

看護部における医療事故対策

看護部病棟婦長 戸川 紀子



1999年1月11日の横浜市立大学附属病院での患者取り違いの医療事故報道が国民に衝撃を与えました。確認誤りの連鎖で心臓と肺を手術する患者を取り違えて手術。手術終了後ICU(集中治療室)で二人の取り違えに気づくという事故でした。新聞、テレビなどの報道がされたとき私自身も患者さんの怒りを感じると共にも、同じ事故が当院で起こったらどうしよう、事故後実際関わった看護婦はどんな精神状態に陥ったのだろうかなどと決して他人事とは思えない身の引き締まる思いでした。その後多数の医療事故が報道されると同時にあらゆる医療分野で医療事故防止対策が行われるようになりました。

日本看護協会では1999年4月に4つの緊急提言がなされました。それは①看護職員等のマンパワーの適正配置、②医療従事者の卒後研修制度、③24時間継続したチーム医療体制の確立、④医療機関内における医療従事者の業務範囲と責任の明確化です。その提言に伴い日本看護協会では看護管理者を対象として「組織でとりくむ医療事故防止(看護管理者のためのリスクマネジメントガイドライン)」が出版され各病院看護部に配布されました。

また、歯科医療関係としては2000年4月には国立大学歯学部看護部長会議で「医療事故防止のためのガイドライン」が作成されました。その内容は院内で起きている事故をすみやかに把握し、起こった事故に対する対処及び今後に向けた事故防止対策を立てる上での指標となるものです。具体的には実際医療事故事例を「誤飲、誤嚥」「外傷」

「誤認」「薬品、注射」などの項目に分け、起こりやすい事故、起こりやすい要因、予防と対策、チェックリストが掲載され実践的活用がしやすいガイドラインとなっています。

次に新潟大学歯学部附属病院看護部の医療事故対策ですが病院の医療事故防止委員会で作成された「医療事故防止マニュアル」とは別に看護部として2000年3月に「予想される医療事故と予防対策」を看護部の災害安全小委員会で作成し活用しています。また、外来、手術室、病棟部門の婦長3名が病院のリスクマネージャーとして任命されていますので、リスクマネージャーを中心に年2回、各部門で実際に起きたヒヤリ、ハットの報告会を看護部の定例会で行っています。その他、病棟では月1回の病棟相談会で実際に提出されたヒヤリ、ハットを「環境に問題が」「設備機器に問題が」「方法に問題が」「自分自身に問題が」「対応策(管理上こうしてほしい)」「対応策(自分自身はこうしたい)」の項目で分析した内容を報告し今後の自己防止につなげています。

以上、看護部で取り組んでいる医療事故防止対策を挙げましたが、婦長の立場としては、未然に防げる事故防止策を早急に医療チーム全体で検討し、実行する事と事故の起こった原因をあらゆる角度から分析し、一個人の事故ととらえず勤務状況、環境因子を分析し常に業務改善と医療事故防止の啓蒙をスタッフに行っていかなければならないと思います。また、ヒヤリ、ハットしたときの報告を病院職員がお互いできるような人間関係作り、患者さんと医療従事者の常日ごろの人間関係作りも医療事故の防止策と考えられますので看護する心を大切に看護部一同努力していきたいと思っています。