

いましたから、そういうことは省いて、報告システムのことについて、総論的なまとめをしたいと思います。

事故報告システム、インシデント・レポートのシステムというのは大きく分けて3つあります。一つは私たちもそうですが、インシデント・レポーティング・システムといって、主に自発的に報告させるという形です。次にオカレンス・レポーティング・システムといって、報告する項目を定めて、その項目について報告義務を課するというやり方があります。それからもう一つは、オカレンス・スクリーニング・システムといいますが、これは報告を出させるんじゃなくて、病院側から診療記録や現場などを巡回して、あらかじめ決めた一定の基準によって、事故に繋がるような事例を探し出していくという方法。この3つの方法で、報告あるいは事故・事例を取り上げていくという方法があります。どこでも、最初はインシデント・レポーティング・システムから取りかかることが多いと思っていますし、私たちのところでもこの4年間はそういう方法でやってまいりました。ちなみに当院では、私がレポートを受けるものと、看護部の副部長である専任のリスク・マネージャーが受け取る方法と分けております。看護部のほうは年間4000例くらい、私が約400例の報告がきております。そして私のところにくる400例というのは、半分が診療部に関係している、当事者が医師であるというような例であり、なおかつその半分が、医師から報告されているというようなことであります。ですから、医師からの報告というのは非常に少ないのです。私のところにくる報告例も年々増えてきているのですが、これは検査部と放射線部からの報告がどんどんどんどん増えているからであります。それだけ各部署での取り組みが大きくなってきていることは確かであります。このレポートそのものは数が少ないければ少ないほど、アクシデントの占める割合が大きいのはどこでも同じであります。当院では、医師から出てきたのは危ないですし、もう一つ意外と理学療法士だとか臨床工学技士から出たレポートというのは重大な内容を含んでいることがありますので注意を要します。先ほど言いましたインシデント・レポーティング・システムは、自発的に報告してくださいというのが主ですから、なんでも報告してくださいという一種の曖昧さが何を報告すればいいのか分からない、ということにもなりかねません。その結果、報告書そのものが出されないことにも繋がりますし、それから内容が「報告書を書いてもいいか」という風な、あまり抵抗感のないものに偏ってしまって、本来欲しい医療の質に関する報告が得ら

れないという欠点もあります。しかし私がこの方法をずっと続けてきたのは、一回これを自主的に書いたということによって、リスクに関してあるいは事故防止に関して、報告した人に非常に大きな気付きがあるということなんです。あ、こういうことだったのか、と。あるいは患者さんがこういうところで不満を訴えていたんだ、というようなことに気付いてくれるんです。そして、その部署部署での事故防止の中核的なメンバーになってくれる、ということがあると思っておりますので、そういう意味で今のところはこういう方法をずっと取ってきたわけです。しかし、看護部の方では非常に数が増えて、ついにはインシデントといわれるものについて、いちいち目を通すことができないと音をあげるくらいになって、今はむしろ事故の報告に該当するものを中心に取り上げているようでありまして、またさっき言ったオカレンス・レポーティング・システム、少し目標を定めて十分にチェックするような方法も取り入れているようになってきました。いずれにしても水面下に隠れたものを含めて報告を促進する必要がありますが、その具体的ないい方法というのはそうあるわけじゃありませんけども、報告しやすくすること、報告をしてよかったと思わせるようなことが大切で、それには迅速なフィード・バックというようなシステムの改善が重要です。また先ほどのお話にもありました電子媒体による収集なども当院では実はやってみたらどうだ、やろうとすればできますよ、とは言われておるんですが、まだそこまではいっておりません。各部署においては、手順書作りにはこれからは取り組んでいかなければいけないと思っています。専任のリスク・マネージャーにいったレポートのうち、10%20%は私のところにくるんですが、それは各部署で処理できるっていうか解決できるようなものではなくて、複数の部署に関連する、特に診療部が関係するような報告です。これらにつきましては、なかなか専任のリスク・マネージャーといえども現場に飛んでいって、中心になって人間を集めて検討するということはできません。そこでそういう風な複数の部署にまたがるような事例については、専任のリスク・マネージャーからの相談を受けて、なるべく迅速に当事者を集めて検討会を開くということを第一に考えてやっております。看護部の方ではそれ以外に週1回、看護部の事例検討会というのをやって、非常にアクティブに取り組んでもらってます。その分だけ事例とそれに対してこうやったらいいんじゃないかというようなアイデアがたくさん出てることは確かであります。

