外での取り組みをお伝えしています。

2018年11月にOECD本部（Organisation for Economic Co-operation and Development 経済協力開発機構）において、医療の質・患者安全の指標に関わる会合（HCQO：Working Party on Health Care Quality and Outcome 医療の質とアウトカム作業部会）が開催されました。興味深い取り組み2つをご紹介します。

1) 患者安全における患者報告指標

患者の声に耳を傾ける「患者報告」については、以前のレポート（No.3、No.15）にも紹介したOECDのPaRIS initiative (Patient Reported Indicators Survey 患者の報告に基づく指標を測る調査)は、今回も継続して議論がされています（図6）。

とくに患者安全の分野では、大きく3つの視点（インシデントの予防、患者報告によるインシデント、インシデントのマネジメント）から、7つのテーマで9つの指標を設けることが検討されています（表）。

図6



表 患者安全における患者報告の視点

Incident prevention	Patient-reported incidents	Incident management
1. Information sharing (providers knowing “important” information about the patient)	5. Incident (patient experience of medication-related error)	6. Incident reporting (patients know how to provide feedback and share concerns to providers)
2. Incident prevention (identity check prior to medication (2.1) and other medical interventions (2.2))		7. Incident handling (whether incidents were handled by providers adequately or not)
3. Information on illness and symptoms (patient received information about what s/he should and what s/he should not do after leaving health care provider)		
4. Medication safety (patient received explanation on the purpose of medications (4.1) and how to take them (4.2))		

[Incident prevention (インシデントの予防)]

- Information sharing (情報の共有：医療者は患者にとって重要な情報を知っているか)
- Incident prevention (インシデントの予防：2.1 医薬品投与の前に患者本人の確認の有無、2.2 他の治療・処置の前に患者本人の確認の有無)
- Information on illness and symptoms (疾病と症状の情報：退院時・外来の後など医療機関を出た後に、患者自身がすべきこと・すべきでないことを知っているか)
- Medication safety (薬の安全：4.1 処方された薬の目的についての説明の有無、4.2 どのように処方された薬を服用・使用するかの説明の有無)

[Patient-reported incidents (患者報告によるインシデント)]

- Incident (インシデント：医薬品関連のエラーに関する患者経験)

[Incident management (インシデントのマネジメント)]

6. Incident reporting (インシデントの報告:患者は医療者にどのように情報提供し懸念を共有するかを知っているか)
7. Incident handling (インシデントへの対応:インシデントが医療者によって適切に対応されているか)
皆さんの医療機関でも患者視点で患者さんからの報告を収集してみませんか。

2) オーストラリアにおける治療・ケアのガイドライン遵守率

オーストラリアにおいて、実際の治療・ケアがどれほどエビデンスに基づいたガイドラインと一致しているかの報告がありました。

成人の様々な疾病、15歳以下の子どもの17の症状について、それぞれ検討した結果、全体として約60%の治療・ケアがガイドラインと一致しているとのことです（図7、8）。

