

7) オーダーエントリーシステムを利用した薬剤のチェック機構

平成11年5月以降、抗癌剤の用法・用量のチェック体制を強化するため、オーダーエントリーシステムを利用して薬歴作成を行い管理している。さらに、静脈内投与が認められていない注射薬についてのチェックも行い、処方箋上で注意を促している。

8) 山形県医療事故防止対策研究会への参加

山形県健康福祉部医務福祉課の呼びかけにより、山形県内の主要病院間で医療事故防止対策に関して情報交換し、より効率的な医療事故防止対策を検討する目的で、平成13年2月19日に山形県医療事故防止対策研究会設立準備会が持たれ、山形県医師会、山形県立中央病院、山形市立病院済生館及び本院が参加して年2～3回の研究会を開催することが決定された。研究会の内容としては、毎回テーマを設定して各病院から医療事故防止対策を発表してもらい、相互に検討することになっており、平成13年7月9日に山形大学の担当で第1回研究会を開催する予定である。

(2) 今後の対策

医療事故の防止対策については、現在、前項において述べたような取り組みを実施しているが、今回の事例の発覚により医療事故隠蔽体質の改善や公表のあり方に関しては取り組み方が不十分であることが判明した。また、医療事故の防止対策そのものについても更に改善を要する点のあることが考えられるため、以下のような改善策を策定した。以下、1) 医療事故の公表、2) 医療事故隠蔽に関する防止対策、3) 追加あるいは充実する医療事故防止対策に分けて述べる。

1) 医療事故の公表

- ①医療事故に関する公表基準の作成
- ②医療事故の公表に関する諮問機関の設置
- ③病院長の権限の強化

2) 医療事故隠蔽の防止対策

- ①医療倫理担当病院長補佐の任命
- ②医療事故防止に関する講演会の充実
- ③ダブルチェック機構の充実
- ④インフォームドコンセントとカルテ開示の徹底
- ⑤職員意見箱の設置 (提案箱)

- ⑥医療事故に関する懇談会の設置
- ⑦医療事故防止のためのカンファレンスの実施
- ⑧医療事故相談室の設置

3) 追加あるいは充実する事故防止対策

- ①インシデント及び医療事故報告体制の強化
- ②医療事故防止対策管理者育成プログラムの導入
- ③医療事故防止対策評価機構の設立
- ④主治医体制の改善
- ⑤治療チームの結成
- ⑥カンファレンス及び勉強会の実施
- ⑦誤用防止のための薬剤リストの充実
- ⑧オーダーエントリーシステムを利用した薬剤のチェック機構の充実
- ⑨治療プロトコルの作成・改善
- ⑩医療の標準化の充実
- ⑪リスクマネジメント担当看護婦長の活用

1) 医療事故の公表

① 医療事故に関する公表基準の作成

当院のリスクマネジメントは、「医療の全過程において発生する人身事故」を事故と規定して実行されているが、医療事故のすべてを公表するようにした場合、「転倒して尻にアザができた。」など公表にはなじまないケースもあると考えられるので、本院における「医療事故に関する公表基準」を作成し、これに合致する医療事故については、すべて病院長に報告するように義務づける。

② 医療事故の公表に関する諮問機関の設置

医療事故防止対策委員及び外部の有識者により構成する病院長の諮問機関を設置し、上記の「医療事故に関する公表基準」に合致する医療事故の届け出があった場合、専門委員会との連携のもとに公表の是非及び公表内容の範囲について検討する。

③ 病院長の権限の強化

リスクマネジメントに対する病院長の権限の強化を図り、医療事故等を速やかに公表できるように制度を整備する。

2) 医療事故隠蔽に関する防止対策

① 医療倫理担当病院長補佐の任命

医療事故を隠蔽させないためには、「医療事故に関する公表基準」の作成や「医療事故の公表に関する諮問機関」の設置のみでは充分ではなく、とかく医療事故を隠蔽する傾向にある医療人自体の基本的考え方を改める必要がある。このような医療倫理の確立のために、院長補佐制度を充実しリスクマネジメント体制のさらなる強化を図る。

