

第133回月例セミナー 【ダイジェスト】

「医療安全対策について」

～医療の現場から生の声を発信～

医療法人社団永生会永生病院理事長企画室 山下 小百合

●医療法人社団永生会の変遷

昭和36年の4月に個人病院の21床の内科として始まり、慢性期で複合型の病院になっています。平成17年10月に介護老人保健施設「マイウエイ四谷」で申請が決まりました。新宿区の四谷にある老健で、100床で全室個室、提供するサービスはユニットケアで、大体8人から9人のご利用者を1ユニットとして、44床ユニットケアを準備しています。また、老健の現状では疼痛緩和ケアは非常に難しくなりますが、ターミナルケアを10床ほど確保しています。まさに最近の都市型の老健で、どこまでやっつけていけるかというスタンダードを目指しています。関連法人では、病床数は1000床を超えている状況です。療養型、精神科、一般病棟、回復期リハ病棟というのが永生病院です。

●理念

人々に質の高い、安心な、安らぎにあふれたヘルスケアサービスを提供。基本方針は、ヘルスケアの質の向上を目指し、満足度の向上を図り、健全経営の維持に努める。今年度の重点目標は連携（コラボレーション）です。

これは目標にも掲げていて、患者様にまず公正な医療、説明と選択、患者様のプライバシーを尊重する、診療情報をお伝えするという事です。研修、研鑽については非常に盛んに行なっていて、内部もありますが外部に出すことが非常に多くなっています。患者様の人生が最後まで豊かであるように、意思を尊重するという事を永生病院の目標にしています。

●患者の満足度アンケート

患者は1、看護師 2、担当医 3、食事を重視しています。

家族は1、担当医師 2、リハビリテーション 3、看護師の順になります。

●担当医師別のアンケート

対応や言葉、説明、回診と、簡単に挙げておりますが、点数化して高いほうが良いと表現しています。具体的な判断では、回診を定期的に行なっていて、患者さんの様子をよく把握し、方針、IC（インフォームドコンセント）が正しいか、快く対応しているか、信頼関係が築かれているか、相手を尊重した態度や言葉遣いをしているか、など入れていています。

形態を変えて、患者ではなく職員の満足度調査は 2004 年の 2 月に実施し、回収率 54% の回答を得ました。

全体の職員で永生会に対する満足度や顧客志向、仕事に対する満足感があっても、視点を持って改善するにはということで、TQM（Total Quality Management）センターという位置づけを始めて、実際に少しずつ改善活動を始めています。

●当院インシデント

ある月のインシデントで、転倒転落は第 1 位で 72% を占めています。続いて一般的な与薬などです。注射の施行、点滴静脈内注射、採血もありますが少ない値となっています。高齢な方が多く、リハビリテーションがメインのため、身体機能に訓練が必要な方たちによる、転倒転落事故の頻度に拍車がかかっていると思われます。

時間帯では、朝の 6 時～9 時、昼は移動の発生する食事の前後、夕方の生活上の問題で移動が発生する頃がピークとなります。

●医療安全推進

医療安全推進週間を具体的に実施すると、W チェック、フルネーム、声出し確認を看護部では推進しています。実際にダブルチェックをどうするのかというと、2 人で同じものを 2 回チェックをする。ここまで具体的なルールが決まっているところは少ないと思います。

意外にそこが落とし穴で、私も現場を回って研修やコンサル時に、「すみません、質問です」、「例えば薬剤、内服薬などで、ダブルチェックをしても見落としてエラーが起こるので、トリプルチェックをしています」と看護の現場の方が言うのです。「え？トリプルチェックですか？」と尋ねるのですが、「トリプルチェックをしていたら仕事にならないのでどうしたら良いのでしょうか？」と聞かれます。そこで「ではそのダブルチェックは具

体的にいつ、誰が、どのようになっていますか？」という話をしますと、聞く内容の思い違いがあったりして、こちらの病棟のダブルチェックともう一方の病棟のダブルチェックと違う問題が潜んでいます。医療事故の予防対策で、ダブルチェックというと看護師はすぐ反応するのではないかと思います。

効果的なフルネームの確認、患者誤認を予防するための確認方法に問題がないか、もう1回見てみると非常に効果的だと思います。意外にリスクマネージャーが兼任や専任でいるのですが、専門職で気づかないことも多いと思います。

鉄道関係の指差し呼称の効果を元に、室内実験をしました。よく確認する、指差し確認とマニュアルに書かれていることが非常に多いですが、これが医療業界の確認にすべて通じるかという点、効果的にはと思いますが、薬剤エラーが多いのであれば、薬剤の確認をする際に、このような方法を取るのも非常に効果的ではないかと思います。指差し呼称で確認するところは少ないような気がします。

●事例1

これは「まさか！」が起こったことで、1歳の男の子が喘息で入院をして、積み重ねタイプのプラスチックのコップを患児がベッドのところで1人で遊んでいたときに、お母様が持ってきたもので遊んでいたのも、しばらくしてベッドのところに行ったら、コップが鼻と口を覆い、窒息して重い脳障害が残ったという事例です。これは最高裁で判断がついて、介護のお金も含めて約1億3000万円の支払い命令が出ています。「病院は完全看護体制で家族の付き添いも面会時間以外認めておらず、安全配慮義務は通常の病院よりも重い」という、「予測不可能な幼児の行動にも対応できるよう監視体制を整える義務を怠った」ことで、厳しいなと思いました。

