

財 団 季 報



財団法人 循環器病研究振興財団

生活習慣病をめぐる国の動きについて

国立循環器病センター

予防検診部長 岡山 明



「健康日本21」は我が国の健康づくり活動の中でも目標を列挙する従来型から、数値目標を設定して、その達成度を評価する方式への転換が図られた我が国初めての取り組みです。2000年から2010年までの健康施策について具体的な数字を挙げて目標設定しています。主要9項目のうちのひとつである循環器病分野では、健康診断の受診促進、生活習慣の改善や治療による喫煙率および大量飲酒率、高血圧、高脂血症や糖尿病の有病率を低下させることで脳卒中や虚血性心疾患死亡の減少を目指しています。また医療分野では健康フロンティア戦略が打ち出され、脳卒中の死亡率低下などが数値目標として掲げられました。

平成15年には「健康日本21」推進のため健康増進法が制定され、喫煙環境が大きく変化し、喫煙率の低下に結びついたことは記憶に新しいことです。しかしながら健康日本21の実施主体として位置づけられている市町村の実施計画策定率は、5年たった現在でも5割程度にとどまっており、目標達成の基盤づくりが緊急の課題となっています。幸いなことに脳卒中や心筋梗塞の死亡率は引

き続き減少していますが、高血圧、高脂血症、糖尿病の有病率に改善は見られておりません。またこうした生活習慣病対策の柱の1つである検診受診率は男女とも6割程度にとどまっており、明らかな改善傾向は見られません。健康日本21や健康フロンティア戦略推進のための基盤整備としてあらたな生活習慣病対策が急がれています。

こうした中で生活習慣病対策が大きく見直そうとされています。昭和58年から職場での健康診断を受けられない40歳以上の住民を対象として、老人保健事業で基本健康診査を開始し全ての国民が健康診断を受診可能な仕組みが整備されました。しかし、前述したとおり国民生活基礎調査（平成16年）によると国民の受診率は60%程度にとどまっています。老人保健事業の発足から20年以上が経過し、国と地方との関係も見直されており、保健事業をだれが担うか、どのように実施するかについて今後のあり方が検討されています。特に年齢に応じて検診の目的や項目を整理すべきであるとの議論が昨年来行われており、65歳以上については介護予防を含む健康診断内容とし、老人保健

表紙絵：ウィルヘルム・ボイエルマン作「血管の流れ」。

作者は1937年ベルリン生れ、心臓に関する詳細な図録をみて触発され、独自の芸術的イメージを展開した作品。

福祉局が引き続き実施する事となる見通しで、費用は介護保険でまかなう方向で議論されています。

生活習慣病予防の最も重要な年齢層である65歳未満を対象とした生活習慣病予防のための健康診断については項目や実施方法を含め厚生労働省健康局で検討することとなり、同局の「生活習慣病の健康診断と保健指導のあり方検討会」では下記の論点を中心に議論が進められています。

1. 検診実施後の保健指導が十分実施されていない。

健康診断の実施が生活改善に必ずしも結びついていない。その結果健康診断の活用が不十分であり、今後は健康診断と保健指導の一体的な実施が必要である。受診者全員を何らかの保健指導に結びつける体制作りが必要である。

2. 検診未受診者が40歳以上の国民の40%程度存在する。

受診率を高めるためには検診の項目、実施方法を含め、できるだけ多くの国民が受診しやすい方法を開発して、生活習慣病ハイリスク者のスクリーニングに結びつけるべきである。

3. 保健指導の有効性を担保する制度が必要である。

保健指導が効果的に実施されるには、方法の開発とともに有効性を担保するため、プログラムの開発、実施効果の評価制度や人材育成制度を整備するとともに、民間活力を活用して実施すべきである。

4. 保険者機能を生かした健康作り政策を展開

する。

国民健康保健、政府管掌保険、組合健保などの地域別連合体（都道府県保険者協議会）を中心とした健康作りを行う。こうした保健事業の財源は健康保険から支出すべきではないか。国民健康保健では平成17年より国保ヘルスアップ事業として市町村保険者としての保健事業の本格的な実施が始まっている。

こうした健康局の動きは平成18年に国会提出予定の医療保険法改正とも連動しています。厚生労働省では高齢化と共に増加し続ける医療費に対して生活習慣病予防を積極的に実施することにより、長期の医療費削減効果が期待されるとして、生活習慣病対策を医療保険改正の目玉として取り上げる可能性が高いものと思います。今後は保健分野と医療分野の役割分担を整理して、より効果的な生活習慣病対策の構築が求められています。

循環器病センターは、生活習慣病対策を担うナショナルセンターとして、生活習慣病予防のエビデンスの構築と情報発信に更に力を注ぐべきでしょう。予防検診部では健康診断の有効性については都市部住民を対象としたコホート研究によってエビデンスを明らかにしていきます。また健康診断でスクリーニングした生活習慣病ハイリスク者に対する効果的な支援の仕組みの開発と普及・人材育成について我が国の中心的な役割を果たすべきと思います。更に生活習慣病の二次予防、三次予防など循環器病の入り口から再発予防まで、エビデンスの構築に取り組むと共に、広く国民に情報発信出来る仕組みの整備に取り組むべきと思います。現在循環器病センター将来構想の中で検討されている「生活習慣病センター」が果たすべき役割はますます大きくなるものと思います。