② 医療事故防止に関する講演会の充実

従来より行っている医療事故防止に関する講演会では、医療事故防止対策と法律関係の内容が主体であったが、「事実の隠蔽は罪悪である」という倫理感を向上させるために、院内の会議等を活用し隠蔽工作が不当であることを訴えとともに、医療事故防止のための講演会の内容及び講師を検討して充実を図る。

③ ダブルチェック機構の充実

複数の医師、看護婦、薬剤師、及び医療にかかわるその他の職員が常に情報を共有することにより、医療事故を隠蔽することの不可能なシステムを構築する。

④ インフォームドコンセントとカルテ開示の徹底

インフォームドコンセントの徹底を図るとともに、カルテを患者本人に開示し、チェックしやすい体制を構築する。患者やその家族への病状説明をするときには、独善的にならないよう、講演会や院内の会議などにおいて職員を教育していく。

⑤ 職員意見箱の設置

患者の意見を聞くための投書箱については既に設置し、接遇や環境整備の改善のために役立てるとともに、改善がなされた事柄については外来ホールに掲示しているが、職員の意見を聞くための投書箱については現在のところ設置していない。そこで、職員が病院長に対して思ったことや事実を率直に伝えることが可能な雰囲気醸成するとともに、「職員意見箱」の設置により自由に意見を発表できる場を確保する。この際、意見は無記名とし、意見の発信者が特定できないように配慮する。

⑥ 医療事故に関する懇談会の設置

病院長と看護部長、科長と婦長・副婦長等の連携を緊密にし、話し合いを行うことにより情報を共有できる体制を構築するために、「医療事故に関する懇談会」を設置し、年6回程度実施する。懇談内容は、上記意見や医療事故等防止対策委員会からの提案事項のほか、出席者からも自由に提案できるようにする。

⑦ 医療事故防止のためのカンファレンスの実施

医員や看護婦などが科長、副科長、医局長、看護部長、婦長などに何事も安心して相談できるような相互の信頼関係を醸成するため、各病棟及び中央診療施設ごとに毎月1回、医療事故防止対策のための全員参加型のカンファレンスを開くことを義務づけ、その内容を病院リスクマネージャーから病院長に報告させる。

⑧ 医療事故相談室の設置

医療事故を発生させたこと、患者に真実を告げたこと及び医療事故を公表したことなどにより生じてくる当事者の精神的苦痛を、病院として支える体制を構築するため、精神科医、カウンセラー、外部の有識者などで構成する「医療事故相談室」を設置する。

3) 追加あるいは充実する事故防止対策

本件の経験に基づいて下記のような医療事故防止対策を追加あるいは改善することにした。その一部は「医療事故隠蔽に関する防止対策」と重複する項目もあり、また既に実施している項目もある。

① インシデント及び医療事故報告体制の強化

平成12年7月より、インシデント報告書及び医療事故報告書の書式を定め、インシデント報告書についてはリスクマネージャーから、医療事故報告書については担当者本人からの報告を義務づけている。インシデント報告に関しては医療事故等防止対策専門委員会において、また医療事故については医療事故等防止対策委員会において月に1度対策を検討している。インシデントについては毎月平均約100件の報告がなされ、医療事故防止対策の検討に役立っているが、インシデント報告の80～90%は看護部からの報告であり、医師からの報告書は、報告体制の発足後9ヶ月を経た今日でも依然として少数にとどまっている。

これは医師と看護婦における医療事故防止対策に取り組む姿勢の差によると考えられるが、今後は医療事故防止対策に対する医師の意識を抜本的に変革して行かなければならないと考える。

そのための方策として、リスクマネージャーを対象とした院内研修会の計画、あるいは全国的規模の研究会への参加を促進し、各診療科の指導医師層の教育、意識改革に努めることとするほか、医療事故等防止対策専門委員会への各部門のサブリスクマネージャーの参加やリスク担当婦長の導入に伴う医療事故防止対策のさらなる強化を検討する。

