

# 医療と安全

## Healthcare and Safety

日本医療安全学会機関誌

◆特集：看護安全文化の醸成に向けて◆



2023

17号



日本医療安全学会機関誌

# 医療と安全

## Healthcare and Safety

**JPSCS**

Japan Society of Clinical Safety

**17号 2023**

## ◆ 目次 ◆

---

**巻頭言** ..... 4日本医療安全学会学術委員会委員長 渋谷 健司

---

## ◆特集：看護安全文化の醸成に向けて◆

**【特集 巻頭言】** ..... 7

藤井 千枝子 (慶應義塾大学看護医療学部)

**【特集 1】** ..... 6

People-centered care と国際的な医療安全の推進

大田 えりか (聖路加国際大学大学院看護学研究科／東京財団政策研究所)

**【特集 2】** ..... 10

医療機関における臨床倫理コンサルテーションの実装：医療安全管理者の視点から

松村 由美 (京都大学医学部附属病院 医療安全管理部)

**【特集 3】** ..... 20

がん化学療法における高齢者総合的機能評価の重要性

藤澤 大介 (慶應義塾大学医学部 医療安全管理部)

**【特集 4】** ..... 24

がん診療とチーム医療 ～個別化医療の標準化とは～

河田 健司 (藤田医科大学医学部臨床腫瘍科)

**【特集 5】** ..... 28

入退院の調整と継続看護

堀田 まゆみ (東海大学医学部附属八王子病院 看護部)

**【特集 6】** ..... 32

看護技術の暗黙知と形式知

藤井 千枝子 (慶應義塾大学看護医療学部)

**【特集 7】** ..... 36

医療安全に直結する歯科領域の基本知識

寺田 員人 (日本歯科大学新潟病院 矯正歯科)

高田 正典 (在宅ケア新潟クリニック診療科)

<b>【原著】</b> . . . . .	42
未然に防ぐことのできたインシデント事例を対象とした臨床判断の視点からの分析	
上田 理恵、山口 久美子（獨協医科大学看護学部）	
鈴木 佳世子（獨協医科大学日光医療センター）	
河野 由恵（獨協医科大学病院）	
<b>【紹介・地域研究会活動】</b> . . . . .	51
第 26 回京滋医療安全研究会開催報告（代表世話人：清水 智治）	
<b>【医療安全徒然】</b> . . . . .	53
COVID-19 感染蔓延期に思ったこと	
寺田 員人（日本歯科大学新潟病院 矯正歯科）	
<b>【ミニ講座】</b> . . . . .	55
みんなで Moodle 医療安全 e ラーニング構築 4「Moodle e ラーニングコースでの受講証の発行」	
佐和 貞治（京都府立医科大学附属病院）	
<b>【日本医療安全学会 報告事項】</b> . . . . .	58
2023 年 8 月定例理事会議事録	
日本医療安全学会機関誌「医療と安全」：刊行の趣旨，編集の方針 . . . . .	61
「医療と安全」投稿規定 . . . . .	62
「医療と安全」執筆要領 . . . . .	63
日本医療安全学会機関誌「医療と安全」編集委員会 . . . . .	64
「医療と安全」投稿時チェックリスト . . . . .	65
学会活動の概要と年会費支払方法について . . . . .	66
入退会・変更届け出用紙 . . . . .	67
<b>【編集後記】</b> . . . . .	68
日本医療安全学会機関誌「医療と安全」編集委員長 佐和 貞治（京都府立医科大学附属病院長）	

## ● 年会費（日本医療安全学会の一般会員）支払いの方法

年会費は毎年1月1日が起点日です。

入会金：5千円 年会費：正会員 7千円，理事 9千円，学生会員 3千円

### 振り込み方法

下記金融機関のどちらでもご利用できます。

(1) ゆうちょ銀行口座への振込の場合

支店名：〇一九ゼロイチキュウ)店

口座種類：当座

口座番号：0292830

シャ)ニホンイリョウアンゼンガツカイ

口座名義：一般社団法人 日本医療安全学会

(2) ゆうちょ振替口座への振込の場合

店名：〇一九ゼロイチキュウ)店

口座番号：00190-1-292830

シャ)ニホンイリョウアンゼンガツカイ

口座名義：一般社団法人 日本医療安全学会

口座番号：00190-1-292830

## ◆ 「医療と安全」 17号 巻頭言 ◆



# Reimagine ～『人間の安全保障』から考える医療安全の将来～

日本医療安全学会 学術委員会委員長

渋谷 健司

学術委員会の委員長を拝命してから2年が経過しました。私にとって、各部会の先生方と非常に前向きな議論ができることは、大きなやりがいとなっています。特に、大磯義一郎学会長が就任してからは、各部会の活動の見直しに加えて、研究支援、部会同士や産官学の連携の推進、そして、若い世代の支援などに重きを置いて活動を進めています。さらに多くの部会員の皆さまが、積極的に学術委員会に参加することを期待しています。