●介護の現場

今介護の現場においてリスクマネジメントは非常に重要だと思います。病院から退院されて、その後介護施設などに行かれる患者様も非常に多いと思います。超高齢化社会を迎えている日本ですから、介護の現場で元気になって治療が完了し家に帰る、在宅介護を受ける、もしくは在宅の施設介護を受けるところでも事故に気を付けていかなければいけない。

看護師の新人でも知っていますが、感染症の対策はよく言われております。今年1月の初めだったと思いますが、老人ホームでノロウイルスが猛威をふるったとき、世間一般は

施設や病院で、消毒液を設置して「よく手を洗ってください」とアピールをしていました。少なくとも初期管理では徹底した手洗いは重要です。

1979年病院のための隔離技術の勧告、1983年にもいろいろな勧告が発表されています。センセーショナルなのは、1985年の週刊誌だと思うのですが、ニューヨークの町中で宇宙服のような服を着た方が、HIVがまだどんなウィルスか分からないときに、ゴミの処理をする写真が出ていました。その流行によってできたのがユニバーサルプリコーションと言われるもので、普遍的な予防策という言い方をされています。「いろいろな体液、血液などが混じっているものはすべて、感染するものと思って対処しなさい」と正確な概念はありました。その後、スタンダードプリコーションという概念に移行しました。

病院はあまりないでしょうが、手をよく洗いましょうと書いてあり、その近くに節水というシールが貼ってあります。感染症を予防しながら節水は難しいと思います。メディカルサービスの心理学で有名な、医療事故を心理学的に研究した山内桂子氏に聞いたところ、「『スタンダードプリコーションユニット極み』という名前の洗面用ユニットを病院用に開発したらいいわね」、つまりアメリカのCDC(Centers for Disease Control and Prevention)研究機構で言われている20~30秒間水が流れ、時間が過ぎたら止まる洗面台があればいいという話をしました。調べてみたら1社だけ、それに近い機能を持ったところがありました。

●事例2

リハビリテーションのために70歳代の男性が、初めて訪れた老人保健施設で出された白玉団子をのどに詰まらせたための死亡事故です。リハビリテーションはデイケアとも呼ばれて、日帰りでリハビリテーションを受け、食事、入浴などのサービスですが、このような事件がありました。そのときの判決は、「標準的な救急救命措置が行なわれていたら生存する可能性が相当程度あったと証明された場合、施設の看護師らは責任を負うとの判断を示した」。老人保健施設の施設長のコメントは、「非常にその老健施設にとっては厳しい判決だ」。

●介護老人保険施設に求められるものは

・職員間連携は当然のことですが、例えば患者様が急変。利用者の具合が悪くなった。いろいろな事業所や施設、病院の院長先生、事務長さん、即座に担架・救急カートがどこにあって、どこに設置されているか分かりますかと、お伝えしたいために考察しました。

・救急隊要請の手順周知。何を聞かれるかは結構決まっていますので、いつでも答えられるように、訓練も大事ですが分かる場所に表示しておくのがいいことです。要請が分からないために手間取ってしまうなど、一般市民でも当たり前ですが、「お近くに、目標になる何か建物はありますか？」と急に聞かれると、すぐに答えられない、特に入職して間もない職員が戸惑うことが多いと思います。

・救急緊急時の連絡体制。例えば緊急連絡を PHS、院内専用携帯、電話なのか分かりませんが、近くに表示をしていると思います。なるべく同じ場所に置いておくことが老健でもできます。私が実際したのは、アナログでしたけれども、赤い目立つファイルにすべて 1 つに入れて、すべての事務所、サービスステーション、そこの電話のすぐ横、一定の場所に掛けて必ず見れば何らかの手段が書いてある。簡単なようで意外にしていないのです。

・窒息等を起こすときの技術があるのですが、教育訓練をすることと思います。背中をぼんぼんと叩く方法やハイムリック法、これは消防庁のホームページに出ている一般上の知識です。ところが、窒息して体がぐったりしたところの訓練は、医療従事者である私たちでもなかなか当たることは少なく、大体お人形さんのようなダミー人形で訓練するのです。

AED（自動体外式除細動器）ですが、本当に置いたほうがよいのか自問自答しますので、検討しています。一般消費者のクレーム情報を見みると、医者が 1 人、看護師が数人いると感覚は病院と同じです。空港や愛知万博にもたくさん設置されたと聞いています。

●おわりに

現場で実際に動いている人の、生の感覚や生の声を吸い上げて、医療安全に役立てていくかがキーワードだと思います。見ていくときに非常に偏りがちなのですが、今までになかった方法、やはり患者様の立場に立って考えるのが一番かと思います。

最後に、男性が急にリハビリパンツをはかされたら排泄習慣がうまくいくのでしょうか、展覧会、商品の展覧会で、オムツが気になって、「社会の窓付きのリハビリパンツはありますか？」と言うと、大体相手にしていただけなくて、私はもう 2～3 年これを言っていますが、実際に研究しないと実現しない、商品化をして売上げにつながらないものは作らないのかなと思います。