図7 成人対象のガイドライン遵守率

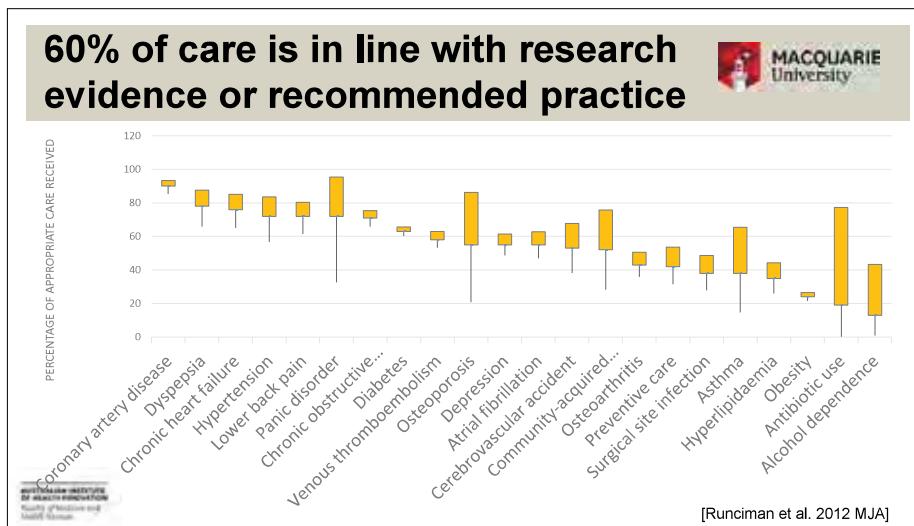
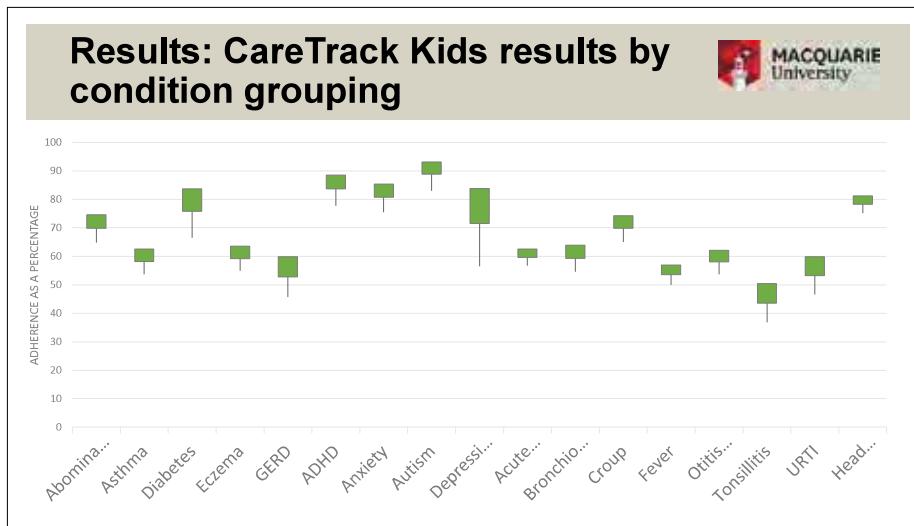


図8 小児対象のガイドライン遵守率



調査結果に対しての、患者や一般住民、医療提供者、そして政策立案者からの反応等について伺ったところ、演者からは、本調査の結果は多数の関係者が関与する課題であり、医療提供者だけでなく、患者、政策立案者等にも強いインプットが求められる旨のコメントがありました。ガイドラインが遵守されていない原因が医療提供者だけの課題ではない、とのコメントは特に印象的でした。

医療現場からひとこと（3回連載）

第3回 病院全体でのM&Mカンファレンスを始めよう

自治医科大学附属さいたま医療センター 副センター長／医療安全・渉外対策部長 遠山 信幸



いよいよ連載3回目、最終回です。前2回は医師からのインシデント報告推進の秘訣と院内ラウンド（安全巡回）の重要性のお話をしました。今回は外科系術後の Morbidity & Mortality Conference（病因・死因検討会、通称 M&M カンファレンス）について、当センターの実践を踏まえてお話ししたいと思います。少し硬いお話になるかもしれませんがあくまでお許しください。

外科系 M&M カンファレンスの重要性

私は現在医療安全管理部門の責任者をしておりますが、もともとは外科医で肝胆脾部門とヘルニアを専門としていました。外科診療ではリスクの高い侵襲的手技である手術が主な治療手段となります。最近では手術対象患者の急速な高齢化（80～90代は当たり前！）と併存疾患の増加もあり、周術期の有害事象発生のリスクはますます高くなっています。

外科系診療における医療安全の確保と医療の質向上のためには手術治療の検証が極めて重要です。実際、当センターでのインシデント報告（医師から約1,000件／年）の約60%は外科系部門からの報告であり、高度急性期を担う医療機関では外科系診療での安全確保が大きな課題となります。

M&M カンファレンスは海外の外科研修施設でも「教育と質向上」目的に行われており¹⁾、全米アンケート調査の結果では、74%で全死亡症例の検討が、50%で全合併症例の検討がなされているとの報告があります²⁾。M&M カンファレンスは教育的にも有害事象の再発予防として有用とされ、別の報告でも M&M カンファレンス実施による合併症発生率の低下が示されています³⁾。

当センターでのM&Mカンファレンスの歴史

当センターは大学附属の医療センターですが、いわゆる大講座制をとっており、大学の講座とし

ては内科系の総合医学講座Ⅰと外科系の総合医学講座Ⅱの2つしかありません。私の所属している一般・消化器外科は2002年より科内の術後 M&M カンファレンスを毎月1回定期開催していました。2004年からはこの活動を病院全体に広げ、総合医学講座Ⅱに属する全外科系診療科（一般・消化器外科、心臓血管外科、呼吸器外科、脳神経外科、整形外科、泌尿器科、産婦人科、眼科、耳鼻科、歯科口腔外科、皮膚科、麻酔科の計12科）所属医師の参加による合同全体検討会に発展し、現在に至っています。症例によっては関連した内科系医師のほか、臨床工学技士、看護師等、医師以外の職種の方にも参加していただいている。医療の質向上に向けての取り組みとして実施している当センターの M&M カンファレンスの実際を紹介します。