次に事故報告書の問題で、免責というのが取り沙汰されて、一時非常に問題視されていることがあります。私たちのマニュアルには、報告を出したことによって不利な扱いを受けないということは明記してありますけど、これが法律的に免責になるかということ、決してそんなことはないと思っています。出したことで不利益なことではありませんけども、内容によっては責任がかぶってくることは当然でありますので、決して報告書そのものが免責にはならない。それから裁判なんかでこれが証拠物件として、報告書を出さなければならない責任があるかということも一時問題になったことがあります。そのことについても本院としては、それは証拠物件とはさせないようにするという風には明言しておりますけれども、実際裁判所からの命令があればそういうわけにもいきません。ただ、そのときに問題になるのは、要するにその事実関係が診療録にちゃんと記載されてあれば、もちろんその報告書そのものには見ても何の価値もありませんし、むしろ診療録に書いてあるかどうかということの方が、重要なポイントになるということです。私たちがこういうレポートを書いて、出されたことによって、病院側がそのことについてもし責めることがあるとすれば、嘘の報告をすることと、何か事故があった後にカルテの改竄などを行なったというようなことで、もしそういうことがあれば、病院はその個人を責めることは間違いないことだろうと思っています。

それから先ほどもちょっと話が出ましたが、バックアップの体制についてですけれども、事故予防のためにというようなマニュアルは今までできてたんですが、その中から事故が起こった時にどういう風に対応すればいいかというようなことについては、比較的分かりやすいマニュアルを新しく作ったつもりであります。それから、今その中に十分盛り込んでないのが、当事者になった、事故を起こしてしまった職員に対する精神的あるいは心理的なバックアップがいかに大切であるかと。少なくともそれを病院は行なうんだよ、いうことを明文化しようかと思っています。具体的な方法は実はまだ十分考えておりません。どうしたらいいのかというのは大変難しい問題だと思います。病院機能評価、来年更新の年になってるんですけども、最近では医療の安全ということが非常に重要視されておって、その中の一つの項目にこういう事項、当事者の精神的・心理的バックアップをする体制がちゃんとあるかということも一つのポイントになっているんです。それからいざ紛争になったものに対するバックアップであります。これは当然病院として

は院長をはじめ、メンバー、それから当事者を入れて、検証を当然しなおすわけでありまして。それから、それによって責任のある事故であるかそうでないかということとを判定する。本人たちの言い分ももちろん聞いたうえで、それをある程度判定しなくてはならない。それに基づいて患者さん側に対応しているつもりであります。市民病院としても一番多い時は2年くらい前でしょう。10件くらいの裁判を抱えておりましたが、今は減りに減っています。というのは、中にはこれはもう責任ある事故であるということで患者さん側に対応しているものもありますが、それ以上に裁判所が判決文を書きたくないんじゃないかという風に邪推するくらい、和解を勧告する例がたくさんになっております。そういう時代になっていることも確かでありますので、なるべく紛争そのものは解決をつけてしまおうというようなスタンスで、バックアップ体制もとっているつもりであります。以上のようなことで、病院は対応しておりますので、ご参考になったらとお話させていただきました。どうもありがとうございました。

司会(高橋) 今井先生、どうもありがとうございました。相澤先生よろしくお願ひいたします。

司会(相澤) 皆さんご苦労様でした。今井先生、ありがとうございました。今井先生から旭さんに質問2つありましたけど、2番目はこれは追って慎重にお答えすることにして、最初の方をお答えくれませんか。過誤あるなしって言葉が入りますけど、それとはおそらく違うと思いますので。