平成17年度研究助成対象者決まる

1. 公募研究助成（自由課題）

循環器病に関する臨床、予防・疫学、基礎の分野に対する自由課題の研究助成で、今年度は全国から91件の応募があり、6月17日の選考委員会において次の10名が選考された。

100万円×10課題

研究者	所属機関・職名	研究課題
江頭 健輔	九州大学大学院 循環器内科 講師	単球選択的機能抑制による動脈硬化病変の画期的治療法開発 — ナノカプセルによる選択的単球ターゲティングの探索研究 —
大藏 倫博	筑波大学大学院 人間総合科学研究科 講師	メタボリック・シンドロームを呈する肥満者の減量効果と肥満関連遺伝子多型との関連
小室 一成	千葉大学大学院医学研究院 循環病態医科学 教授	成体心筋幹細胞の心筋細胞への分化機序および誘導因子の解明
阪本 英二	国立循環器病センター研究所 バイオサイエンス部 室長	ヒト拡張性動脈硬化病変の発症、進展に関わる ephrinB1/EphB2系の役割に関する研究
竹下 聡	国立循環器病センター 心臓血管内科 医長	病院設置型微小血管造影装置を用いた糖尿病性末梢神経障害の発生機序に関する検討
立石 敏樹	独立行政法人国立病院機構 函館病院 診療放射線科 技師	核磁気共鳴診断装置（MRI）を用いた撮像時間短縮と冠動脈描出能向上に関する基礎的研究
中邨 智之	京都大学大学院医学研究科 先端領域融合医学研究機構 助教授	動脈弾性板・弾性線維の再生の研究
堀内 久徳	京都大学大学院医学研究科 循環器内科 助手（院内講師）	抗血小板療法効果判定法開発のための前向き研究 Anti-Platelet Therapy Effectiveness Study（APTEST Trial）
矢坂 正弘	国立病院機構九州医療センター 脳血管内科 医長	発作性心房細動や卵円孔開存に伴う脳梗塞の病態に関する研究
和田 啓道	国立病院機構京都医療センター 展開医療研究部 研究員	脂肪由来エンケファリン、セロトニンとメタボリックシンドローム心血管合併症の予防・疫学に関する検討

2. 循環器疾患看護研究助成

循環器病の看護に関する自由課題の研究助成で、今年度は6月21日開催の選考委員会で次の9名が選考された。

30万円×2 課題

研究者	所属施設・職名	研究課題
川口 桂子	国立循環器病センター SCU 看護師長	SCUにおけるクリニカルラダーの構築
高取 美穂	国立循環器病センター 手術室 看護師	小児開心術の特異性から考える手術室器械出し看護師の役割

20万円×7 課題

研究者	所属施設・職名	研究課題
木下 律子	国立循環器病センター 8階東病棟 副看護師長	新人看護師の自己教育力と看護職アイデンティティの関連性に関する研究
坂元 正和	国立循環器病センター RI診断治療科 副看護師長	AED（自動体外除細動器）使用に対するコメディカルの意識調査
谷 恵美子	独立行政法人国立病院機構 函館病院 看護師長	橈骨動脈より行う心臓カテーテル検査後の不安、苦痛緩和への試み —止血器具変更と模擬体験の導入—
谷 有紀子	国立循環器病センター 8階東病棟 看護師	循環器内科病棟に配属された新人看護師に対する現場教育における自己効力感が高まる関わりに関する研究
柱谷 久美子	国立循環器病センター 7階東病棟 看護師	植え込み型除細動器（ICD）装着患者への指導の検討 —意識消失発作の有無に関する理解内容の相違の調査を通して—
松岡 里佳	独立行政法人国立病院機構 善通寺病院 看護師	急性期病棟における脳血管障害患者の早期からの関節可動域訓練 —1日1回のみのアプローチを試みて—
森 裕子	国立循環器病センター 手術室 副看護師長	心臓血管外科・脳外科手術における針刺し・切創事故の要因について

3. バイエル循環器病研究助成

バイエル薬品株式会社から寄贈された基金による指定分野の研究助成であり、今年度は「心不全の治療」の分野で4名が選考された。(詳細は下記) (250万円×4課題)

バイエル循環器病研究助成

—第13回研究助成対象者決まる—

第13回は「心不全の治療」のテーマで全国公募により課題を募集したところ34課題が申請され、選考委員会による厳正な審査の結果、約8.5倍の難関を突破して下記の4名の研究者への助成が決定された。