本学会の学術活動の集大成は、もちろん学術大会です。来年度の日本医療安全学会学術総会は、第10回目を迎える記念大会で、2024年4月13日(土)・14日(日)、東京大学本郷キャンパスにて開催いたします。私と藤井千枝子先生(慶應義塾大学看護医療学部教授)・小林正人先生(埼玉医科大学脳神経外科教授)が共同大会長を務めます。

今回の学会のテーマは、「Reimagine ～『人間の安全保障』から考える医療安全の将来～」です。近年の我が国は少子高齢化や医療費の高騰などにより、医療システムの持続可能性が脅かされています。また、新型コロナウイルスや世界的危機により、社会システムの課題や格差が浮き彫りになりました。医療安全も例外ではありません。医療ニーズの多様化や超過勤務の問題など、医療安全システムの持続的な強化と発展にはどのような取り組みが必要なのでしょう。

今、世界的に将来に対する不安感が広がっています。健康指標や経済状況が改善しているにもかかわらず、人々の不安感は逆に増大しています。このような時代において、私たちが必要とする考え方の一つが、「人間の安全保障」です。そこでは、個人の保護とエンパワーメントに加え、人々の連帯が求められ、信頼の構築が最も重要な要素となります。

政治、社会経済、そして、保健医療システムの過渡期にあたり、日本医療安全学会は、医療安全を「人間の安全保障」という視点で再定義し、将来に向けた取り組みについて考える機会を設けたいと考えています。本学術総会では、医療安全に関わるすべての関係者が一堂に会し、医療安全システムを「Reimagine(再創造)」することで、新たな展開が生まれる契機となることを期待しています。

会員の皆様、部会関係者、アカデミア、民間企業、省庁、政治、メディアなど多様な分野の参加者による本質的な議論の場として、第10回日本医療安全学会学術総会への皆様の積極的なご参加をお待ちしております。

日本医療安全学会機関誌 医療と安全 17:4, 2023.

## ◆ 特集：看護安全文化の醸成に向けて ◆



## ● 特集巻頭言

藤井 千枝子

慶應義塾大学 看護医療学部

医療安全管理の先駆者たちは、病院内での安全を強化し、チームとしての医療安全文化の基盤を創ってきた。ここには、臨床経験が豊富な看護師も要となり、人間理解を深めながら役割を担ってきた。医療安全学会でも、医療安全における看護の重要性から看護への多くの種が蒔かれ、芽は育まれてきた。看護に特化した安全を看護安全と名付けると、これからの看護安全は、多分野をも俯瞰し、連携することが、ますます求められる。看護安全の重要性は周知されているが、専門的アプローチは十分に共有されていない。そこで、看護の臨床活動および教育活動から得られた知見を共有し、看護安全をより活発化したと考え、看護部会としてのシンポジウムを開催した。その内容は、本特集号として、発信する機会をいただいた。

看護安全文化の醸成に向けた教育講演の意味合いも含むため、医療安全に関する知見を看護安全で応用する話題も多くなされた。看護師たちの安全は、患者安全に必要であることも表明された。本特集では、教育講演をもとにしており、看護安全に重要な引用と、その解説が多くなったが、講師たちが看護安全文化の醸成に共有したい概念を意識的に挙げており、本特集を通してまた新たな形で、先人たちの智慧が活かされることを期する。

看護安全は、看護職者間でも他職種とも心理的安全性の中で育まれる。本特集は看護安全に特化した、別の医療専門職種からの特集や、患者側や経営者側、福祉専門職などによる特集につながることを期している。

日本医療安全学会機関誌 医療と安全 17:5, 2023.