旭 医療事故の用語の定義のことでよろしいでしょうか。今まで医療事故の用語の定義については、病院内において傷害が発生した全ての場合を言い、対象は患者様だけでなく来院者や職員も含み、また、過失の有無も問いませんでした。過失のあるものは、あえて区分するために医療過誤としてきました。そしてエラーがあっても傷害が生じなかったもの、または実施前に気付いたものをインシデントとしてきました。しかし、昨年、ある国会議員からの要請で医療事故数とインシデント数の報告がされた時、いくら言葉の定義を添えて数を報告してみても、世間一般では医療事故は医療過誤としか理解されず、報告数のみが重視されました。それで、今年の6月に実施された国立大学医学部附属病院間で実施している連絡協議会では、かなり時間をかけて論じ、一番の目的であるレポートを通じての情報収集がきちんと出来て、尚かつ世間一般からも誤解を生じないような明確な用語の定義をすることが検討されました。それで「報

告のあった全ての事象をインシデントとし、その中で、過失があって、患者様に一定程度以上の傷害が発生し、その間に因果関係のあるものを医療事故とする」ことが決まりました。

司会（相澤） 要するに過誤あるなしに関わらず、起きた結果のレベルによって、3b以上をアクシデント、医療事故としてレポートしていく。場合によってはそれは提出する義務があると。

旭 その中でレベルが高くて、過失があって、なおかつ因果関係が明確なものっていう風にして検討しています。

司会（相澤） それは医療者側が判断してってことですよ。

旭 そうです。

司会（相澤） それでも過失の問題を言う時は相手があることですが、とりあえずそういうことですね。過誤も過失も入るんですね。過失があって、3bレベル一定以上っていうことで……。

旭 因果関係が明確なものってことですね。

司会（相澤） どうぞ。

今井 それでは過失がなくて3b以上の障害が起こったけれども過失がないのはなんと表現するんですか。

旭 あえて医療事故でなければ、そこから出るのはインシデントとなります。

司会（相澤） よろしいでしょうか。それでは幸い皆さんが非常に盛りだくさんの、しかも熱を入れて発表していただきました。それぞれが個々のシンポジウムのテーマになりそうな感じがいたします。幸い今日のプログラムは2時半からで時間がありません。皆さんが徹夜を覚悟で準備してくれたのではないかと思います。では5時を目標にテキパキと質問をして、そしてお答えになっていただきたいと思います。そういった意味でこちらからいくつかの質問を出させていただいて、手を挙げて頂いて議論に加わっていただきたいと思います。で、インシデントあるいはアクシデントですけども、原因、それから発見者、それから対策となります。それから紛争。今井先生の3番目のテーマでなされましたけど、これはいつかやらなければならないことだと思います。現況ということでもありますので、例えば原因の中に人的なミス、それから機械が故障したとか設備が悪いとか、それからまったくの偶発的な事故があると思いますけども、先生方は他部署のインシデント等を聞かれて、こんなのどうしてとか、考えられない事故であるというような意外なものがありますか。それともまあまあ納得いくよう

なことばかりだと思いますでしょうか。石井先生のところも結構重症ですね。医療経済から言えば破綻する、そういうストレスの中にいるのはよくわかりますけども。これは言い難いんですよ、お互いにね。でもこれからはそんなお互いのかばいあいは通用しませんし、御互いにどんどん内部告発することは推奨される世の中です。これは過度な発言ですけど、本当にそういうことに対して、絶えず配慮していただきたいと思います。事故は隠したり、カルテを書き変えたりすれば、今度はそれらが事件になります。ですから事故は事件にならない様に処置をするってことでしょうかね。大体互いに納得いく範囲でございませうか？今井先生のところも今日いくつか事例ございました。先生のところもこんなものでございませうでしょうか。

今井 こんなもんかと言われると、もっとひどいのももちろんありますが、例えば同姓同名の話が出ましたけれども、信じられないような例がありました。この夏でしたが、同姓同名同生年月日という人がいまして、確か一人は津川の方一人は安田の方だったと思いますが、津川の方からこういう患者さんを緊急外来に送りますという話になって、名前を聞いて生年月日を聞いて、それで調べたらもちろん患者さんのカルテがあると。そこでカルテが出てきた。当然その患者さんだと思って、名前も同じ歳も同じ方向も同じ、そういう患者さんがあって、緊急手術したんですけども、そこまでは別に同姓同名で間違ってもカルテが違ってても問題が起こらなかったということがあるんですね。ところが当然そういう患者さんが手術になるから、ご家族に連絡したところ、ご家族もうちの娘がそうなったとこういう話になってですね、すぐ来るわという話になったんですけども、そのお母さんが娘さんのところに電話して、またうちの病院に電話かかってきてですね、うちの娘は元気で働いていますと言われたときには、びっくりしまして、そういうことまであり得るということでした。