M&M カンファレンスの実際

2004年から2018年9月までに計157回開催され、単に各科術後合併症だけでなく、臨床他（多）科に関わる横断的疾患の診断や治療、病態の検討も行ってきました。毎月1回の開催を原則とし、毎回2科が持ち回り担当で症例提示（パワーポイント）と検討を行います。提示症例は各診療科で自主的に選択してもらっていますが、医療安全部門から指定して提示いただくこともあります。当然ながら、事前に各診療科内で十分に検討してからの症例提示となります。

毎回平均70～80名の医師が参加し、主目的である術後合併症例の検討以外にも外科系各科の意見情報交換、新人医師の紹介、手術室（麻酔科）、救命救急センター、集中治療部からの連絡（RRS: Rapid Response System や院内急変：ハリーコール症例の振り返り）など協調・交流・コミュニケーションの横断的な場としても活用しています。

検討症例

表1に過去の某1年間に検討された症例の一部をピックアップしました。術後の有害事象発生例のみならず、他科との連携により救命や早期治療・有害事象発生を未然に防ぐことができた、いわゆる「グッドジョブ症例」も提示されています。また、心合併症保有患者の周術期対策や抗凝固療法の指針、術前IC取得基準などの総論的な内容も検討されました。

まとめ

自科の有害事象、とくに術後合併症症例や死亡症例を他人、他科にオープンにすることは担当医師にとっては心情的にもデリケートな問題であり、両刃の剣の危険性もあるとの報告もあります⁴⁾。M&Mカンファレンスは医師自ら有害事象発生から学ぶ自発的姿勢をあらわしたものであり、プロフェッショナルオートノミー(Professional autonomy 専門職としての自律)としてわれわれ

表1 M&Mカンファレンスでの検討事例

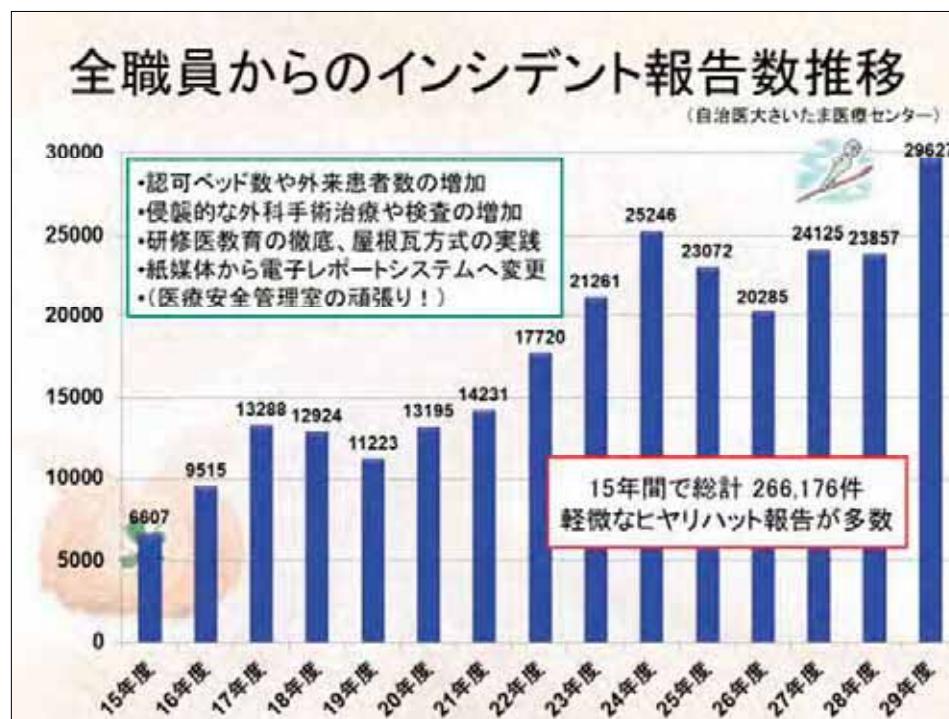
一般・消化器外科	鼠径ヘルニア術後早期に大腿ヘルニア嵌頓をきたした1例
眼科	レーザー切開が無効であった閉塞性隅角緑内障の2例
心臓血管外科	術後管理に難渋した高齢者ASO事例
脳外科	顔面けいれんに対する減圧術時の体位による気脳症事例
一般・消化器外科	甲状腺術後の難治性乳糜漏の1例
皮膚科	類天疱瘡に合併した後天性血友病Aの1例
心臓血管外科	長期免疫抑制剤使用患者における術後感染症の1例
麻酔科	術後再挿管を要した2例
一般・消化器外科	嵌頓鼠径ヘルニア術後早期のメッシュ感染の1例
産科	下大静脈フィルターを使用し帝王切開した下肢靜脈血栓症の1例
心臓血管外科	脳梗塞を併発した急性大動脈解離の1例
呼吸器外科	ステープルが原因と思われる肺切除術後出血の1例
一般・消化器外科	肝切除後の心肺停止の1例
耳鼻科	耳性脳膜瘍の1例
心臓血管外科	透析中のAS+重症下肢虚血の1例
歯科口腔外科	歯性感染症から縦隔炎に至った1例
一般・消化器外科	乳癌に対する分子標的薬治療と心不全リスク
泌尿器科	腎部分切除術後の合併症により腎摘に至った1例
心臓血管外科	下行大動脈解離破裂に対する緊急手術後の腸管壊死した1例
婦人科	Trousseau症候群と菌血症を合併した子宮頸癌の1例
一般・消化器外科	急性胆囊炎術後の心不全増悪から急変した1例
整形外科	右下肢切断により救命したA型溶連菌による壞死性筋膜炎の1例

