

八王子消化器病院ニュース

第82号

医療法人財団 中山会

八王子消化器病院

— 患者様のための医療 —

〒192-0903 東京都八王子市万町 177-3

TEL : 042-626-5111

www.hachiojishokaki.com

制作 (株) 教育広報社

おおり

HACHIOJI DIGESTIVE DISEASE HOSPITAL NEWS



いよいよ始まります。

八王子消化器病院 病院長 小池 伸定

寒い季節が過ぎ、すっかり過ごしやすくなりました。私は、本稿執筆の傍ら短い春休みにもかかわらず宿題を抱える子供の手伝いをしていきます。江戸時代の生活に関するレポートです。約260年間続いた、その時代の文化・生活習慣は現在でも数多く残っています。一方、庶民は一日2食を基本としていました。また、一日は夜明けと共に始まり町木戸が開けられ、夜8〜9時には就寝し10時に町木戸が閉じられます。現代に比べ不便で、満足な医療もない時代ですが羨望を感じてしまいます。電気のない世界では、さぞかし夜空が美しかったでしょう。時は流れ文明の進歩により私達の生活は一変し、夜は明るくなり働き方も変わりました。

2019年に施行された「働き方改革関連法」では、建設業、自動車運転業、医師は5年間の猶予期間が設けられました。その後、2020年春に起きたCOVID-19のパンデミックな感染拡大により、医療者は昼夜を問わず緊張状態にありました。ようやく解放されたのも束の間、十分な準備ができていないまま2024年4月に始まったのが「医師の働き方改革」です。

長きにわたり医療者、特に医師には自分達が労働者である自覚が欠けていたと感じます。求めに対応するのが当然と思い、医師になった当初は術後の患者の側にずっと付き添っていました。そこから多くのことを学び、自分の財産であると思っています。

反面、勤務時間という感覚は、全くありませんでした。タイムカードもなく、起きて仕事をしたら寝る生活でした。経済大国となった我が国では「24時間戦えますか」のキャッチフレーズで、ジャパニーズビジネスマンのCMが流れ、働き続けることで幸福になれると考えられていた時代です。しかし、電通社員が長時間労働の末、うつ病を発症し自殺する等、次第にそれが問題として浮き彫りになりました。そして、過労死は残念なことに「Karoshi」として英単語にもなりました。これを背景に、一億総活躍社会の実現に向けた働き方改革がスタートしました。

長時間労働と過労死等は、一か月当たり概ね80時間を超える時間外労働に継続して従事した場合、その関連性が強いと判断されます。2018年の厚労省の資料では、病院勤務医の約4割が過労死ラインを超えて働いていることになりました。今回の働き方改革では、病院機能に応じて時間外労働の基準が設けられ、当院ではA水準(年間960時間)となります。これを受け、時間外労働削減のための取り組みを始めています。例えば、診療時間の短縮や会議等を日中に短時間で終わらせる努力をしています。病状説明も家族の方が揃いやすい時間帯に実施するように配慮してきましたが、現在は緊急でなければ日中に行うよう促しています。

働き方改革では、夜間当直の取り扱いが肝

となります。医療法において、病院には医師の宿直が求められます。大病院や救急病院等の夜間救急診療を行う病院では「業務」となりますが、軽度または短時間の業務のみの病院は「宿日直」とされ労働時間ではなく、勤務と勤務の間の休息となります。前者の病院では、連続勤務となり翌日に休ませる必要があるため、全体的に医師不足が生じます。また、病院・診療科によっては、夜間救急から撤退するケースも見られます。なお、米国では州により、予定手術の前夜に緊急手術があり医師が十分に睡眠を取れなかった場合、その旨を伝え手術を受けるか患者が決める権利があるそうです。

自己研鑽のように時間外労働の線引きが難しいものもあります。医療の質向上のためには、最新の知見・技術の習得、学会発表や論文作成が必要です。本人の意思によるものは自己研鑽ですが、上司の指示に基づく労働になります。私が「これをやっておいて」と軽はずみに言った場合は労働なのです。

日本消化器外科学会のアンケートでは、全国の医師数が増加の一途を辿る中、外科医の割合は減少しています。また、自分の子供に消化器外科医を勧めるかという設問に対し「はい(そう思う)」との回答は僅か14.5%でした。社会環境の変化により外科医を志す人が減り、現在の労働環境では次世代に引き継げないと感じていることが読み取れます。10年後、自分自身の治療が必要な時に手術治療を受けられない可能性もあります。医療政策は、国や医師会が中心となり改革を進めています。今回の働き方改革を機に国民の一人ひとりが自分の問題として捉え、双方向での議論が必要だと思います。