贈呈式は、去る、7月12日千里阪急ホテルで挙行され、研究者は財団副会長をはじめ列席者から激励を受けた。

研究課題1：「ミトコンドリアDNA保護によるレドックス制御を介した新たな心不全治療戦略の構築」

井手友美（九州大学大学院医学研究院循環器内科特別研究員）

研究課題2：「生体組織工学を用いた重症心不全への遺伝子・心筋幹細胞ハイブリッド移植療法の開発」

王 英正（京都大学医学部附属病院探索医療センター助教授）

研究課題3：「虚血性心不全に対する内皮細胞導入細胞シートを用いた再生医療」

清水達也（東京女子医科大学先端生命医学研究所講師）

研究課題4：「筋小胞体カルシウム放出チャネル（リアノジン受容体）に内在するチャネル安定化ドメインの解析とその治療応用」

山本 健（山口大学医学部器官制御医科学循環病態内科助手）



去る6月30日、国立循環器病センター新館講堂において、当財団の平成16年度循環器疾患看護研究助成を受けた看護師の方々による研究成果の発表が開催された。

この発表会で、当財団の菊池理事長による特別講演が行われた。今日の医療に求められている問題についての非常に広範囲にわたるスライドを用いての講演であったが、このうち「医療機関における医療安全対策」の部分はその重要性に鑑み特に加筆して頂き掲載することになった。

なお、菊池理事長は、平成11年に横浜市立大学病院で起きた患者取り違え事故に関連して厚生省に設置された「患者誤認事故防止方策に関する検討会」の座長（当時、国立循環器病センター総長）として報告書をまとめられました。

循環器病疾患看護研究助成 研究発表会

特別講演

「医療機関における医療安全対策」

財団法人 循環器病研究振興財団

理事長 菊池晴彦



1. 最近、医療事故が相次いで報道され、医療の安全性の向上と信頼性の回復が大きな社会問題となっています。

医療機関での医療安全対策が医療行政上の重大課題となり、厚生労働省では色々な検討会や研究会が開催されました。特に、平成13年5月から設置された医療安全対策検討会議では、医療の標準化や医薬品医療用具の安全管理体制まで含めた広範な検討が行われ現在も続いています。

平成14年7月に、それまで12回の会議を踏まえた「医療安全推進総合対策」が発表されました。そのうち医療機関の講じるべき対策が「アクションプログラム」として各医療機関に送付されました。それを要約するとスライドのとおりです。

医療機関が講じるべき医療安全管理対策 (厚生労働省「医療安全推進に関するアクションプログラム」より)

- (1) すべての病院および有床診療所が取り組むべき事項
 - 医療安全管理のための指針の整備
 - 事故等の院内報告制度の整備
 - 医療安全管理委員会の設置と開催
 - 安全管理のための職員研修の開催
 - なお、無床診療所は上記を参考に安全対策を講じるように勧奨
- (2) 特定機能病院および臨床研修指定病院が取り組むべき事項
 - 医療安全管理者の配置（特定機能病院にあっては専任とする）
 - 医療安全管理部門の設置
 - 患者の苦情や相談のための窓口の設置

医療機関の講じるべき対策が「アクションプログラム」として各医療機関に送付されました。それを要約するとスライドのとおりです。

医療安全の確保は、従来医師を中心とする医療従事者個人の責任において行われてきました。しかし、今日の医療は個々の医療従事者からバラバラに提供されるものではなく様々な職種からなる組織とそれを運用するシステムにより提供されています。このため、このアクションプログラムは、

個人的個別的取り組み方策にとどまらず、医療機関全体で医療安全のための体制整備を行い、適正な組織管理を行う考え方を基本として、具体的にはこのような指針、報告制度、委員会の設置を指示しています。

2. いうまでもなく、医療は本来患者と提供側である医療従事者・医療機関との信頼関係の下で、患者の健康回復を最優先として行われるべきものです。そのため、リスクマネジメントの体制整備を論ずる以前に、そもそも患者を主体とした医療が行われ信頼性が維持される医療施設としての基盤ができていなければなりません。

それらを事項別に列挙すればスライドのとおりです。

もちろん、これらのより一層の充実は、医療安全の推進のためにも大きく寄与します。

リスクマネジメント体制づくり以前に 医療施設として満たしておくべき要件

- (1) コミュニケーション
- (2) 医療の透明性と説明責任
- (3) インフォームド・コンセント(IC)
- (4) 医療の質の追求
- (5) 経済基盤の確立

3. 医療機関のコミュニケーションで最も大切なのは、医療従事者（特に、医師・看護師）と患者・家族との対話です。医療は、医療従事者と患者・家族が協力してともに傷病を克服することを目的とするものであり、対話によって医療内容に対する患者・家族の理解が進み、相互の理解が深まり情報が共有され患者の医療従事者に対する信頼感が生じます。さらに重要なことは、医療従事者側は的確な患者の観察や病状の理解を通して起こりやすい危険が予測でき、事故を未然に防止する鍵となります。患者とのコミュニケーション以外にも、関連部署間とのコミュニケーションも重要です。