れ医療人が実践すべき行為の一環です。自科内だけでの検討はすでに多くの医療機関でなされていることだと思いますが、他の外科系診療部門や麻酔科の参加はないことが多い現状です。

M&M カンファレンスは外科系他科医師による第三者としての手術治療内容の評価点検（ピアレビュー：peer review）とともに相互のコミュニケーションの場としても活用することもでき、医療安全とともに医療の質向上に有用と考えています。そのためには医療安全部門が旗振り役として、企画・開催することも必要でしょう。実は、私たちはこの外科系術後の M&M カンファレン

ス以外にも医療安全部門が主催する「事例検討会」と称する病院全体の検討会（内科系外科系を問わず、他科横断的な有害事象発生症例検討会）も開催しています。年間に 20 回程度、こちらも 2003 年から開始して現在までに 301 回を数えました。院内で起きた有害事象を隠さずに共有し、全員で再発予防策を考えて未来に生かす文化の醸成が重要と考えています。そのための第一歩が（しつこいようですが）インシデント報告です。図 1 に当センターの報告数の年次推移を示します。ご参考までに！

図 1 インシデント報告数



【参考文献】

- 1) Kravet SJ, Howell E, Wight SM: Morbidity and mortality conference, grand rounds, and the ACGME's core competencies. J Gen Intern Med 21:1192-1194, 2006.
- 2) Gore DC: National survey of surgical morbidity and mortality conferences. Am J Surg 191:708-714, 2006.
- 3) Savino JA: Assessing educational validity of the Morbidity and Mortality conferences. Curr Surg 60:204-209, 2003.
- 4) Orlander JD, Barber TW, Fincke BG: The morbidity and mortality conference : the delicate nature of learning from error. Acad Med 77:1001-1006, 2002.

活動紹介

地域における医療安全活動

武藏野赤十字病院 医療安全推進センター 医療安全推進室、看護師長 黒川 美知代



はじめに

今年（2018年）4月の診療報酬改定により新たに医療安全対策地域連携加算が加わり、医療安全対策に関する病院間の評価が求められるようになりました。近隣地域の病院間で医療安全の活動状況を互いに知る機会ができることは、各施設での医療安全に向かう姿勢や考え方を高める機会ともなり、地域全体としての医療安全活動が活発化するだろうと期待が高まります。

当院を含む東京都武藏野市を中心とした地域の病院間では、地域における医療安全に関する情報共有を目的として、10年程前から地域での医療安全勉強会を開催しています。近隣地域内の病院が集まり、互いの医療安全活動について情報を共有する場を持つことで感じていること、今後の展望について思うことを、私たちの活動紹介を通して述べたいと思います。