当院においても本制度の趣旨に沿って、医療の質と業務効率化とのバランスを踏まえた取り組みを進めて参ります。

院内探訪 2
~私たちの取り組み~

共につくろう「医療安全」②

医療安全管理室主任
医療安全管理者
小川 麻美

前号では、医療安全管理室の活動を中心にご紹介いたしました。今回は、医療安全管理体制のもう1つの柱である医療安全管理委員会について、ご説明いたします。

〔医療安全管理委員会〕

医療安全管理委員会は、各部署での安全管理の中心的な役割を担う「医療安全推進者」で構成されています。医療安全活動では、組織横断的かつ継続的な取り組みが重要となります。そのため、各部署を巻き込んだ病院全体での取り組みに医療安全推進者の存在が欠かせません。

医療安全推進者の役割は、各部署から提出される医療安全報告書の把握・医療安全管理室への報告、事例分析および対策立案・評価等です。また、医療安全管理委員会での決定事項を各部署で周知し、医療安全の啓発・教育をしながら、院内の安全文化の醸成を推進しています。

〔医療安全管理委員会の活動内容〕

医療安全管理委員会の主な活動内容は、以下の通りです。

- ① 医療安全報告書の内容把握および原因分析・改善策の立案
- ② 各部署に対する医療安全報告書提出の促進

- ③ 院内で決定された医療事故防止対策等の医療安全に関する事項の周知
- ④ 医療事故等の予防・再発防止に関する研修会の参加
- ⑤ 院内安全ラウンドの参加
- ⑥ 医療安全管理委員会の定期開催、全職員対象研修会の開催

〔医療安全報告書〕

医療安全活動は診療行為の一環であり、医療の質向上のためにも重要です。診療行為の過程で何等かの誤りが発生し有害事象に至った場合には、原因究明の後に再発防止策を立案し、実施・評価をします。そのため、医療安全報告書が事例把握に重要であり、再発防止・医療の質向上に繋がる前向きなものであることを全職員に周知し、提出の活発化を図っています。また、提出された医療安全報告書を全職員が閲覧できるシステムを整え、情報共有に努めています。

〔ワーキングチームの構成〕

医療安全管理委員会では、医療安全推進者が以下の4つのワーキングチームに分かれて活動しています。

- ① アセスメントチーム
- ② PDCAチーム
- ③ 広報チーム

④ 転倒・転落予防対策チーム
〔アセスメントチーム〕

アセスメント(事例分析)チームでは、医療安全報告事例の把握・分析、再発防止策の立案、アセスメント報告書の作成、各部署に対する周知を中心として活動しています。なお、事例分析に際しては、下表に示す「SHELモデル」を用いて様々な視点から検証しています。

S	Software (ソフトウェア)	手順書やマニュアル、規則など
H	Hardware (ハードウェア)	機器や機材、設備、施設の構造など
E	Environment (環境)	温度や湿度、照度など
L	Liveware (当事者)	インシデントに関与した本人
L	Liveware (当事者以外)	当事者以外のチーム、同僚など

が「SHELモデル」を用いて分析・改善策を立案した実際の事例について、ご紹介いたします。

荷物置き用籠のつかまり立ちによる転倒の防止対策

・事例内容

上部消化管内視鏡検査目的で来院した患者を検査前の血圧測定のために、血圧計に案内した。測定後、患者が荷物置き用の籠(車輪付き)に、つかまって立ち上がりようとしたところ、バランスを崩し転倒してしまつた。

・問題点

- ① 籠の設置場所
- ・ 籠は通路側に、はみ出した状態で設置され通行者が接触する可能性がある。
- ② 籠の仕様
- ・ 籠の車輪ストッパーは、4輪中2輪にしか付いていない仕様である。また、車輪が完全

・改善策

- ① 籠の設置場所の変更 [写真2:矢印①参照]
- ・ 籠の設置場所を血圧計の下へ変更した。
- ・ 籠に患者が接触した際、通路側へ飛び出ないように血圧計に固定した。
- ② 籠の変更 [写真2:矢印②参照]
- ・ 籠を車輪のない仕様のもので変更した。
- ・ つかまり立ちを回避するため、手元よりも低い籠を採用した。
- ③ 血圧測定用椅子の変更 [写真2:矢印③参照]
- ・ 血圧測定用の椅子を床接地面が横滑りしづらく、座面が回転しないものに変更した。
- ④ 血圧計の床接地面への滑り止め施工 [写真2:矢印④参照]
- ・ 横滑り防止のため、血圧計の床接地面に滑り止めテープを貼付した。
- ⑤ 受付機の車輪固定 [写真2:矢印④参照]
- ・ 血圧計に隣接する受付機の車輪ストッパーによる固定を徹底した。