## ◆ 特集：看護安全文化の醸成に向けて ◆



## People-centered care と国際的な医療安全の推進

大田 えりか

聖路加国際大学大学院 看護学研究科

東京財団政策研究所

## ■ 要 旨 ■

People-centered care (PCC) とは、「個人または地域社会の健康課題の改善に向けて、市民がケアの主体となり、保健医療従事者とパートナーを組んで取り組むこと」と定義されている。PCC は、「人」を中心とするケアであり、人々が適切な時に、適切な場所で、適切なケアを受けられることで永続的な利益をもたらす。近年では、医療安全の面からも People-centered care が世界的に注目され、推進されている。世界保健総会における患者安全に関する決議では、患者の安全が世界的な健康上の優先事項であることが認識され、WHO では、2021 年に採択された Global Patient Safety Action Plan において、安全でないヘルスケアによる回避可能な被害を世界全体で最大限削減することが目標とされている。この戦略には、People-centered care の概念に関わる「患者と家族の参加と協力」が含まれている。日本医療安全学会機関誌 **医療と安全** 17:6-9, 2023.

キーワード：パートナーシップ、People-centered care (PCC)、WHO

## 1. 医療安全における People-centered care

近年では、People-centered care により、認知症高齢者の興奮状態の軽減や抗精神病薬の使用量の改善、転倒率の減少に繋がったエビデンスが示されており<sup>1)</sup>、医療安全における People-centered care の有用性が注目されている。

## 2. People-centered care とは

People-centered care [以下 PCC] とは、「個人または地域社会の健康課題の改善に向けて、市民がケアの主体となり、保健医療従事者とパートナーを組んで取り組むこと」と定義されている。つまり、人々や地域社会のニーズに応えるために、家族、地域社会、文化の中での「人」を中心とするケアが PCC である。PCC は、人々や家族、コミュニティが尊重され、情報を与えられ、関与し、支援され、尊厳と思いやりをもって扱われるような方法で提供される。

PCC が導く成果として、市民と専門職が共に定

めた「目標が達成される」、市民と保健医療従事者のそれぞれに生活の質の向上や取り組み意欲につながる「個人の力がつく（個人変容）」、そして、新たなケアの開発や新たな制度の導入など「社会が変わる（社会変容）」の3つが期待されると示している<sup>2)</sup>。WHO では、ピープル・センタード・ケアの成果として、人々にとって医療をより身近なものにし、不要な医療サービスの利用を減らすことができる医療費削減についても言及している<sup>3)</sup>。従来のケアと PCC を比べると、PCC は本人が何を望むかという健康ニーズに焦点を当てており、永続的な人間関係の中で、包括的で継続的な人を中心としたケアを実践する。また、PCC は従来のケアよりも幅広い。従来のケアが、ケアを求める個人に焦点を当てていることに対し、PCC では、こうした臨床的な出会いに加えて、地域社会における人々の健康や、医療政策、医療サービスの形成における人々の重要な役割にも目を向けている。（表1）



表 1 重従来のヘルスケアと PCC の特徴

従来のケア	人々を中心としたケア(PCC)
病気と治療に焦点を当てる	健康ニーズへの対応
相談を受けた時点での関係	永続的な人間関係
一時的な治療的ケア	包括的、継続的、人を中心としたケア
診察時に患者さんに効果的で安全なアドバイスをするに限定した責任	生涯を通じて地域社会のすべての人々の健康に責任を持ち、不健康の決定要因に取り組む責任
ユーザーは購入したケアの消費者	人々は、自分自身と地域社会の健康を管理するパートナーです。

(出典: World Health Report 2008)

### 3. People-centered care のパートナーシップと流れ、結果

地域住民と医療従事者のパートナーシップは、PCC の最も重要なポイントである。PCC では、対象となる人のニーズに合わせて、医療従事者が地域住民の健康問題への気づきを支援する「アプローチ型」、医療従事者が地域住民の健康問題への取り組みを支援する「サポート型」、医療従事者が地域住民を励まし、健康問題を自分で処理し続ける人々の側に立つ「コラボレーション型」の3種類のパートナーシップにより、市民をサポートする。

PCC は、地域住民や医療従事者が、個人や地域における健康問題を表現し、自己および社会の健康問題を顕在化することから始まり、共に目標を定めて計画し、共に実行し、評価し、その結果を共有する流れをたどる。これにより、地域住民や医療従事者が設定された目標を達成し、「自己変革」によって健康問題の改善に取り組むことで、健康問題改善システムの導入、医療の質の向上、社会システムの変化などの「社会変革」が期待される (図 1)。

