

医療安全管理ニュースレター

日本医科大学千葉北総病院

(第9号)

発行:平成21年3月1日(日)



<トピックス>

終末期医療をめぐる議論について

—医療事故・紛争対応研究会

第3回年次カンファレンス参加報告—

(麻酔科 益田律子)

医療事故・紛争対応研究会は、医療事故と紛争、医療倫理や医療環境システムの問題解決を目的とし、全国の医療機関、医療環境研究者、日本医師会総合政策研究機構によって運営される研究会である。2008年12月6日に開催された年次カンファレンスでは表題のテーマを中心に、臨床医学と法学的立場からの提言があった。聴講して印象に残った講演要旨について以下に報告する。

講演1. 日本救急医学会“救急医療における終末期医療に関する提言”策定に着手して; 有賀徹氏(救急医療における終末期医療のあり方に関する特別委員会委員長)

講演2. 判断能力のない場合の対応; 丸山英二氏(神戸大学大学院法学研究科)

両名は、呼吸器取り外し事件など過去の紛争判例や海外医療環境との比較を提示しつつ、現状の問題点を指摘した。

①救急医療、脳外科領域にみられる終末期の現状では、一旦開始した医療行為は、たとえ無益性が明らか(延命)でも医療の中止(行為)死因と直接の因果関係を持つ場合、刑法上の介入を許容する可能性がある。

②終末期医療の社会的理解と合意を得るため、日本救急医学会による延命措置中止ガイドライン、厚生労働省による終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン、日本学術会議報告書・日本医師会ガイドラインがある。

③終末期医療における治療(人工呼吸など一旦開始した生命維持治療)中止の必要条件は;

- 1) 妥当な医療の継続にもかかわらず回復不能で死期が迫っている(一週間以内)
- 2) 対象となる医療行為は侵襲性が大きく治療効果が小さい
- 3) 患者本人による意思確認かつ家族の同意(十分な説明と情報提供がなされた記録が必要)
- 4) 意思確認ができない場合は、家族による本人の意思推定による。

推定できない場合は本人にとって最善の治療方針をとることを基本とする(十分な説明と情報提供がなされた記録が必要)

5) 主治医と医療・ケアチームによる意見の一致

6) 不一致の場合、院内倫理委員会による判断(現場で不一致の場合、委員会でも判定困難)

7) 全プロセスで記録保全が必要

④しかし、現状ではガイドラインが免責保障にならず、先進諸外国のように適切なプロセスを経た無益な終末期治療の中止について、民事刑事責任を免除する法律が必要。近年の判例では刑事事件の追及に関して伝統的な謙抑性(民事などによる責任追及が不十分な場合のみ刑事を適応)が弱まっており、これが医療現場の不毛な混乱を招いている。

具体的に、現段階では人工呼吸の中止による尊厳死の獲得は、上記③の条件が整っていても法律上で保護されていないため、非常に困難な状況にある。



快適な病院づくりを目指して

(庶務課 山本臣生)

当院では、患者様からのご意見・ご要望をお聞きするためにロビーや病棟デイルーム等に「ご意見箱」を設置しております。投函される御意見は、スタッフに対して中々言葉に出しては言いにくい、大袈裟に言えば患者様やそのご家族の本音が記された「直訴状」とも言えます。

ご意見の中には、病院の改善とは全く関わりの無いものも見受けられますが、そのひとつひとつが記載された方の思いが詰まっていることを胆に銘じ乍ら拝見し、関係部署に連絡した上で必要があれば改善を促しております。

注目すべきご意見に接したとき、私たちはご意見から多くのことを学び、そして快適な病院づくりに取り入れてまいりました。「診療に関するもの以外では、授乳室の設置、身体障害者駐車場の整備、携帯電話の院内一部使用開始、院内レストランのカロリー表示、マスク自動販売機の設置等、数え挙げればきりがありません。「失敗学」という考え方がありますが、私たちはもっと謙虚に患者様の声に耳を貸し、失敗(マイナス)を謙虚に認め、成功(プラス)へと導く必要があるのではないのでしょうか? 快適な病院づくりにとっては厳しい御意見も「珠玉の名言」に代わることを私たちは理解しなければなりません。時が流れ時代が変わろうとも、患者様の目線に立ち、謙虚に気持ちで接することができれば、私たちの病院が日本に冠たる病院としての名声を得る日も近いと期待しております。