写真1



写真2



(PDCAチーム)

PDCAチームでは、立案された対策が同様の例の再発を防止、安全に繋がらるものであるかをPDCAサイクル(下図詳細)を通して、評価しています。



更に、当院では独自の「セーフティ指数」を用いて以下の手順で評価を数値化し、立案された対策が再発防止に有効であるかを継続的に判断しています。

①立案した対策の業務上の実施頻度に応じて、評価日を決定する。

Table with 2 columns: 実施頻度 (Implementation Frequency) and 評価日 (Evaluation Date). Rows include 週1回以上 (3ヶ月後), 月1回以上 (6ヶ月後), 半年に1回以上 (1年後), and 年1回以上 (2年後).

②2回連続でセーフティ指数が80%以上の評価であれば、当該対策の経過観察は終了とする。

セーフティ指数の算出方法

Table showing safety index calculation method. Columns include 評価項目 (Evaluation Item) and セーフティ指数 (Safety Index). Rows list 対策の周知状況, 対策の実施状況, and 対策の現状調査 with their respective percentages.

(広報チーム)

広報チームでは、医療安全管理委員会の司会進行、院内報(RM)リスクマネ

ジメント通信)の定期刊行を中心に活動しています。RM通信には、各チームから提出された報告書や院内外の医療安全に関する啓発的な情報を掲載しています。

(転倒・転落予防対策チーム)

入院患者の高齢化等に伴い、医療安全報告書にて転倒・転落事故が増加傾向にあることを受け、2022年度に転倒・転落予防対策チームを発足しました。同チームでは、医療安全報告書の分析を行い、転倒・転落が発生しやすい環境因子等を抽出することから活動を開始しました。

抽出された問題点から、立案した予防策をご紹介します。

①パンフレット・ポスターの作成

転倒・転落事故が発生する要因の1つとして、履物の踵を踏んだ状態または、踵のない履物での転倒が挙げられました。そこで、同チームでは、パンフレット



上左右 転倒防止のポスター



ト・ポスターを作成し入院予約時に患者の皆様や、ご家族の方へ注意喚起を開始しました。

②転倒危険度自己診断テストの実施

入院患者の皆様・ご家族の方を対象に「転倒危険度自己診断テスト」を導入しました。これは、誰にでも転倒の可能性があるという考えに基づき、その危険度を医療者だけではなく患者の皆様にも一緒に理解してもらうための取り組みです。

③入院患者への協力依頼

転倒・転落事故防止の観点から、入院患者の皆様は協力を得るため各病室据え置きに「ベッドの高さ・柵の設置に関する依頼」や「日常生活動作・疾患に合わせた安静度」について明記しています。なお、患者の皆様は安静度区分を医療者が一目で分かるように、入院中に携帯する診察券ホルダーの紐を色分けしています。

④転倒・転落事故発生時の対応

予防策を講じていても、予期しない転倒・転落事故が発生することがあります。医療安全では「いつでも・誰でも・

どこでも転ぶ」という考えの下、転倒すること自体ではなく、転倒が大怪我に繋がることが問題であるとされています。当院では、転倒・転落事故が発生した場合に備えて「転倒・転落フローチャート」を作成し、医療者が統一した対応を取れる仕組み作りをしています。また、事故発生後に実施するカンファレンスの内容を統一することで再発防止策の立案に活かし、安全な療養環境の提供に努めています。

以上、医療安全管理委員会の活動内容等について、ご紹介いたしました。私が当院での医療安全管理に携わって、早10年になるうとしています。その中で感じていることは、医療安全管理には終わりが無いということです。そして、医療の安全を守っていくためには私達、医療者の安全意識の向上は勿論ですが、患者の皆様は協力を得て共につくっていくことが肝要です。当院の基本方針の1つである「安全・安心な医療環境」を提供し続けるために、これからも努めて参ります。