### 4. People-centered care の取り組み

聖路加国際大学では、人々が適切な健康情報を得るためのヒントを提供するために、2004 年にヘルスナビゲーションスポットである「るかなび」を設立した。るかなびは、看護師や司書などで構成された運営委員、パートタイムの看護師、市民ボランティア、学生ボランティア、事務局スタッフによって運営されており、健康相談や血圧測定などの健康チェック、インターネットや書籍での健康情報の検

索、ミニ健康講座、ミニコンサート、教育実習の場などを提供している。サービスは無料か、料金が発生しても安価に利用でき、2019 年の総利用者数は約 4,600 人であった。また、PCC ガイド<sup>4)</sup>も開発している。

### 5. WHO の医療安全における取り組みと People-centered care

WHO によれば、安全でないケアによって引き起こされる有害事象は、世界の死亡と障害の 10 大原因の 1 つである。最も有害なエラーは診断、処方、医薬品の使用に関するものであり、これらの被害の 80% は予防可能である。近年では、PCC によって患者の有害事象の負担を最大 15% 減らすことが可能であることが示され、医療安全の面からも世界的に PCC が注目され、推進されている<sup>5)</sup>。また、WHO が焦点を当てる重要項目にも、「より安全な医療のための患者と家族の参加」が含まれている。

世界保健総会における 2019 年 5 月の患者安全に関する決議では、患者の安全が世界的な健康上の優先事項であることが認識され、毎年 9 月 17 日を世界患者安全デーと定められた。WHO では、2021 年に Global Patient Safety Action Plan が採択され、2030 年までの目標として、安全でないヘルスケアによる回避可能な被害を世界全体で最大限削減することが掲げられている<sup>6)</sup>。この戦略には、「医療における回避可能な危害をなくすための政策」、「信頼性の高い医療システム」、「臨床プロセスの安全性」、「患者と家族の参加と協力」、「医療従事者の教育、技術、安全性」、「情報、研究、リスクマネジメント」、「相



(PCC実践開発研究部 St. Luke's International University)

図1 PCC 開発・地域連携部 聖路加国際大学

乗作用、パートナーシップ、連携」が含まれる。特に、「患者と家族の参加と協力」では、患者と家族に向けて患者安全に関係するケアの透明性を確立することや、危険なケアを受けた患者と家族の体験から学び、患者や家族、市民社会組織とともに、ヘルスケアをより安全なものにするための戦略等を開発することが含まれている。これらは、PCC の概念に近いものであり、医療安全においても PCC の取り組みが推進されていることがわかる。今後は、医療安全におけるリーダーシップの育成が課題とされている<sup>7)</sup>。

#### 利益相反に関する開示事項

日本医療安全学会学会誌「医療と安全」の定める利益相反に関する開示事項はありません。

#### 参考文献

- 1) Rossiter C, Levett-Jones T, Pich J. The impact of person-centred care on patient safety: An umbrella review of systematic reviews. *Int J Nurs Stud* 2020; 109:103658. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2020.103658. Epub 2020 Jun 2. PMID: 32593882.
- 2) 高橋恵子, 亀井智子, 大森純子他. 市民と保健医療従事者とのパートナーシップに基づく「People-Centered Care」の概念の再構築, 聖路加国際大紀 2017 : 4 : 9-17.
- 3) WHO Video : What are integrated people-centred health services, Retrieved from: <https://www.who.int/multi-media/details/what-is-people-centred-care/> [Accessed 2 April 2023].
- 4) 高橋慶子, 亀井智子, 大森順子 ... 大橋久美子 . PCC Guide. <http://university.luke.ac.jp/pcc/achievement.html>. [アクセス日 2022 年 1 月 8 日].
- 5) World Health Organization. (2017). What is people-centred care? <https://youtu.be/pj-AvTOdk2Q>. [Accessed 2 December 2021].
- 6) World Health Organization. (2021). Global Patient Safety Action Plan 2021-2030. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240032705>. [Accessed 2 April 2023].
- 7) World Health Organization, patient safety website <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety>. [Accessed 2 April 2023].