関連部署間のコミュニケーションが重要

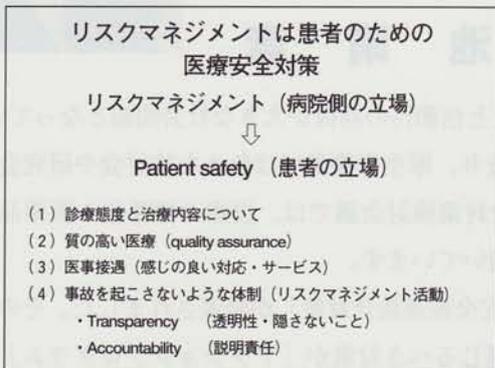
- ・医療従事者-家族間の連携
- ・医師-看護師間の連携
- ・医師-薬剤師間の連携
- ・医師-医師間の連携（紹介医師との連携、担当医同士の連携、他科医師との連携など）
- ・薬剤師-看護師間の連携
- ・paramedical部門との連携
- ・医療機関-医療機器等メーカー間の連携

関連部署のコミュニケーション不足により、医療事故、医療不信→医療訴訟となることがある。家族などバックグラウンドも考慮してインフォームド・コンセントも含め、よくコミュニケーションをとることが重要である。

医療機関においては、多様な職種や部門が存在し、チームで医療を行っています。

安全な医療の提供のためには、部門、職種の違いや職制上の関係を問わず、相互に率直な意見交換をし、情報を共有しておくことが重要です。

4. リスクマネジメントは、もともと産業界で事故の未然防止対策として用いられた経営管理手法で、1970年代から米国で医療分野に導入されました。



産業界でのリスクマネジメントは事故による経済的損害を最小限に食い止めることを主たる目的としますが、医療分野での目的は、医療に内在するリスクを管理し、いかに患者の安全を確保するかを目的とします。後で述べますが、米国ではこのような目的でのリスクマネジメントをしない病院は一定の制裁措置を受けます。

リスクマネジメントを真摯に実施しようとするれば診療態度と治療内容など病院の医療のあり方を改善せねばならない面が出てきます。

てきます。

医療には不可避的なリスクが内在します。医師をはじめ医療従事者が医療の安全を確保するためには、正しいデータや知識に基づいて医療行為のリスクを認識するとともに、患者の症状や特徴に応じたリスクも常に予測した医療行為が求められます。そのためには、患者との対話を大切にする診療態度やよりの確かな診療内容が求められます。このことは、質の高い医療の追求や接遇の改善などに繋がって行きます。また、医療の透明性や説明責任をきちんと行うことは事故を起こさないような体制作りにつながります。

5. 大規模な病院（特定機能病院および臨床研修指定病院）で置くべき医療安全管理体制として先に述べた厚生労働省のアクションプログラムが指示しているのは次のとおりです。
- ① 医療安全管理委員会 …… 安全対策の方針決定
 - ② 医療安全管理部門 …… 委員会の方針に基づき病院全体の医療安全管理を担当する 部門 (医療安全対策室など)
 - ③ 医療安全管理者 …… 病院全体の医療安全管理を担当する 者 (担当部門の長または専任者)
 - ④ 医療安全推進担当者 …… 部署単位での安全対策を推進する者

これらの組織は、いわゆるリスクマネジメント（組織的な事故防止対策）を行うのであって、起きてしまった事故の処理を行う組織ではありません。

しかし、事故調査委員会は常設的な組織ではないので重大事故の場合は直ちに医療安全管理委員会で採り上

げ、その事故のための「事故調査委員会」の必要があれば医療安全管理委員会が院長に答申して設置されることとなります。さらに、医事紛争や医療訴訟になれば、管理部門が専門家と相談して対応することになります。もちろん、医療安全組織は再発防止対策の立場から起きた事故の情報を収集し、原因分析を進め事故防止マニュアルの見直し等を行うのは当然です。

リスクコントロールを念頭においた
リスクマネジメント体制

- 医療安全対策組織（リスクマネジメント組織）をしっかりとける
- (1) 医療安全対策（事故防止対策）→医療安全対策室
（この部分がいわゆるリスクマネジメント体制で、以下の業務は別組織で扱う）
 - (2) 事故調査委員会 →院長・第三者
 - (3) 医療紛争処理 →担当弁護士
 - (4) 院内職員、面会者の事故、その他 →それぞれの担当部署

6. 先程お話ししたとおりリスクマネジメント手法の医療分野への導入はアメリカから始まりました。当初は医療事故や医療訴訟の多発による病院の経済的損害を最小限に食い止めることを主眼とする管理でしたが次第に事故防止のための病院環境の改善、患者サービスの向上へ拡大していきました。

一方、アメリカでは医療の過程や結果を評価、改善して行くクオリティアシュアランス（医療の質の保証）

アメリカのリスクマネジメント	
運営・管理系	リスク・マネジメント
医療専門職系	クオリティ・アシュアランス
上記二つの活動をしていない	
病院の免許が州政府から出ない	
メディケア（65才以上の社会保険）の医療費受けられず	
医師	
2年に1回医師免許更新	
生涯教育	100単位中10単位をリスクマネジメント分野からとることが義務化
リスクマネジメント活動に取り組んだ医師の保険料を割引く	
インシデントレポート：医療裁判に際し情報開示対象外	