← 転倒危険度自己診断テスト



← 入院患者への協力依頼



失敗考

事務長 大津 行博

世の中には、信じられないような些細な失敗が原因となり、大事故に発展してしまうことがあります。年明けに発生した航空機同士の衝突事故は、大惨事として記憶に新しいところです。この事故の原因は、機器トラブル等のハード面ではなく滑走路への進入許可と停止位置について、機長と航空管制官が異なった認識をしてしまったという人為的なミスでした。一方、身近な例を挙げてみても、雨が上がった後の傘の置き忘れや「可愛いお坊ちゃんですね」「いや、娘ですけど」という失敗を一度は、経験されたことがあるかと思えます。私達の生活は、このような小さな失敗のうえに成り立っていると、言っても過言ではありません。そつつかしいサザエさんや、のび太君が長く皆に愛されているのも、誰もが共感できるところがあるからかも知れません。

あることも指摘されています。医療界に目を転じますと、1999年は、横浜市立大学の「手術患者取り違え事故」、都立広尾病院での「消毒薬の誤投与事故」等が相次いで起き、社会的にも大きな関心が集まりました。これを契機に医療安全対策の機運が高まり、厚生労働省に設置された医療安全推進室の主導による医療事故防止の諸施策が講じられました。これ等が後の医療事故情報収集等事業や医療事故調査制度に繋がっていったことから、この年は「医療安全元年」とも言われています。

同年、米国医学研究所(現・全米医学アカデミー)が公表したレポートのタイトルは、奇しくも「To Err Is Human:人は誰でも間違える」でした。このレポートは、広く医療者の安全に関する意識を高めた名著とされ、我が国でも翻訳出版されました。ここでは、医療事故は組織内で複数の要因が重なった結果生じるものであり、関与した人間に責任を負わせるだけでは何も解決しないことを提言しています。

私達は、何故間違えるのでしょうか。心理学の分野である認知心理学を基に失敗のメカニズムについて考えてみます。ここでは、人間の知覚、記憶、思考、言語、行動選択等の認知の働きを説明することを目的としています。分かりやすく言いますと、私達が日常生活において実際に実施できていることを対象にして、何故それができているのか(または何故それができないのか)を明らかにすることです。ここでは、人間の認知や判断、行動が関与することによって本来期待された結果ではなく、望ましくない結果(勘違い、やり忘れ等)が生じてしまうことを「ヒューマンエラー」と呼んでいます。

人間の行為や判断パターンには、2つの認知システムが関与していると言われています。1つは直感的、無意識な判断である「自動処理」、もう1つは慎重、意識的な判断である「制御処理」です。そして本来、制御処理をするべきところで自動処理をしてしまう(割り込んでくる)時にヒューマンエラーが発生するとされています。例えば、いつもと違うことをするとき、難しいことをするとき、急いでいたり忙しいとき、ぼんやりしているとき等です。なお、業務においては自動処理である熟練したスキルベース(無意識)の行動が最もエラーを起こしやすいのです。「慣れた頃が最も危険である」という言葉を耳にされると思えます。一方、制御処理では注意・意識を働かせるため、自動処理に比べて判断が遅くなり、容量や持続にも制限があります。そのため、これだけでは生活や業務が成り立ちません。

それでは、どのようにすれば失敗を減らすことができるのでしょうか。自動処理と制御処理の性質を踏まえて、以下のような人間の認知や行動の特性・限界(ヒューマンファクターといいます)を理解し、日々の生活や業務に活かしていくことが大切であるとされています。

(ヒューマンファクターの例)

- ・いつもと違うことをするとき、注意が必要となる。
- ・同じパターンが続くときは、注意が必要となる。
- ・思い込みは常にある。
- ・「大丈夫」ということばかりに目が向く。
- ・後でも出来そうだが出来ない。
- ・急いでいると注意を向けられない。
- ・同時に沢山のことに注意を向けられない。
- ・注意が向かないものは見えていない。
- ・同じことに注意を向け続けられない。
- ・繰り返し膨大な作業を行うと全体のバランスが分からなくなる。

先述のレポートのタイトル「To Err Is Human」は、18世紀の英国の詩人であるAlexander Popeの詩の一節であり「To forgive divine: 許すは神の心」と続くそうです。一方、同レポートの文中では、「but errors can be prevented: 但し、間違いは避けることが出来る」と続いています。そして、医療行為の標準的な基準を定めたり、医療ミスを報告するシステムを整備する等の適切な対策を講じることにより、医療事故を低減させることができるかと指摘しています。

今回は、臨床現場での永遠の課題ともいえる医療安全と、私達の身近な生活で起こる失敗について考えてみました。