② 医療事故防止対策管理者育成プログラムの導入

病院長、診療科長、看護部長、婦長など責任ある立場の者に対し管理者としての能力と自覚を育成するプログラムを構築し実施する。

③ 医療事故防止対策評価機構の設立

本院の管理・運営等に関して恒常的に第三者の評価を受ける体制を構築するため、医療事故等防止対策専門委員会へ他病院のリスクマネジメント担当者に参加してもらう。

④ 主治医体制の改善

本件発生の重要な要因の一つに、一人主治医体制であったため誤った指示に対する医師間でのチェック機構が有効に作用しなかったことが挙げられる。平成9年8月に現教授が██████科教授に就任するまでは、研修医に対しては1人の指導医がつき複数主治医体制ではあったが、卒業3年目以降の医師については原則として主治医は一人体制であり、担当する患者（疾患）も医師の属する研究グループとは必ずしも関係なく決定されていた。

██████科には当時は██████グループ、██████グループ、██████グループ、██████グループの4つの研究グループがあったが、各研究グループのスタッフ医師（診療・研究の中心となる医師2～3名）以外では、██████グループの医師が██████病などの██████疾患を担当するようなこともしばしばであった。患者（疾患）に対する全体的な診断・治療の方針については、研究グループごとに当該患者を担当する主治医が参加して週1度（██████グループでは火曜日）のカンファレンスにおいて決定し、その決定に基づいて主治医が、診断、治療、患者及び家族への説明（インフォームドコンセント）などを実行する体制となっていた。この体制は、ある意味では若手医師の修業のためには有効に機能するとも考えられるが、診断、治療の実施に際しての誤りをチェックすることが極めて困難な体制であったと言える。

そこで、平成9年8月以降は、██████科においては、研究グループ及び経験年数を横断するかたち（各研究グループに属する若手及びベテランの医師を混在させたかたち）で2～3名の診療班を構成し、各診療班が10～15名の患者の診療を

担当する体制（複数主治医体制）とするように改善した。診断、あるいは治療方針の決定に当たっては、従来通り週1回の各研究グループのカンファレンスに当該患者を担当する診療班の医師（主治医）全員が参加して検討し、診断・治療に関する情報や決定事項をより多くの医師が共有するように努めるとともに、医師間におけるチェック機構が有効に作用するように主治医体制を改善した。

他の診療科における主治医体制について早急に調査し、一人主治医体制をとっている診療科に対しては、複数主治医体制をとるように指導する。

⑤ 治療チームの結成

治療に関係する各職員の治療内容に関する知識・理解が不十分であったことが、本件発生の重要な一因であった。

本院では高度先進医療を実施している関係上、種々の治療において文献に記載のない、あるいは極めて稀な副作用の発生する危険性の高い治療法を行わなければならないことも多い。稀な副作用や重篤な副作用に遭遇した場合には、当該診療科のスタッフのみによる診療には限界がある。その場合には、複数の診療科が協力して診療に当たることが必要となるが、従来よりある診療科の独自性が障壁となる面もあった。本件における██████████（██████████）██████████のも、この様な診療科の独自性が障害となったことは否めない。従って、高度先進医療を有効、かつ安全に遂行するためには、各診療科間の障壁を払拭しなければならない。このためには、複数の診療科が診療情報を共有する体制を強化しておくことが必要となる。また、各種職員間における診療情報の共有が、診療の有効かつ安全な実施に必要不可欠であると考えられる。

以上のことから、高度先進医療の遂行に当たっては、当該診療科の診療班に属する医師によるカンファレンスのみならず、複数の科の診療科長、指導医師、担当医師、看護婦、薬剤師などを含めた治療チームを結成し、診療に当たってはこの治療チームのカンファレンスにおける検討結果に基づいて担当医師が遂行することが必要と考える。

██████████に関して██████████科においては、既に昭和59年より██████████研究班医師、薬剤部、看護部、検査部、栄養管理室のメンバーが参加して██████████病治療チームが結成され、██████████患者の治療に当たって情報の共有化に努め、より効率的で有効かつ安全な██████████治療が行われている。その後、██████████科でも██████████に関しては平成4年9月より同様の治療チームを結成し、治療に当たっている。

██████████、██████████、臓器移植、その他の高度先進医療の遂行に当たっては、医療事故防止の観点からこのような各診療科医師及び各種職員により構成された治療チームを結成して、診療に当たる必要がある。そこで、医療事故防止対策の