平成20年度防火訓練について

(防火管理者 松田瞭一)

去る、平成20年11月13日(木)日本医科大学千葉北総病院において、防火訓練を実施しました。

近年全国各地において大地震が発生しており、当地域でも何時発生するか予測が出来ません。

何時発生しても落ち着いて行動を取れるよう、印旛消防署のご協力により県防災課より地震体験車を借用し、普段体験出来ない震度7のゆれを15秒間、参加者120名が地震の恐ろしさ体験していただきました。

又、研修センター内にスモークマシンにて無害な煙を充満させ、煙の中を避難誘導する際の煙の性質・恐ろしさを体験しました。さらに、当院における対処方法や避難方法などを考えていただき非常の場合、患者様を早く安全な場所へ避難させる訓練を行いました。

引き続き、地震により火災が発生したということで、訓練用電話を使用し、防災センターへ通報訓練を行いました。

又、訓練場所を研修センター後方空地に移し、職員等が集合し、初期消火訓練が実施されました。

初めに印旛消防署員による消火器の取扱い説明があり、50名の職員等がオイルパンの中の火を消す訓練を行った後、屋内消火栓を実際に操作して放水圧力・射程距離等を体験する消火訓練を行いました。

最後に、田中院長及び印旛消防署長から講評をいただき、午後3時10分に全ての防火訓練が終了しました。

今回の防火訓練には、職員だけでなく、委託会社等の皆様のご協力で多数参加をしていただき有難うございました。防火訓練の最大の目的は、患者様の安全を第一に考へ迅速かつ的確な避難誘導と災害の拡大防止の措置が取れるように習熟することにあります。災害時の異常な心理状況と環境の中で迅速・的確な行動をとるためには、日頃から災害対応訓練を繰り返して行き、活動要領を身につけることが大切だと思います。今回の防火訓練の体験は大変参考となり貴重な訓練となりました。



＜現場からの声＞

揮発性薬品中毒患者様の搬入時対応

(救命救急センター 八木貴典・
救急外来看護師 本庄貴志)

＜はじめに＞

揮発性物質患者搬入に際しては、患者様のみならず、医療者の曝露も含めた対応が必要となります。以下に要点を述べました。

＜当院での発生時対応処案＞

① 医療者の服装

個人の防護装備は防護服の密封度によりレベルAからCまでに分類されます。病院内での汚染者対応には、最低でもレベルCの防護服を着用することが推奨されています。1)当院でもこれを常備しています。



(レベルC防護服)

② 患者様搬送時の流れ

二次災害を防ぐため、「ゾーニング」という考え方が必要になります。

①ホットゾーン(災害現場、危険区域、汚染区域)、②ウォームゾーン(警戒区域、除染区域)、③コールドゾーン(安全区域、非汚染区域)。また、被災現場で重要なのは、被害者が倒れていた最外周がホットライン(汚染区域と非汚染区域の境界線)となるということです。これらを考慮して、以下のように患者搬送することが望ましいと考えました。

- (1)ヘリポートを迂回し備蓄倉庫横に救急車を搬入する。この際、非汚染エリアと汚染エリアを区分するため風向きを考慮し搬入時に救急車を誘導する。
- (2)備蓄倉庫前で患者様の衣服を脱がせ、水道水にてよく洗浄する。医療的な処置が必要な場合はこの場で行う。脱衣はかなり重要で、汚染の80～90%が除去可能であるといわれています。
- (3)複数の患者様ががいる場合はトリアージを行う。薬物の測定を行い、安全域となったところで患者様をそのまま、院内(ICU)へ搬入する。
- (4)ICUまでの導線上には防護服を着ていない一般の患者様、医療者などは避難させる。
- (5)ICU搬入後はエアロガーディアンユニット型陰圧隔離室(三機工業株式会社)へ患者様を搬入する。

(6)死亡症例は、セレモバック(ジェイケミカル株式会社)に患者様を密封し、揮発物質の拡散を防ぐ。

(7)警察への異状死体の届出を要する。

＜おわりに＞

実際に、当院でも患者様の搬送があり、これが集団発生した際には常日頃から対応を考えておかないと、患者様の対応どころか二次災害を引き起こす恐れが高くなります。今回を期に一層の院内整備を進めることを提案したいと思います。