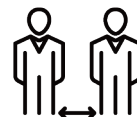
---

**Abstract****Promotion of people-centered care and international patient safety****Erika Ohta****St. Luke's. International University. Graduate School of Nursing Science.****The Tokyo Foundation for Policy Research**

People-centered care (PCC) is defined as “a partnership between community members and healthcare professionals to improve the health problems of individuals or the community.” PCC is person-centered care, which provides lasting benefits by ensuring that people receive the right care at the right time, and in the right place. In recent years, people-centered care has gained worldwide attention and promotion from the perspective of patient safety. The World Health Assembly resolution on patient safety recognized patient safety as a global health priority, and the WHO's Global Patient Safety Action Plan, adopted in 2021, aims to maximize the reduction of avoidable harm from unsafe health care worldwide. This strategy includes "patient and family engagement, and collaboration" related to the concept of PCC. **Japan Society of Clinical Safety. Healthcare and Safety 17:6-9, 2023.**

**Key words:** Partnership, People-centered care (PCC), WHO

---



## ◆ 特集：看護安全文化の醸成に向けて ◆



## 医療機関における臨床倫理コンサルテーションの実装：医療安全管理者の視点から

松村 由美

京都大学医学部附属病院 医療安全管理部

## ■ 要 旨 ■

患者中心は、質の高い医療を提供するための核となる価値である。患者中心の医療を実践するためには、病院内で医療従事者が臨床倫理の問題を相談できる体制が必要である。大学病院で臨床倫理相談体制を段階的に整備した事例を紹介した。この事例では、医療安全管理者が中心的な役割を果たし、第三者認定システムなどの外発的動機と病院の医療者の内発的動機の両方を利用し、チームコンサルテーションモデルと委員会コンサルテーションモデルのハイブリッド・モデルを取り入れ、臨床倫理コンサルテーションを機動的に行う体制を作った。日本の病院における臨床倫理相談の設置は、医療安全管理者との協力を通じてさらに促進されると思われる。臨床倫理の問題から学ぶことで、医療者のコアスキルを向上させることができる。医療安全と患者中心の医療の両方のために、臨床倫理相談システムの導入が奨励される。日本医療安全学会機関誌 医療と安全 17:10-19, 2023.

キーワード：臨床倫理，医療安全，アドボケート，臨床倫理委員会，臨床倫理コンサルテーション

## 1. はじめに

患者・介護者中心の質の高い医療を提供するために必要なものは何か。知識が豊富で技術が優れていても、それだけでは、患者にとって満足のできる医療は提供できない。質の高い医療に必要なものは、安全性 (safety)、有効性 (effectiveness)、患者中心性 (patient-centeredness)、適時性 (timeliness)、効率性 (efficiency)、公正性 (equity) を備えた医療提供システムである<sup>1)</sup>。この医療提供システムは患者・介護者のニーズに合ったものであり、このシステムの下で、患者は十分な説明を受け、医療の決定に関与し、自分の価値観や考え方に沿った医療を受けることができる。ところが、医療の内容は複雑だったり、患者が経験したこともないようなことであったりするので、患者は、説明内容が十分理解できないことも多い。患者・介護者がオープンに尋ねやすい雰囲気をつくるためには、意思決定を支援する別の者が加わるシステムが有効に機能する。アドボケートとは、

患者・介護者が提案された医療について同意できない場合に、患者に代わって、患者・介護者の意向を伝えて、断ったりする等できる代弁者のことをいう<sup>2)</sup>。日本でその役割を期待されているのが、医療対話推進者<sup>3)</sup>である。加えて、2022年から重症患者初期支援充実加算として診療報酬に新設された入院時重症患者対応メディエーター<sup>4)</sup>は、アドボケートの役割も担う。患者が突然の病気等で意思表示ができない状況になり、救命が困難になったときに、心の準備ができていない家族・介護者が、患者の生命に直結する治療方針の決定を患者に代わって行わなければならない場面では、メディエーターが医療者と家族・介護者の間に入り、両者をつなぎ、関係者の納得が得られるように調整する役割を担う。その他、医療ソーシャルワーカーが、代弁や意思の確認ができない患者の医療方針の決定に関わる支援といった役割を果たすこともある<sup>5)</sup>。経済的な状況や複雑な家族関係が背景にあるために、患者が自分の