活動が重視されており、近年ではこれら二つの活動は包括的に把握されるようになり、これらの活動をしていないと病院の免許が州政府から出ないまた、連邦政府のメディケア（高齢者医療保険）の適用が認められません。

医師は、2年に1回医師免許の更新をして、生涯教育の100単位中の10単位をこの分野から取ることを義務化されています。ここまでは日本のほうが厳しくないように思います。

特典としては、医師は個人的に民間の医師賠償責任保険に加入していますが、リスクマネジメント活動に取り組んだ医師には、

保険会社が医師の保険料を割引きます。

「インシデントレポート」という言葉が出ていますので、ここでその説明をしておきます。

医療安全対策は、「医療事故（アクシデント）」の発生防止を目的とします。「医療事故」とは、医療にかかわる場所で発生する人身事故一切を含みます。したがって廊下で転んだ場合のように医療行為とは直接関係ないものも含みます。また、患者ばかりでなく医療従事者が被害者である場合も含みます。

このような事故につながる可能性のあるミスがあったが、患者等に影響が及ぶ前に発見され防止した、或いは結果として患者等に被害を及ぼす事故に至らなかったという行為や事柄を「インシデント」と言います。

「インシデントレポート」は、このような「ヒヤリ・ハット」した事例が発生したとき、医療安全対策組織に報告し、事故防止対策の検討材料とすることです。

アメリカでは、医療裁判に際し、その病院のヒヤリ・ハット情報については開示義務はありません。

7. 医療安全対策は、医療事故の発生を未然に防止することを目的としますが、ここで医療事故となる要因を整理すると人に由来するものと医薬品・医療機器など物の欠陥に由来するものに大別されます。また、人に由来する事故要因は、個々の医療従事者によるミスとチームによる仕事の仕組みや進め方のミスに分けられます。

これらの人的ミスには、行為者の意識から分けるとエラーとルール違反があります。

エラーは、行為者自身が意図したものではないが事故または事故に発展する可能性のある望ましくない行為です。

エラーのすべてが事故になるわけではなく、また医療が人間により行われる限りエラーをゼロにすることは

「エラー」と「ルール違反」の例		
失敗の種類	医療における失敗の例	ドライバー失敗の例
エラー	<ul style="list-style-type: none"> 同姓の別の患者と思いきんで誤投薬 患者に使用した後の注射針を指に刺した 	<ul style="list-style-type: none"> 考えごとをしていて、信号に気づかず交差点に進入 凍結した道路で、思わず急ブレーキをかけてスリップ
ルール違反	<ul style="list-style-type: none"> 「血液型は2名以上で確認する」ルールを守らずに一人で輸血 「指示は書面で受ける（口頭指示はしない、受けない）」ルールだが、急ぐので電話の指示で与薬 	<ul style="list-style-type: none"> 追い越し禁止の道路と知っていたが、急ぐので追い越した 飲酒したが、「このくらいなら大丈夫」と運転して帰宅

困難です。しかし、可能な限り起こりにくくすることやエラーが発生しても事故に結びつかないようにコントロールすることは可能です。個々の医療従事者の努力が重要であることはもちろんですが、そのみに依存するには限界があり、組織的な取り組みが必要です。それが、リスクマネジメントです。

ルール違反は、法令や、所属医療機関の規則、事故防止マニュアルさらには明文化されていないが職場の安全対策のための作業手順申し合せ、慣行などに違反して行われるミスで、違反と知りながら行われることが多い。

リスクマネジメントの最も多い活動は、事故情報・インシデント情報を収集分析して事故防止マニュアルなどで原因行為禁止をルール化し、これを徹底することです。ルール違反の多発は医療安全対策の形骸化を招来します。

8. こういうミスをしやすい人間のタイプがあります。

Error of omission	やるべきことをやらない (ボケ型)
Error of commission	やってはいけないことを やってしまった (ドジ型)
対策	ボケ型:メモ、チェックリスト、マニュアル ドジ型:一呼吸おく、頭で理解する、 指差呼称

error of omission というのはボケ型と言われますが、やるべきことをやらない。

error of commission というのはドジ型と言われていますが、やってはいけないことをやってしまう。人は自分がどちらのタイプであるか、ある程度自分でもわかっているものです。

対策は、ボケ型はメモとかチェックリスト、マニュアルがいるわけです。ドジ型は流れ作業のようにトントンやらないで、ひと呼吸おき、なんでこれをするのかということを一回頭の中に入れることが大事だといわれます。電車の指差呼称などはこのドジ型のミスを防ぐためにやっているようでもあります。

9. 医療事故の原因を検討する場合、次のような分類をするとわかりやすい。

医療事故の原因検討
医療事故の原因を検討する場合、次のような分類をしておくとうわかりやすい。
<ul style="list-style-type: none"> 療養上の世話の事故（転倒・転落、誤嚥、熱傷、抑制中の事故、自殺、無断離院など） 医師の指示の間違いによるもの 医師の指示後の業務事故（薬剤事故、看護事故など） 医師のcareless miss によるもの 医師の裁量ミス（mal-practice）によるもの その他（合併症など）