司会（相澤） ありがとうございます。では最初この一番多い、あるいは皆さんが共通して問題に出された一つは、患者さんの確認のことですけど、それについてご意見ございませんか。その対策にバーコードが出ましたですね。それからダブル・チェックの問題がありました。ダブル・チェックは人出があればできるとの認識でよろしいですか。そうでなくて、それさえもできないほどマン・パワーが不足しているのですか？

旭 看護師の場合は、ベッド・サイドで一番患者様の近くにいる、直接関わることも多いわけですね。そして、

実施した医療行為にエラーが発生すると事故に繋がる立場にあります。そこで、自分たちで自分たちを守るという意味も含めてエラーを防止する為に看護師間でダブルチェックを行なっています。しかし、夜勤等のダブルチェックが出来ない時間帯に対しては、注射に関しては、空アンプルを残して活用するなどの、確認行為の工夫が必要と思います。今ひとつは、患者様と確認を一緒に行なう方法もあります。処置や検査の前には患者様にきちんと説明をする。そして、実施前には患者様と協力して確認しあう。患者様も今はお任せではなく一緒にかかわる時代にきていていると思います。

司会(相澤) 治療行為などについてまで言ってもらいました。三井田先生に病棟での採血が当然のように行なわれていますが、その辺できちんとすべきなんですか？

三井田 自分で調べてみると、検体を別のチューブに入れてしまう誤りが多いことに気がきました。チューブにラベルを張るところまではちゃんとしているのですが、Aさんから血液をとってBさんのチューブに入れてしまうミスは結構あることなのです。今回の調査期間では看護師が検体を入れ間違ったケースは一件もなく、全例で主治医が採血したケースで起きていました。昼間の時間帯に検査オーダーが来ると、現在のシステムでは検査部で一人の患者の採血チューブを一つにバックして病棟に届けます。このような場合では、検体の入れ違いのミスは発生していません。大体のミスは主治医がラベルを発行して、自分でチューブに貼って採血したときに起きているのです。このようなミスを防止する一番いい方法は、ベッド・サイドで患者さんのリスト・バンドについているバーコードと、自分の持っている採血管のバーコードを携帯端末でチェックして、同じものであることを確認するのが一番理想的じゃないかと思います。それが不可能な場合は、あとはダブル・チェックしかないのではないのでしょうか？医師と看護師のダブル・チェックが理想的ですが……。患者さんが重症な時がありますよね。NICUから血液ガスが2本出てきて、2つが入れ違っていたというケースもありました。どんな時にも確実にミスを防ぐためには、やはり医師と看護師のダブル・チェックが夜間や忙しいときにも実行できるシステムが必要だと思います。

司会(相澤) わかりました。これは患者さんがそのことを分かっているようがいまいが、違ったレベルでの出来事ってことですね。

三井田 そう思います。今回の検討では、看護師さん

にはベッド・サイドでチューブと名前を確認することが徹底されてるんだなと思いました。

司会(相澤) これは各職種はどれだけプロフェッショナルでありうるかということで、どなたにお聞きすればいいでしょうか。どなたかご意見ございますか。さっき一年目の看護師さんに多いとかそういうことがございましたが、それはすぐ改善することなんですか。

細井 新人は気持ちに余裕がないことから確認が不足することがあると思いますし、注射箋や処方箋の見方についての基本的な知識が身につけていない為に、インシデントが発生していると思います。

司会(相澤) 余裕がないってのは人員の不足ってことですね？この会場の中で、皆さんもっと看護婦さん不足がインシデントを多くしてるんだと、賛成の方、手を挙げてくれますか。ざっと2〜3割ぐらいでしょうか。今の状態でも、ちょっと注意すればインシデントは減るということでしょうか、マニュアルなんか見て意識を変えれば直ると思っておられる方いますか。挙手していただけますか。他に人的ミスするほうの人的及び人為的な問題についてご意見ございますか。