近隣病院と調剤薬局による医療安全勉強会

2007（平成19）年、当院の医療安全推進室が近隣の病院と調剤薬局に声をかけ、医療安全の勉強会を開催したことが「多摩地域医療安全推進勉強会」の発端です。その後も年2回の定期開催をしており、開催時間帯は平日の18時30分～20時30分の2時間とすることで、近隣地域の病院・調剤薬局に勤務する医療者が業務終了後に参加できるようにしています。勉強会には医師・看護師・薬剤師などの多職種が集い、各病院での医療安全活動に関する活動について情報共有することで、日常の安全管理上の問題を解決する場となっています。

勉強会は開始から10年が経過した現在では、地域の病院・調剤薬局の医療安全担当者が世話人となって、勉強会を企画・運営しています。世話人施設は6病院と1調剤薬局の医療安全推進担当者の計16名で構成されており、当院の医療安全

推進室が事務局を務めています。

活動内容

多摩地域医療安全推進勉強会は、地域の調剤薬局の参加も含めていることから、会の目的は、主に地域の医薬品に関する医療安全水準の向上であり、病院相互の情報交換によって医学・薬学に寄与すること、としています。そのため、勉強会のテーマは医薬品に関するものが多いのですが、医薬品の取り扱いに関するだけでなく、医薬品に関連した作業環境や薬剤の事故事例から要因分析の手法を学ぶこと、せん妄や転倒転落防止等、幅広い医療安全のテーマで勉強会を開催しています。

毎回、テーマに沿った各施設の取り組みを発表し合い、テーマに関する各病院の現状や課題について小グループでディスカッションを行うことで、施設間・職種間での情報共有と意見交換から得られた知見を持ち帰ることにしています。参加者の所属する施設には機能や規模の違いがあり、また参加者自身の立場はそれぞれであるため、勉強会で何かを取り決めることはしません。医療安全の基本的な考え方や他院の取り組みの良い例・工夫を知ることで、各施設の医療安全活動に役立てることを目指し、それらの取り組みによって地域全体の医療安全文化が向上することを期待しています。毎回、勉強会の終了時には、参加者に感想程度のアンケートを記入してもらっているのですが、特に多い感想は「他院と交流が持て、情報交換できることが参考になる」ということで、参加者の勉強会に対する満足度は高く、実践に即した医療安全情報の共有についてのニーズは高いを感じています。

勉強会のグループディスカッション時には、各施設の医療安全管理者や医療安全管理者養成研修を修了した者がファシリテーターをしています。

各病院において、専従または専任の医療安全管理者は1～2名でも、医療安全管理者養成研修の修了者は増えてきており、部署・部門の医療安全推進担当者の立場で活動している状況です。研修で得た医療安全に関する知識を活かす場のひとつとして、地域の医療安全勉強会のファシリテーターを担うことで、院内外の医療安全文化に寄与することになり、自身のスキルアップの場にしてほしいと考えています。医療安全管理者養成研修の修了者は、各病院内でも積極的に活動している人が多く、勉強会へも自発的に参加されています。各施設の医療安全活動の中核を担う医療者が集まり情報を共有することは、開催は年2回という頻度の少ない場でも、継続することでお互いの顔が見える関係を築くことができています。

勉強会の開催内容

過去に開催した勉強会のテーマを表1に示します。2007年度から継続開催して、現在までに計

23回の開催実績となりました。

2018年7月に開催した第23回勉強会のテーマは、今年度は特に関心が高まっている「医療安全対策の地域連携」としました。診療報酬に新設された医療安全対策地域連携加算について理解するとともに、すでに病院間相互評価を実施している国立病院機構や私立大学病院間の評価表、当院を含む地域連携加算1の病院が検討している評価表の項目について知ることを目的とし、参加者は、評価内容の理解を加算取得の有無にかかわらず、自病院の医療安全の自己点検に役立てることとしました。診療報酬に地域連携加算が新設された背景には地域完結型医療の推進があり、そのためには地域全体としての医療の質・安全の向上が求められ、地域の病院間での医療安全の連携が必要となります。このことは多摩地域医療安全推進勉強会が発足当初から目指してきた姿と合致しており、勉強会の場において地域連携加算取得の有無にかかわらず、参加者が評価項目について理解

表1 多摩地域医療安全勉強会で取りあげたテーマ

(第1回～第3回は当院企画の勉強会だったことから省略する)