みなさんも、いろいろな事故の検討をやっておられるだろうと思いますが、この療養上の世話の事故、転倒・転落など、私のところの病院（神戸市立中央市民病院）でも毎日のように起こっていて、ヒヤヒヤしています。

それから指示の間違い。これらは医師が気をつければ当然直ることで

す。指示後の薬剤事故、看護事故。この悪い指示があった場合は、私のところでは後で述べますが、インシデントレポートを医師に書いてもらうことにしています。

医師のケアレスミス、裁量ミス。これもよくあることです。

10. このごろ、このセンターでの事故は、ほとんど聞きませんので、みなさん随分よくやっておられるのだらうなと感心していますが、私のところでは毎日のように小さなことが起こりますし、月に一度は大きな問題が起ります。

最近の医療は、チーム医療として集団でやるわけですが、この集団の特性としてプラス面とマイナス面があります。

集団の特性
プラス
多様な見方
ダブルチェック
マイナス
集団的浅慮（集団規制）
同調行動
責任分散

プラス面としては、多方面から見方が出来ていること、ダブルチェックが出来ることでミスを早期に気づき事故を防げることです。それはよいのですが、チーム医療をやっていると、集団的な浅慮とか行動が同調に流れてしまう。責任が分散するというマイナス面もあると言われています。

この点は気をつける必要があります。

11. 職員の知識の程度、経験の長短により、医療安全の取り組みの内容に違いがあることを考慮する必要があります。

4月になるとだいたい小さなミスが多いのはどこの病院でもそうであろうと思います。

新人の課題

1. 知識・技術を身につける
2. メンバー内での常識とされていること、行動パターン、人間関係、コミュニケーション等を学習する

ベテランの落とし穴

1. 慣れからくる思いこみ
2. 学習の般化、新しい学習の抑制

新人が入ってくるからでありまして、早く知識技術を身につけてもらう必要があります。それから、メンバー内でも常識にされていることとか行動パターン、人間関係とかいうことがわからない。そのためには、マニュアルとかいろんな指導がいるわけですがけれども、特にコミュニケーションの学習をさせなければいけません。

ベテランは、ベテランで慣れからくる思い込みがある。今までやっていることが頭の中に入ってしまったして、新しいことが入らないということがあがるようです。こうした点は、自ら気をつける必要があります。

12. 先にお話したとおり、院内で発生した事故やインシデントの情報を収集分析し事故防止に役立てることは、リスクマネジメントにとってたいへん重要です。

この情報をどのようにして収集するかは、医療機関によって違いがあると思いますが、先ず職員からの報告がなければなりません。重要性の高低で職員が判断に迷うこともあるので、できれば、報告すべき項目を明確にして義務付け、報告のルートとタイミング（速報か定期報告か）をあらかじめ定めておくことが望ましいでしょう。

以下、私のところの病院での、安全対策の現状と問題点を中心としてお話しします。

事故報告書を担当科からも提出を！

事故報告書のうち、重大事故の場合には臨時医療安全管理委員会を開催して、必要があれば「事故調査委員会の開催」の必要性を院長に答申している。
なお、担当科以外（たとえば看護部等）から提出された事故報告書のみをよりどころとして、医療安全管理委員会を開催するわけにはいかないので、担当科から事故報告書が提出されていない場合には担当科に提出を促して、早急な対応での事故報告書提出に協力してもらう。常に、「入院患者については、担当科が責任をもつ」と認識をもつことである。

医師にわかりにくい指示がある場合、インシデント報告を

入院患者の治療の際、医師によるわかりやすい指示は基本である。わかりにくい指示があれば、すぐにわかりやすいものに書き変えさせることが必要である。医師のわかりにくい指示にぶつかり、わかりやすいものに書き変えられなかったときには積極的にインシデント報告書を提出してもらう。インシデント報告書は報告者の名前を削除するなどしてできるだけ個々の事例を特定できないような形で、リスクマネジメント小委員会あるいは担当科部長に送られて、改善が図られるようにする。

事故報告書のうち重大事故の場合は臨時安全委員会を開き、必要あらば事故調査委員会に報告する。これも外部の人を入れなきゃいけないこともあって、なかなか大変です。インシデントレポートを看護師さんばかり出して医師が出さないのはどこの病院でも同じ傾向だろうと思います。医師のわかりにくい指示がある時はインシデント報告をしようと言われていまして、私のところもこれをやれと言っていますがなかなか実行に移されません。わかりにくい指示はすぐわかりやすいように書き変えさせることが必要です。医師がわか