今井 それは間違いなくもう少し人手があればという状況でしょう。特に看護師さんは業務の分割、途中で分断されるということが、業務の特徴でもあります。この分断されることが非常に大きなリスクになって、事故に繋がってるんですね。そういう意味でも業務の改善をしていけば何とかなるかもしれませんが、やはり人的なパワーの足りなさはあると思います。私も管理職ですから、そうだ、といってじゃあ増やせてわけにはいきませんので、そこを何とか。

司会(相澤) 最近のテレビで看護師さん不足の特集をちょっとやってくれましたね。そういう意味で非常にいいことですし、今井先生も是非ともそういう線で対外的にも、社会的にもがんばっていただきたい。それが希望でございます。それから堀田先生、医者意識不足っていうかルール違反ってことが出ましたね。それが原因であるものが多いとお考えになられますか。その原因は医学教育を含めてですけども、何かありますでしょうか。

堀田 医師と看護師ではかなり意識というか、ものごとの考え方のステップが違うと思うんですね。医者は、今の一年生、二年生の子達は分かりませんが、我々のときはとにかくもうスーパーマンになれと。全幅の信頼を受けてやるんだから、お前が全責任をもってやるんだと、そういう教育を受けてきて、この前も私たち手術室

セミナーを開催した時に、麻酔科の先生が、麻酔科で今ダブル・チェックなんて言われても対応できないと言われていました。自分で判断して自分で入れて自分で責任を持つんだと、そういう感覚でやってきているわけですね。看護師さんは、特に大学なんかはすごくしっかりしていて、ひとつの共通の問題意識と共通の価値観を持ち、マニュアルを共有して、それを守っていかれるということなので、最初の時点が間違っていたらどうしようもないんですけど、正しいことをやっていれば、ある程度のレベルはすぐに行くんです。しかし、医者の場合はその個人がそのシステムやマニュアルが大事だと思ってくれないと絶対に直らないんですよ、何回言っても。

司会（相澤） 一人で手術に立ち会うことが多いってことを、先生はおっしゃられたんだと思いますけども、それは誰もある意味ではダブル、チェックしない、あるいは全面的に任されることでもあるわけですね。それはこの位のレベルになったらもう任せられるとか、そういう医者作りのシステムとも関連してありますか。

堀田 今までやはり卒後教育がすごく足りなかったと思うんですけども、実際に体内遺残物、手術場ですからそういうことに関しても、本当に言われた通りのことをやってくれば、ぐっとインシデントは減ります。ところがそれをいくら言ってもやってくれない、あるいはドクターにこんなこと言ってどうなのかって看護師さんがためらう、そういうような体質があってですね、先ほど事例で出しましたけども、目を見りゃ分かるなんてのはとんでもないことなんですけども、イライラしてたんでしょうけど、そういうことがまだふっと口をついて出てしまう。内心そう思ってるドクターが山ほどいるわけですね。ですからどうしてこれが大事なんだっていうことをよく教育して、骨身にしみてわからせてあげて、マクドナルドと同じように手術場に入ったらポテトはいかがですか、って感じでいくようにしてやらなければいけないんじゃないかと思うんです。

司会（相澤） こんな医者を育ててという風に、外の病院からよく怒られるんですけど、今の問題は今井先生、どんな風にお考えですか。

今井 たしかにこんな医者を、というのはどこでもたぶんおられると思うし、事故に関してもリピーターといわれるような人が、医師に限ればおられると思いますけども、大変難しいですよ。卒後教育でそれがいくのかどうか。たしかに今堀田先生が言われたような、医師のなんというか教育のされ方でそうなるんかもしれ

ません。自分が責任持てばいいんだって思ってる人はたくさんいますね。事故防止には術者そのものがしっかりしていればいいんじゃないかという風に感じている科長とか、そういう風な言い方をする人もいます。一方、やっぱりこれはシステムを十分検討しなくてはいけないと感じている人もいて、なかなか一概に言えないところでもあります。この機会ですから堀田先生に一つ、具体的なことをお聞きしたいんですけども、入室した時の患者間違いを防ぐために、たぶん手術部あるいは看護部では手順書見たいのができてるんじゃないかと思いますが、医師が確認するという言葉が入っておりますか？