	テーマ
第4回	危険薬の取り扱いと管理・災害時のお薬手帳の活用法
第5回	KYTを行うにあたって
第6回	転倒・転落
第7回	POAM（プロセス指向を実践する分析手法）
第8回	療養環境・設備のKYT
第9回	災害から考える地域医療の今後に向けて
第10回	特別講演会（他会との合同開催）
第11回	薬剤師と行う医療安全
第12回	5Sと医療安全
第13回	薬剤の管理（投薬・配薬の工夫など）
第14回	安全ラウンドと医薬品管理
第15回	嚥下に関わる安全について
第16回	睡眠薬と転倒・転落
第17回	内服薬の自己管理
第18回	せん妄のある患者に対する安全管理
第19回	病状・内服薬・BPSDなどによる暴力対応
第20回	転倒・転落の防止対策について
第21回	薬剤アレルギーへの対応
第22回	医療安全のトレーニング
第23回	医療安全対策の地域連携～転倒予防対策の実践～

することは、各病院における医療安全活動の推進に役立つことだろうと考えました。当日は、公立病院が実施した相互評価に関する報告を聴き、評価項目を見ながら小グループディスカッションを行ったところ、参加者から「今後、加算2を取得する近隣病院の取り組みについて具体的に知りたい」「評価に求められる内容に取り組むのは大変な仕事になりそうだ、と思いつつ、病院間の連携がしやすくなればよい」などの前向きな意見が聞かれました。加算取得のために評価項目に取り組むのではなく、医療安全の向上のために評価項目に取り組むことが本質であるため、情報を活かして各病院の活動に取り入れることを共通認識しました。今後は加算取得病院の相互評価結果から見えた課題や、実際の取り組み状況などについての情報を共有することを企画しています。

今後の展望

多摩地域医療安全推進勉強会という活動を通して、近隣病院の医療安全管理者間のつながりができたことで、定期の勉強会開催に限らず、互いに日常の医療安全活動についての情報交換ができる関係ができました。医療安全対策地域連携加算はスタートしたばかりであり、現状では外部から評

価を受けることに慣れていない中小病院が多い状況があります。近隣の中小病院の医療安全担当者からは「どのような指摘をされるのだろうか」「評価項目に取り組むことは大変そうで、活動の負担が大きい」などの声も実際に聞かれています。地域医療の中核を担う大きい病院の医療安全管理部門には、地域における医療安全活動を中心となって推進する役割があるだろうと思います。診療報酬の手続きによって連携する病院を評価しあうことは当然ですが、地域全体の医療安全文化を高めるためには、加算の取得にかかわらず何らかの形で交流できる仕組みを持ち、医療安全の担当者どうしが互いに顔の見える関係となることが必要だと考えます。地域完結型の医療においては、患者は複数の医療機関を利用することから、地域の病院間で医療安全の連携を強めることは、患者にとってより安全で安心できる医療の提供につながることだと思います。今後も多摩地域医療安全推進勉強会の活動を通して、近隣施設の医療安全担当者が協働して地域としての医療安全対策を検討することや医療安全推進担当者を育成するなど、地域一体型の医療安全活動に発展させていきたいと考えています。

海外からのレポート

世界に拡がる Choosing Wisely キャンペーン ～第5回国際円卓会議に参加して～

医療安全全国共同行動 専務理事、Choosing Wisely Japan 代表 小泉 俊三



医療における「賢明な選択」

日々の医療安全活動の中で忙しくされている医療安全管理者の皆さんも、最近、「チューティング・ワイズリー」という聞き慣れないカタカナ語を耳にされることがあるのではないでしょうか。素直に日本語に置き換えると、「(医療における)賢明な選択」となります。これは、患者さんの立場からは、いろいろの検査や治療をなにがなんでもすべて受けるのではなく、自分にとって本当に必要な検査や治療を“選べる”ように、そして医療職の立場からは、患者さんにとって有益で害の少ない診療をエビデンスに基づいて提供できるよう、互いにじっくり話し合うことを勧める世界的なキャンペーン活動の名称です。

この「Choosing Wisely キャンペーン」は、2012年に米国内科専門医機構(ABIM)財団によって始められ、日常診療の現場で、“検査や治療が本当に役に立っているのか、かえって害はないのか、他の対処法はないのか、実施しなかったらどうなるのか”、などについて、臨床家と患者／家

族による対話と共同意思決定(Shared Decision Making)を促すことを目指して展開されています。特に、医療職と患者・市民との対話の前提として、全米の医療系専門学会にそれぞれの領域で頻用されているにもかかわらず有用性が証明されていない(ムダと思われる)主な診療行為を「5つのリスト(Top Five List)」として提唱するよう呼び掛けたところ、ほとんどの専門学会がこのことに賛同して、それぞれの領域における「5つのリスト」を公開したことで大きく注目されました。