りやすいものに書き変えなかったら積極的にインシデント報告を出してもらう。これをやるとかなり医師は不愉快のようですが、少しは減ります。

13. 医師と看護師の現場での意見の違いというのは毎日のように起っています。

単位の書き違えとか倫理的に許されないような指示を出す。だいたい看護師さんの方が正しいです。

それから診断、治療をめぐる判断。これは、知識や技術不足による見落としやミス、患者情報の不足による判

許容できない指示または誤り	単位の書き間違いなど単純ミス 法的または倫理的に許容されない指示
診断・治療をめぐる判断	知識や技術不足による見落としやミス 患者情報の不足による判断ミス
倫理的問題をめぐる判断	医師の判断が患者本人の意向に反している場合 2つ以上の価値が衝突し、判断に迷う場合 医師の判断が看護師の価値観に反する場合

断ミスなどです。

倫理問題をめぐる判断。医師の判断が看護師さんの価値観に反する場合ということもあります。たいていははっきり言ってくれる看護師さんもありますけれども、なんとなく遠慮するということがあります。こういう時には必ず言いに来いと私は言っています。たいていの場合医師が悪いのです。

14. インフォームド・コンセントが足りないというのは、これはインシデントに捉えましょうということになっています。

「術前にinformed consentを得るのが必ずしも十分ではなかったのではないか」という事例をときどき耳にするが、そのような場合、すなわち、予定どおりの治療経過であっても多少でも患者に不安を与えたとされる場合には、積極的にインシデント報告書を提出してもらおう。

ています。

十分ではなかったのではないかという事例がある時には患者に不安を与えているわけですから積極的にインシデント報告を出すべきです。こういうことをやると医師が出すインシ

デント報告はかなり増えてくるだろうと思います。

15. わかりにくい指示記載があった時に直ちに注意できる文化を育てなければいけない。黙って辛抱しない。この指示の読みにくさについて事故防止のため注意を喚起することが必要です。それを注意したら“ありがとう”と言えるような文化にしないとイケない。これがなかなか難しいことです。頑固な医師がいます。私の病院でも常にトラブルが起っています。なんとかこういう流れにしようと思っています。

医師の指示表に判読しにくい記載があったときには看護師でも「ただちに担当医に注意できる」“文化”を育てよう

日常診療の中で、看護サイドで指示、照合、予薬の再確認を行っているが、ときには医師の指示記載において誤字、読字不能のためのミスが起りそうなることがある。その際、看護サイドでは医師に対し、人によっては注意しづらい場合があるとのことである。そのような場合、できるだけタイムリーに、当該部署の主任、師長をとおしてでも担当医師に「指示の字の読みにくさ」について注意を喚起することが必要である。そのような場合、注意された医師は率直に注意してくれた人「ありがとう」と言える謙虚さを持ちたい。

16. 病院全体の業務を100とすると医師が行う診療は30くらいと言われています。他の70は、診療支援のスタッフが

「医師は、医療及び保健指導を掌ることによって公衆衛生の向上及び増進に寄与し、もって国民の健康な生活を確保するものとする。」 医師法第1章（総則）第1条「医師の任務」より
医師に求められるもの
病院業務は医師だけではやっていけないことは明らかである。病院全体の業務を100とみると、医師が直接行う診療は30くらいであろうか。他の70は診療を助けるための支援である。看護業務、薬剤業務、管理業務、医療保険業務など、多くの人々の支援を受けて診療が成り立っているのである。医師が病院の中心であるがゆえに医師に求めたいのは、これら支援グループに対する思いやりである。医療従事者全員が患者さんに対する思いやりを要求されるように、医師は医師以外の職種の人に対して思いやりをもってほしいと思う。21世紀に病院が生き残るためには、各組織の職員が病院への帰属意識と危機感をもって困難を克服しなければならない。医師は病院内でかなり自由と権限を与えられているが、それゆえに思いやりをもってよい医療チームをつくってもらいたいと願うわけである。医師の一つの思いやりが十の効果を生むのである。社会も医師には特別な権限を認めている。しかしそれに伴う責任の重大さに医師一人ひとりが気づいてほしいと思う。医療の質がますます問われる時代になる。医師諸氏の配慮と頑張りを期待したい。

が行っており、内のほとんどは看護師さんがやっている。ただ、医師はやっぱりこのチーム医療のリーダーですから、医師が悪いとあとどんなにかバーしても患者さんになかなか良い印象を持ってもらえない。

医師は、自分の担当する患者に対して看護師その他のスタッフが実施した行為についても、自分が最終的な責任を負っているのだという心構えで診療に望むとともに、安全な医療の提供のためには、スタッフや患者が医師に気軽に診療の内容について確認

できるような雰囲気作りにつとめ、職種の違いをこえて相互に意見を交しあうことが重要です。

17. 新しい病院をつくるために昨年アメリカの病院見学に行きました。宇宙センターのNASAを通った時に、こういうことが書いてありました。うちの病院にもこれが掲げてありまして、失敗はしないという心構えを伝えております。