堀田 はい、入っております。チェック・リストを作っておりまして、看護婦がチェックする場所と医師がチェックする場所があるんですけども、チェックリストも山ほどあって、非常に複雑ですから、めくら判ってような形もなきにしも、なんですけど、必ずダブル・チェック、ハッチウエイで一回、それから入室一回、麻酔導入の時一回、計三回は必ずやっています。

司会（相澤） ありがとうございます。今のことは、例えばインシデント、アクシデントを発見した時に、それを言っているか、そういうことにも関わる事なんですね。その時に正しいこととして、言うべきである。そういったときに、例えば加藤さんのところの薬剤部、加藤先生ならおかしいんじゃないんですかってすぐ電話をしますね。そういうところもあるし、医師・ナースの関係がまだお互いの業務を尊敬しあうところまで行っていない、堀田先生、そういうことも将来的にはこれは直っていくんでしょうかね。

堀田 ええ、直っていくと思います。最近のそういう意識の改革というか、私たちの大学においても私はすごく身近に感じてまして、私が手術部に行ってからだけでもかなり改善してると思います。それはことあるごとにいろんなところで話し合いがなされたり、一番は悪いながらも確実に医師の意識が変わってきてくれてるんじゃないかと。前はインシデント・レポートを見ると最後に必ず、医師が非協力的であったとか、ルールを守らなかったというようなことが書いてあったんですけど、最近はそのようなレポートがあんまりなくなって、看護師さんが諦めたのかどうか分からないんですけど、そういう変化がみられて、インシデント・レポートの数も減ってるし、傾向も変わってきています。

司会（相澤） これはおそらく医者側が、やはり契約をしてるという考えが必要だと思います。リスク・マネジメント等の会で申していますけど、この手術は3時

間の予定で、こういう機械を出してくれとか、この検査は3時間以内に終わり、このカテーテルとこれを出してくれ、というそういう契約の発想を持っていかない。何時間かかろうが、どんな道具を使おうが自由だってことじゃなくなるでしょうね。そういったことも十分考えて、それからもう一つは、職種の間で尊敬されるためにも自分たちの職種をレベル・アップしていく、それは当然必要なことなんじゃないかという風に感じております。どうぞ。

今井 追加させていただきますけども、それは結果としてそうならば非常にいいと思っておりますが、じゃあどういう方法でそこに持っていくのかというところが問題なんだろうと思うんですけど、今堀田先生が言われたようにだんだんよくなっていくことは間違いありません。じゃあどうしてよくなってきたのかっていうと、市民病院のことを考えればやっぱり先ほども言いました、職種をまたがるような事例があった時には、すぐさま安全管理者側から、当事者数名でいいんですから、スモール・グループ・ディスカッションを行うということ、それを積み重ねたことによって、少しずつそういう垣根が低くなってきていると感じております。ですからこれは非常に有用なことであり、卒後教育の一つにもなっているのかなと思っております。

司会(相澤) ありがとうございます。結局はちょっと痛い目にあって、学ぶってことなんですよ。それからもう一つは、卒後教育の成果は時間かかるけど実効する。明日からすぐ変わるとしたら、今日の痛みを関係者が考える。それ相当有効で、しかも早いことを今井先生はおっしゃったんだと思います。そこで、今の問題はフィード・バックの問題に関しますね。いま細井さんがおっしゃいましたフィード・バックし、インシデント・レポート一つ一つの分析結果を1人1人なるほどな、と思っただかなければいけません。細井さんその辺どうですか。フィード・バックの時間がないという言い方のように感じたんですけど。

細井 フィードバックについてですが、先程は、共有を図る為に、集まったレポートの分析結果を、月1回の相談会で報告したり、事前に配布して読んで貰ったりしていますが、なかなか浸透し難いということをお話しました。それでは、毎日報告すれば効果が上がるかということ、そうとは思えません。次々に入ってくる安全管理ニュースや、注意を喚起すること、急いで連絡することが必要な場合は、申し送り時に報告していますが、朝の忙しい、精神的に余裕のない時には、どれだけ伝わって