[参考文献]

1)「必携—NBC対応ハンドブック—診断と治療社
NBRNEテロ対応研究会



＜院内研修・講習会＞

第14回医療安全管理講習会について

(外科 真々田裕宏)

今回の医療安全管理講習会は『医療現場から社会への提言』という演題で順天堂大学付属順天堂医院教授の小林弘幸先生をお招きし、ご講演いただきました。小林先生は医療訴訟等、医療安全に関しては大変詳しく、第11回医療安全管理講習会に続き、当院において2度目のご講演でありました。

ご講演に先立ち、まずは当看護学生のあいさつが非常に良いと感激され、お褒めのお言葉をいただきました。ご講演すべてが我々医療従事者にとって参考になるお話でしたが、そのいくつかのポイントを箇条書きに整理してみました。

- ・ 個人情報の意味を銀行に喩えてお話いただき、PCやUSBの持ち出しには注意すること。
- ・ 記者会見の場合、白衣は厳禁、弁達者が一回で済ませること。
- ・ 医療訴訟は医師と患者間の人間関係に基づくものである。
- ・ リスクマネジメントの限界をマニュアルの限界としてとらえられ、その理由は、マニュアルを読んでいないことと、マニュアル以外の事象に対応できないことである。

「事は会議室で起きているのではない。現場で起きているのだ！」

のごとく、現場にいかにか足を運んだか？が重要である。

- ・ 役立つ知識として、「接遇」が重要である。身体的・精神的に病んでいる方を相手にしていることを忘れないこと。とくに電話の対応や受付の重要性。
- ・ インフォームドコンセントのポイント
 1. 記載の程度
 2. 話す相手
 3. 時間
 4. サインをもらうタイミング（重要）
 - ・・・考える時間を与える
 5. 最後の締め（重要）・・・ご質問は？等
- ・ とくに外来で「何かあったら」来てくださいはダメ。具体的な指導が重要。
- ・ カルテ記載は重要。問題ありそうな場合は詳細に、そうでない場合はポイントのみ整理して書く。
- ・ リスクマネジメントの基本は、「Don't believe anybody」人も機械も信じない。自分の目で確認を。確認しすぎて損はない。

以上、普段当たり前のことだと思っけていても、実行できないことが多いのが現実です。完璧な人間なんていません。また医療に100%の安全なんてあり得ません。今回のご講演で、改めて对患者様との人間関係の重要性を認識し、自分の目で確かめることの大切さを教えられました。自分で自分を守らなくてはならないのです。物事を考えたり、実行したりする前に、一度大きく深呼吸してみてください。ふと、間違いに気づくことがあるかもしれません。我々の医療の質と安全性の向上のためにも！



(小林弘幸教授)

編集後記

大辞林には「安全とは危害または損傷/損害を受けるおそれのないこと」と記されています。医療安全管理とは「疾患そのものではなく、医療行為によって患者様や医療関係者に損害が引き起こされる、つまり医療事故からの損害の回避を目的管理すること」と解釈されます。真々田先生のレポートのごとく「自分で自分を守る」、八木先生の「揮発性薬品中毒患者様の搬入時対応」、山本庶務課長の「各患者様への対応」は「個人で行う回避」が述べられ、松田防災管理者の防火訓練、益田先生の「終末期医療をめぐるガイドライン」は「集団で行う回避」を示していただきました。「個人で行う回避」は最も重要な事項であり、医療関係者が直接に危険と接する事項も多く個別注意を喚起することが必要です。しかし、心配なのは「集団での回避」であり、これは個人の問題から外れ、法人、病院全体、または学会の指揮の下に安全確保がなされる事項であることです。これこそが医療安全管理委員会の使命であることを再確認する内容と考えます。

〈日野光紀記〉

医療安全管理ニュースレター編集担当者

雪吹周生（編集長）

馬場俊吉・日野光紀・三浦剛史・

遠藤みさを・菅原光子・河原崎 昇

お知らせ

医療安全管理ニュースレターは、院内ウェブページのお知らせ欄で閲覧出来ます。

当院のホームページからも閲覧出来ます。