意思を表明しにくい場合には、周囲の環境を整えるソーシャルワークがあってこそ患者中心の医療が実現できる。

このように、医療システムの中では、多くの職種が一人ひとりの患者の医療に関わり、互いに補い合ったり、影響を及ぼしたりしている。ところが、各専門家組織が縦割りで、互いに連携しないまま、患者に個別に関わるだけの状況になっていることもある。専門以外の部分に誰も対応しようとせず、解決されずに放置される問題が残ると、患者中心の医療が提供できない。倫理的に解決しなければならない課題があっても、組織的な対応ができなければ、少数の医療者が見かねて引き受ける。その医療者の負担が増して、個人の対応の限界を超えた時に、燃え尽きや離職に至り<sup>6)</sup>、患者中心の医療に影響を及ぼす。医療者の燃え尽きや離職を防ぐという目的のためにも、臨床倫理の問題に対応できる院内システムが必須である。実際、看護師が臨床心理士に求める援助に関する研究において、看護師は、臨床心理士に看護師・患者間のコンサルテーションや医療従事者の心理的援助を求めているとされる<sup>7)</sup>。本稿では、患者中心の医療の実現と医療者の負担の緩和の両方を達成するための臨床倫理コンサルテーション (Clinical ethics consultation; CEC) と、そのシステムにおける医療安全管理者の役割・位置づけを論じる。

## 2. 京大病院における CEC 活動・維持のこれまでの経緯

CEC の活動は、公益社団法人日本医療機能評価機構による病院機能評価において「1. 患者中心の医療の推進, 1.1 患者の意志を尊重した医療, 1.1.6 臨床における倫理的課題について継続的に取り組んでいる」の項目として求められている。病院機能評価の受審という外発的動機は CEC の設置につながるが、活動の維持に苦慮する医療機関も多い<sup>8,9)</sup>。

われわれの施設 (以下、本院という.) は、外発的動機から臨床倫理委員会を設置し、内発的動機から CEC 活動を開始した。その後、診療報酬制度による外発的動機も加わり、段階的にシステムを再編しながら、CEC の設置と活動の維持・改善に取り組んできた。

### 1) 院内の取り組み

#### ①医療問題対策委員会の設置

1975 年、本院に医療問題対策委員会が設置され、これが臨床倫理委員会の前身である。「患者や家族による暴言、暴力及びトラブルに関する事」、「診療科等からの医療行為に係る相談事項に関する事」、「ないし「患者からのクレーム等に関する事」について審議及び対応を行うために設置された。当初は、このように病院を守るという意図があったが、このような医療上の問題は、実際には医療者側からの見方と患者・介護者側からの見方によって違った問題が見えてくるものであり、まさに倫理的な問題である。

#### ②医療問題対策・臨床倫理委員会への組織改編

2007 年、病院機能評価の受審という外発的動機によって患者の権利や医療者の臨床倫理に関する審議および対応を行う必要が生じ、医療問題対策委員会が医療問題対策・臨床倫理委員会へと改組された。それまでも、医学部に医の倫理委員会は設置されていたが、その機能は研究・治療・治験の倫理的審査が中心であり、日常の臨床現場における倫理問題に関する事例の相談対応等は、ほとんど行われていなかった。この問題を組織的に解決するため、委員会に 4 つの機能を追加した (表 1)。

2016 年 8 月、2017 年 2 月に相次いで改訂を行い、医療問題対策・臨床倫理委員会の機能に、患者と医療者との間でのパートナーシップ及びインフォームド・コンセントの取得についての審議や対応を行うことを追加した。

#### ③医の倫理綱領の策定と改訂

2007 年、病院機能評価の受審という外発的動機により、医の倫理綱領を策定した。14 項目の宣言からなり、第 1 項目は次の文章であった。「医療者は生涯学習の精神を保ち、つねに医学の知識と技術の習得に努めるとともに、科学としての医学の進歩・発展に尽くす責務がある。したがって、医療者の医療における言葉と行動にはつねに個人的責任を伴う。」筆者は、倫理綱領の文章が長く、伝わりにくい印象をもった。世界医師会のジュネーブ宣言<sup>10)</sup>は 11 項目からなり、「私は、人類への奉仕に自分の人生を捧げることを厳粛に誓う。」という文章が第