るか疑問です。共有を図る為の方法として、当科では、安全係りが事例を分析し、対策を考え、グループワークで検討するという時間を設けています。業務や手順の変更が必要な場合は、参加したメンバーで考え、積極的に意見を出し合い、そこで決めたことは、皆に守って貰うということをしています。もう少し効果的な方法はないかということで、来月に看護安全管理委員会で研修を計画しているのですが、事象関連図やその他の分析方法を学習する機会をもち、相談会の中で実際に事例検討を行うことで、見方が広がり、共有できるなどの効果もあると考えています。

司会(相澤) これは相談会の時間で十分足りませんか？

細井 相談会は、他に検討することがありますし、業務が終了してからとなると、忙しい時は6時7時となり、業務を中断して参加すると、さらに遅くなってしまいます。何回かに分けて行うことも難しいので、事例検討を行うには、別に枠を設けなくてはいけないと考えています。

司会(相澤) そういった勉強会を通してフィード・バックする。現場でのフィード・バックの件で、旭さんと加藤さんにお聞きしましょうか。

旭 現場でのフィード・バックの仕方ですか？いま細井さんが言ったように、なかなかやっぱり時間がないっていうのも確かだと思えますけれども、やっぱりその、大変な時間がかかるものなんだっていう風じゃなくて、もっと楽に空いてる時間でできるようなくらいになれば、例えば事例検討みたいなどころなんですから、山梨なんかに行って見た時に関しては、そのところポッと発生した時には、とにかくいる人間だけで、先生も関与してるんであれば先生にも入ってもらってその段階で、短時間で空いてる時間であえて時間を設定するんじゃなくて、その場でしないとまた時間が過ぎてしまうとタイムリーでなくなるので、そのところでやることでそんなに時間がかからなくてもやれるようになりますよということなので、手技を習得しながらその時に空いてる時間でやる風なところまでいければ、いいのかと思いますけど……。

司会(相澤) フィードバックは少し工夫すれば、いまより前進するかもしれないという期待はあるわけですね。

旭 そうですね。先日山梨大に行った時には、そんな風にやっていました。

司会(相澤) もし可能であれば、それはやっぱり普

遍化っていうか一般化して是非とも広めていってほしいなと思います。加藤先生。

加藤 薬剤部の方では月一回、毎週水曜日の5時半から、一ヶ月間部内で出たインシデントおよびアクシデント・レポートに関して解析をしてまして、実際インシデント・レポートに関しては、インシデントを起こした人間を追及しないという形ではやるんですけれども、実際それに関してディスカッションになって情報の共有まではいくんですが、やっぱりリピーターはリピーターになってしまうっていう、それはもうどうしようもない。でも最低限これは、もうあとは刷り込んでいくしかないのかな、っていうところもあるんですが、本当に痛い思いをしないと分からないのかな、っていうのが実際かと思えます。

司会（相澤） 痛くてもわからないこともあるし…石井先生、ちょっと辛口な意見になりますか？

石井 先ほど発表の中にもありましたが、産婦人科では電子メールとメーリング・リストで、インシデント・アクシデントが発生したその日に書いて回しております。書く方してみると非常に手間がかかります。文章を書いて、かつEメールにも書く。ただ、そうやって回すと、医局員に非常に強く迫ります。これは非常によい方法ではないかと思えます。今のIT時代にマッチしているんじゃないかと思っております。

司会（相澤） これは院内の全関係者にメールを回すということでしょうかね。

石井 以前、筑波大学に見学に行きました。インシデント・アクシデントには患者さんのプライバシーの問題があるので、制限を加えて内部者だけが閲覧できる、というシステムを構築していただきたい。

司会（相澤） それは即答できませんが、検討課題になると思います。それから、どうぞ。

なかなか事例を検討して、それに対する問題点を浮き彫りにして対策を立てるっていうのは確かに部長さんたちおっしゃるように時間がないかもしれないんですけども、私としてはその事例を全部知りたいんですよ、どんなことがあったのか。へえこんなことも起きてるの、っていう。皆さんもそうだと思うんですけど、今日発表で出た事例ほとんどご存じないと思うんですよ。ですから、もうリアルタイムに院内でこんなことが起きた、こんなことが起きたっていうのを知れば、ああ、ああいうとき気をつけなきゃ、例えばこの間CVのコネクションが抜けて死んだっていうのがありますよね。え、そんなことも起きるの、っていったら翌日から