キャンペーンの背景

ここで、このキャンペーンが開始されるに至った背景について少し振り返ってみましょう。iPS(人工多能性幹細胞)や免疫チェックポイント阻害薬(ニボルマブ)など、目を見張るような現代医学の成果が実際の診療に応用され始めています。そして、私たちは、このような自然科学に裏打ちされた現代の医療に大きな信頼を寄せ、このよう

Choosing Wiselyのホームページ

The screenshot shows the homepage of Choosing Wisely. At the top, there is a navigation bar with links for 'Our Mission', 'Clinician Lists', 'For Patients', 'Getting Started', and 'Success Stories'. Below the navigation bar, there is a large banner featuring a photograph of a doctor's hands and the text 'Choosing Wisely® Promoting conversations between patients and clinicians'. A red circle highlights the 'Clinician Lists' link in the navigation bar. A yellow box highlights the 'Top Five List' link in the banner area.

2012年に米国内科専門医機構財団によって発足

<http://www.choosingwisely.org/>

な医療の恩恵をできるだけ多くの人々にもたらすことが医療人の責務、と信じて日々の仕事をしています。しかし、先に述べたように、日本を含む多くの先進国で、善意からとはいえ、現場の医療には、一部に“やりすぎ”的感があることは否めない事実です。まさに、「過ぎたるは、なお及ばざるが如し」(「論語」)、との言葉が当てはまる状況が生じていると言わざるを得ません。

その一例として、最近、注目されているのが、「ポリファーマシー」(多剤併用; Polypharmacy)です。複数の疾患を抱えていることの多いお年寄りですが、大きな病院でいくつもの診療科を同時に受診し、10種類以上、時には20種類以上の薬を処方されている姿には、本当にそれだけたくさんの薬を服用する必要があるのか、率直な疑問が湧いてきます。実際のところ、このようにたくさん処方された薬については、結構、“飲み残し”が多い、というのが現実です。

検査についても同様のことが生じています。検体検査では、一回の採血で数多くの項目がチェックされます。「セット検査」と呼ばれます。一定の種類の検査項目はまとめてオーダーできる仕組みになっています。また、「人間ドック」には、いくつもの腫瘍マーカーの同時測定が組み込まれていることがあります。画像検査についても、頭痛やふらつきがあるというだけで、“CT検査やMRI検査をしてほしい”と、希望して受診される患者さんが少なくありません。「脳ドック」という考え方も普及している今日、患者さんが検査を希望されるのには無理からぬところもありますが、対処すべき異常所見が見つかる可能性(検査前確率)があまりにも低い場合、医療費の無駄使いと言わざるを得ません。

さらに、診断基準が改訂されることによって、ある日突然、多くの人々が“疾患にかかっている”=「病人」と定義されてしまう過剰診断(over-diagnosis)の功罪についても各国の識者の間で議論されています。この背景には、際限なく高騰する医療費の問題があります。これは先進国すべてに共通していることですが、日本の場合も、「国民皆保険制度」が財政的に崩壊しかねない事態が迫っています。

過剰な診療行為が引き起こす矛盾

ところで、現場で仕事をしておられる皆さんにとって切実なことの一つは、“どうして病院はこんなに忙しいのだろう”、ということではないでしょうか? 患者さんのために必要な検査や処置・処方であれば、いくら忙しくても確実・安全に実施しなければ、という気持ちになります。しかし、そのうちの何割かが上に述べたような、本当に役に立っているのかどうかはっきりしない検査や治療であったりすると、また、そのために現場のスタッフが多忙を極め、その結果、皆が疲弊して質の低い医療を提供してしまっているとしたら、頑張って多くの診療行為をこなすこと自体が大きな矛盾となってしまいます。このように考えると、安全な医療を患者さんに届けるためにも、過剰な診療行為について、一度、立ち止まって考えてみる、言い換えると、「患者本位の医療の質」とはどのようなことかを改めて考えてみる必要があるのではないか。

課題の1つはキャンペーン効果の「測定」

このような現実に直面して2012年に北米で始まった「Choosing Wisely キャンペーン」ですが、この動きは、2014年以降、Choosing Wisely 国際円卓会議を通じて、ヨーロッパ、アジア太平洋地域に拡がっています。2016年には Choosing Wisely Japan が発足、2017年には日本医学会シンポジウムで「医療における賢明な選択」が取り上げられ、いくつかの団体からはすでに日本版「5つのリスト」が提案されています。