表1 京都大学医学部附属病院 臨床倫理委員会の4つの機能

1. 自施設の倫理的方針の表明
2. 臨床倫理問題に関する指針や基本方針などの作成あるいは承認
3. 臨床倫理問題に関する事例の相談対応
4. 医療従事者に対する臨床倫理教育

1項目であるが、このような端的なわかりやすい文章の方が、綱領にふさわしいのではないかと考えた。

2015年、筆者は、本院の医の倫理綱領の改訂を医療問題対策・臨床倫理委員会に提案し、病院協議会にて改訂案が承認された。14項目から12項目へと項目数も減らし、文章を短く、平易な言葉に変更した（表2）。第1項目は、「慈しみの心をもった隣人として患者に接し援助する。」であり、患者中心の医療に関する項目を冒頭に掲げた。2015年、医の倫理綱領と臨床倫理倫理相談体制を含む医療倫理指針を策定し、その前文に、臨床倫理の問題に関わることが医療者にとって重要である理由を記した（表3）。

#### ④臨床倫理相談室の設置

2011年に筆者は、医療安全管理室長に着任し、医療者からの臨床倫理の相談に対応するようになったが、当時の病院の正式な相談手順は、診療科長や部の長を経て、医療問題対策・臨床倫理委員会に提出し、ここで審議するという方法であった。筆者も、2011年以前に、1事例相談したことがあったが、委

員会の隣室で待機し、提出した事例の審議が始まると会議室に入り、事例を説明して、委員会で審議していただくという形式であった。この手順では、相談に至るまでのハードルが高く、また、委員会の限られた時間だけで、十分審議することは難しいと感じていた。迅速に対応すべき事例もある中で、現方式は問題があるため、2015年、筆者は、先ず本委員会の下部の倫理相談チームで検討する方式を提案した。提案は承認され、倫理相談チームを置くことになった。2017年、医療安全管理部が正式な講座として設置され、筆者が部長になったことを機に、臨床倫理相談室を医療安全管理部に置くことが正式に決まった。倫理相談チームは倫理相談室に改組された（図1）。2023年現在、筆者が医療安全管理部長兼臨床倫理相談室長である。

#### ⑤臨床倫理相談室会議の定例開催

2022年には、臨床倫理相談室会議の定例会議を毎月オンラインにて開催することとした。これは事例検討会（学習の場）の位置づけである。毎回の会議で事例を提示し、参加者全員から意見を聞くこと

表2 京都大学医学部附属病院 医の倫理綱領

1. 慈しみの心をもった隣人として患者に接し援助する
2. 科学的・医学的に妥当で患者の利益に資する医療を提供する
3. 患者の人格を尊重する
4. 誠実かつ主体的に行動する
5. 知識・技能の維持・向上に努める
6. 同僚や他職種を尊重し、協力体制を築く
7. 研究を適正に行う
8. 個人の情報を適切に扱う
9. 法やガイドライン、院内指針などを遵守する
10. 社会との円滑なコミュニケーションを推進する
11. 不適切な行為・不正行為を予防する
12. 利益相反による弊害を防ぐ



表3 京都大学医学部附属病院 医療倫理指針「はじめに」

身寄りがなく、生活に困窮していると思われる患者が、あらゆる治療を拒否する「意思」を示した場合に、医療者は治療を中止すべきだろうか。患者に意識がないときに、家族の意思をそのまま患者の意思として受け入れてよいだろうか。親は常に子どもの適切な代理人としてみなすことができるのだろうか。他に治療の方法がない場合に、評価が定まっていない治療を患者に提案すべきだろうか。手術室や集中治療室の数に限りがあるなかで、どの患者を優先したらよいだろうか。高額の医療費を治療の見込みのない患者に投入してよいのだろうか。

このような倫理的な問題は、科学的・医学的な妥当性だけで解決することはできない。簡単に答えが出ない事例も多い。ある状況の中でどうすべきかについて、医師、患者、患者の家族、その他の医療者の間で合意できないこともある。

単に高度な技術やケアを提供するだけで、倫理的に対処できる仕組みが備わっていないければ、医療を受ける人々は、かえって不幸になることもある。倫理は医療行為の本質的な構成要素であり、倫理に関する問題を解決するには、合理的なアプローチが役に立つ。服従、模倣、感情や願望、直感、習慣は合理的でないアプローチである。