回る時CVのところを見るかもしれない。そういう、やっぱり事例っていうのがとっても大事だと思うんです。それが今なされてないし、大学によっては当事者はその部局の長であっても、自分のところから出たレポートを見れないということがあって、私は幸い全てのレポート見せていただいているんで、非常にマネジメントに役に立っているんですけども、実際に医療をする方々、いまはもう看護婦さんでもラスト・タッチで間違ったことしたら訴えられるわけですから、知りたいと思うんですよ。だから一ヶ月もかけてまとめてなんだかんだって言ってないで、もうこんなのがあった、こんなのがあったって是非出してほしいんですけど。

司会（相澤） 周知を徹底するかどうかってことですね。そのシステムを構築してほしいっていうご意見でございました。どなたかご意見ございませんか。はい。

三井田 今回はじめて自分でインシデント・レポートをまとめてみたのですが、「間違いは絶対になくならないだろうな。」というのが正直な感想です。絶対にミスを起こさないようにすることは、お金もかかって大変です。ミスが起きた時に比較的簡単に見つける方法を考えておくというのも重要なのではないかと思います。ミスが起きないように、厳重にプロトコルを作ると、チェックリストがいっぱいできてしまいます。皆が気をつけても、作業が煩雑になるとかえって漏れが出てしまいがちです。何か起きた時に、すぐにミスに気付く方法を考えておくことも同時にやったらどうかなと思うんですけど、いかがでしょうか。

司会（相澤） ありがとうございます。おっしゃるとおりだと思います。皆さんからはダブル・チェックのこと、それからもう一つバーコードによる患者さんの確実な把握のことが言われました。未だバーコードは導入されていません。これからの課題だと思います。それで日常の業務でダブル・チェック、あるいはバーコードによってインシデント、相当減ると思っておられる方、挙手してみてくださいませんか。ありがとうございます。その煩雑性は余り問題にならないっていうお考えでよろしいですか。輸血部なんかはほとんどダブル・チェックをオートマチックにやろうとしています。それでも違った人の検体を持ってってしまう例は実際起きています。

番場 リスト・バンドの有効活用、バーコード導入等について、いつの時点で、どのように計画をしていくのか、病院の方針として出していったほうが良いのではないかと。

司会（相澤） ありがとうございます。世の中のそ

の様な流れが一般的で、旭ジェネラルリスクマネージャーもそう思っていると思います。ただ、いつまでにお金が出せるとかは決まっていません。バーコードで患者確認する、それはいいんですけどそのちょっと煩雑さが増えそうである。その煩雑さをどういう風に改善するかってことも含めて、検討して市民病院の新病院もその様でよろしいですか。

今井 いや、その通りです。

司会(相澤) そういう方向性はこれからいろんなところで申し上げていきたいと思っています。それでよろしいですか。

番場 例えば先行して、もうバーコード・リーダーを実施している病院なんかがあった時に、拳がってくるレポートに今だと薬剤とかが多いんですけど、そのバランスが変わってきて……。

司会(相澤) 効果があったかどうかですね。その評価は絶対必要なことです。いろんな試みはしばらくやって、いいか悪いか評価することが必要だと思います

ね。そうでないとどんどんどんどんもうマニュアルが増える、チェック項目が増えるだけになってしまうと思います。それをある意味で皆さん怖れていると思います。一応各部署から原因、それぞれの対策、あるいは事例を数えていただきました。本当に先生方ありがとうございました。高橋先生にまとめていただきます。

司会(高橋) 各シンポジストの先生方どうもありがとうございました。このシンポジウムはこれ一回で終わりではありませんで、来年もテーマを変えてやりたいと思いますし、この次はもう少し時間を何とかしてですね、十分喋っていただくように努力しますので今日はお許してください。それから医療安全管理部からお知らせですが、来年度とりあえず決まっている企画は、6月27日の金曜日に、本学卒業生で弁護士であります児玉安治先生に医療安全管理に対する講演をいただきます。ぜひ参加いただきたいと思います。本日は本当に長時間にわたりまして参加いただきましてどうもありがとうございました。これでシンポジウムを終わります。