**Failure is not
our option**

NASA

知っておきたい
最新号ご紹介
循環器病あれこれ



	タイトル	著作	発行年月日
50	心臓リハビリテーション入門 —社会復帰・再発予防・快適な生活のために—	国立循環器病センター 心臓血管内科（リハビリテーション治療科） 医長 後藤葉一	2005年5月1日
51	心臓手術はどれほど「安全・安心」ですか？	国立循環器病センター 副院長 八木原俊克 心臓血管外科医師 石坂 透	2005年7月1日
52	足の血管病 その検査と治療	済生会熊本病院 心臓血管センター 副部長 西上和宏	2005年9月1日

循環器病研究振興財団へのご寄付

平成17年4月から平成17年8月までにご寄付を頂いた方々のご芳名を記し、心より厚くお礼申し上げます。（なお、敬称は省略させて頂きました。）

糸満英和 川崎アサ子 霜村昌人 金山栄二
馬場健一 奥澤尚江 高梨年

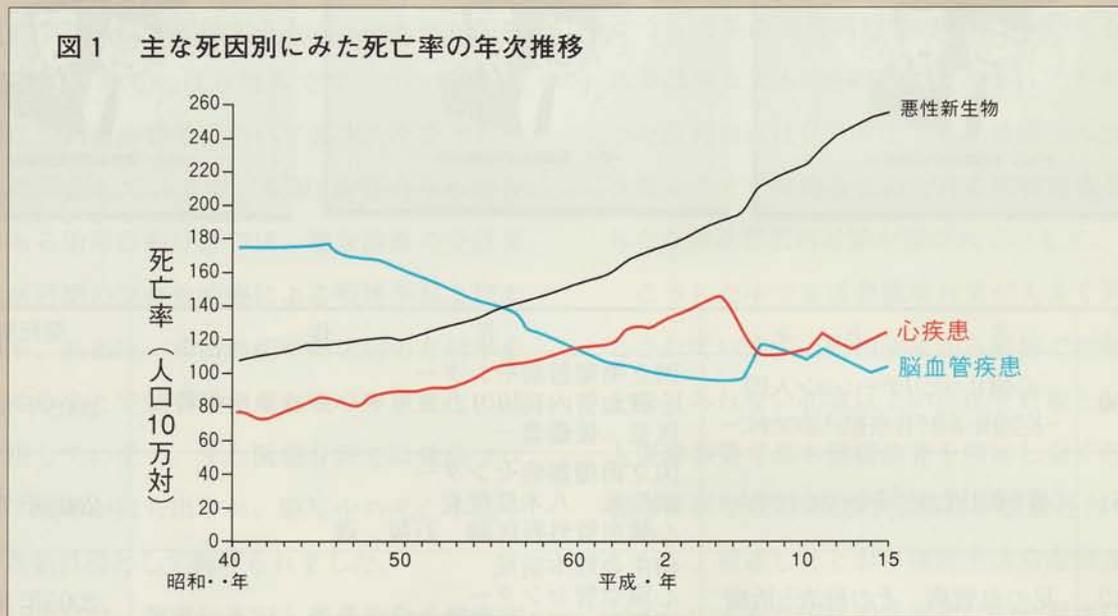
循環器病をめぐる統計（死亡率）

昨年、厚生労働省は平成15年人口動態統計の年間推計を発表した。これに基づき3大死因（悪性新生物、心疾患、脳血管疾患）による死亡者数、死亡率（人口10万人対）および全死亡者に占める割合を平成14年と対比してみると表1のとおりである。また、3大死因別死亡率の年次推移をみると図1のとおりである。

表1 3大死因による死亡者数、死亡率、全死亡者に占める割合

	平成14年度			平成15年度（推計値）		
	死亡者数	人口10万人対死亡率	全死亡者に対する割合	死亡者数	人口10万人対死亡率	全死亡者に対する割合
悪性新生物	304,568 ^人	241.7	31.0 [%]	309,465 ^人	245.3	30.5 [%]
心疾患	152,518	121.0	15.5	159,406	126.4	15.7
脳血管疾患	130,257	103.3	13.3	132,044	104.7	13.0
その他	395,036	313.4	40.2	414,119	328.3	40.8
全死因	982,379	779.6	100	1,015,034	804.7	100

図1 主な死因別にみた死亡率の年次推移



コメント：

注1. 平成7年の心疾患の減少は死亡診断書（平成7年1月施行）における「死亡の原因欄には、疾患の終末期の状態としての心不全、呼吸不全等は書かないで下さい」という注意書きの影響によると考えられている。

注2. 平成7年の脳血管疾患の増加の主な要因は、ICD-10（平成7年1月適用）による原死因選択ルールの明確化によるものと考えられている。

注3. 平成9年までは、心疾患と脳血管疾患による合計死亡者数は、悪性新生物による死亡者数を上廻っていたが、平成10年以降では若干下廻る結果となっている。悪性新生物（特に肺がん）による死亡者数の上昇傾向が大きく影響している。

一方、患者数は循環器系の疾患の方がはるかに多い。厚生労働省の最新の「患者調査」による平成14年10月の1日の推計患者数（入院・外来の合計）は、「循環系の疾患」1,324千人で新生物の約4倍となっている。