今年(2018年)10月には、第5回国際円卓会議がチューリッヒで開催されました。インドや南アフリカからも参加があり、計25カ国から50名の代表が一堂に会しました。

課題として取り上げられたこの第1は、キャンペーン活動の「測定」です。Choosing Wisely キャンペーンの普及を跡付ける調査を入り口として、キャンペーンの導入によって現場の医療がどのように変化したのかを「測定」すること、さらには医療の変化が人々の健康にどのように寄与したかを「測定」することまで、さまざまのレベルがありますが、キャンペーンを成功させ、そのことを多くの関係者(ステークホルダー)から納得

を得るには、「測定」の結果が重要であることが再確認されました。そして、いくつかの国からキャンペーンの認知度やキャンペーン導入後の医療内容の変化についての調査結果が発表されました。

プロフェッショナリズム教育への動きも

第2の課題は、医学教育です。キャンペーンが長期的に根付くには、医療職の基本的価値観と診療における基本姿勢が問われますが、特に、医学生・研修医など若い世代の医療職に、医療職としての基本的価値観（プロフェッショナリズム）を教育していく必要があります。この点に関しては、Choosing Wisely Japan 学生委員会の活動が各国から注目されています。今回、この円卓会議に参加した莊子万能先生（医学生時代から学生委員会のリーダーとして活躍、現名古屋南生協病院研修医）には、活発な討論を通じて各国代表とのネットワークつくりに貢献していただきました。

ステークホルダーへの働きかけと 「普及と実装」科学の必要性

第3の課題は、各国医療界のリーダーや医療政策立案者など、多様なステークホルダーへの働きかけです。ローマで開催された第3回国際円卓会議以降、OECD、世界銀行、コクラン共同計画、ISQua（国際医療の質学会）などのトップリーダーも参加され、キャンペーン推進の意義について力強いメッセージをいただいています。

最後に、今回の第5回国際円卓会議で大きなテーマとなったのは、「普及と実装」科学

(Dissemination and Implementation Science)と呼ばれる新しい学術的観点の導入です。キャンペーン活動はその主旨が理に叶っているだけでなく、現場に根付かなければ意味がありません。「普及と実装」科学の概念は、約10年前から欧米で注目され始めましたが、実践的な活動をいかに普及させるかを探求する学問として、近年、その重要性がますます認識されています。会議では、オタワ大学のグリムショー教授が、この「普及と実装」科学の基本概念とその応用について講演され、活発な議論が展開されました。（「普及と実装」科学については、「医療の質・安全学会誌」第13巻第4号に特集が組まれていますので、ぜひご参照ください）

このような国際的なキャンペーンの高まりを背景に、Choosing Wisely Japan も、今後、一層、啓発活動を展開していきたいと考えています。当面の課題としては、①今後、わが国の専門学会に対して“無駄な医療”に関するリストの提言を求めること、②医療職も患者・市民も含めて過剰診療に傾きやすい心理学的傾向について行動経済学などの手法を活用した研究成果を参考してキャンペーンを進めること、③医療費支払い方式の抜本改革を模索することなどが挙げられますが、現場の医療職の皆さんには、一人一人が、医療職としての原点に立ち戻ってその基本的価値観（プロフェッショナリズム）を問い合わせ、日々の診療を振り返る習慣を身につけていただきたいと考えています。

後記

“師走”です。平成最後の“師走”と聞くと、慌ただしいだけでなく一抹の寂しさを感じます。今月の事故報告状況では発生場所に着目して検討しました。病棟以外では侵襲度の高い処置が行われる部門で死亡例が多いようです。「転倒・転落」への対応策については「行動目標9」技術支援部会の中尾正寿委員より、履物と睡眠薬に関する取り組み事例をお示しいただきました。遠山信幸先生の連載最終回ではM&Mカンファレンスの実践例を取り上げていただいています。読者の皆さんの施設でも、ぜひ、取り入れていただきたい取り組みです。

医療安全レポート No.21

2018年12月1日発行

一般社団法人 医療安全全国共同行動

議長 高久 史麿

〒113-0033 東京都文京区本郷2-29-1 渡辺ビル2階

TEL. 03-6240-0893 FAX. 03-6240-0894

e-mail secretariatpartners@kyodokodo.jp

HP <http://kyodokodo.jp/>