合理的なアプローチには次の6つのプロセスが含まれる。

1. その問題が倫理的な問題か否かを判断する。
2. 一般的にそのような問題を医師がどう扱うのかを知るために、医師会の倫理綱領や方針、および信頼における同僚などの情報を参考にする。
3. いくつかの解決策について、それぞれが支持する原理・原則と価値、およびそれを選択した場合の結果を考慮して検討する。
4. 選択した解決策を、それにより影響を受ける当事者と話し合う。
5. 影響を受ける当事者に対する思いやりを忘れずに、決定し、実行する。
6. 自分の決定を評価し、将来は別の行動もできるようにしておく。

を意識して、室長が事例紹介とファシリテーターを務める。個人情報が出ないような形に加工し、学外からも臨床倫理の教員が参加している。オンライン開催であるため、比較的参加しやすく、途中入室も途中退室も可能としている。決定を行う会議ではなく、あくまで勉強会の位置づけである。意見は議事録にまとめ、医療問題・対策委員会にて再審議している。また、相談者も参加できることとしており、直接相談する場として活用していただいたり、参加できないときには、議事録をフィードバックしたりしている。解決の難しい事案では、患者・介護者、医療者全員の納得を得ることは難しいが、それでも、院内で相談体制があることや相談した事案が適切に議論されていることについて、相談者から感謝の声が届く。

会議の定例開催は、開催負担も大きく、できる限り会議開催を減らすという働き方改革の流れに逆行していたが、開催に踏み切ることができたのは、重症患者初期支援充実加算として診療報酬に新設された外発的動機によるものである。この診療報酬加算を申請するための施設要件として、カンファレンスが月1回程度開催されていなければならない、というものがあり、その位置づけとした。実際に開催してみると、多くの医療者の参加があり、臨床倫理の問題を多角的視点から多職種で検討することを自らの学びの場として活用したいと考える医療者が多いことに気づかされた。

## 2) 院外の取り組み

2011年4月、筆者は本院の医療安全管理室の室長に着任してから、患者・介護者への対応に苦慮し

て、相談先を必要としている医療者が多いことに気づいた。対応に苦慮する患者の多くは、貧困であったり、家庭環境や家族の問題を抱えていたりして、周囲の人とのコミュニケーションが困難であった。患者の病態を改善させ、患者が主体的に意欲的に自らの健康問題の改善に取り組むことができるようにするためには、患者・介護者への対応に苦慮し、疲弊している医療者への支援が必要だと考えた。対応が困難な患者の診療にあたる医師は、倫理観と使命感と患者からの信頼によって精神的に支えられていたが、周囲の医療者からの支援が少ない環境の下では、患者が問題行動を起こすたびに、夜間でも休日でも対応の責任を求められていた。熱心な医師がやがて燃え尽き (burn out) に至り、離職するという悪循環に至った事例も経験した。

支援とは単に悩みを聞く場ではなく、多職種と連携して、院外の組織ともつながり、課題をより深いレベルで改善するといった実践を伴う必要があると考えていたところ、2012年8月、京都大学医療倫理学の大学院を修了し、本院新生児科に所属していた医師から、臨床倫理の問題について定期的に話し合う勉強会を作りたいという提案を受けた。

2013年1月、京都大学文学研究科の生命倫理の教員と京都大学医学研究科の研究倫理を専門とする教員2名と新生児科医師と筆者の5名のメンバーで非公式の定期的な臨床事例検討会を開始した。患者の個人情報の観点から、実際の相談事例をそのまま扱うことはせず、筆者が仮想事例として編集し、事例を提供した。

2015年、文学研究科の応用哲学・倫理学研究センターが臨床倫理学入門コースを開始したが、その下地になったのが上記の事例検討会であった。臨床倫理学入門コースは、理論的な講義と具体的な事例を行い、参加者に実際に倫理コンサルテーションとしての相談を体験してもらうという形式である<sup>11)</sup>。開始当初、臨床倫理入門コースは学外に向けて発信するものであるもので、院内からの参加はそれほど多くないだろうと予想していた。ところが、開講してみると、思いのほか、院内の参加者も多かった。特に、予想外であったのは、医師の参加であり、臨床倫理について、医師が学ぶ場がほとんどなかったこ

とを改めて認識した。特に、大学院生等の若い医師が、これまで感じていた臨床倫理の問題について体系的に学びたいとして参加するケースがみられたことは心強いことであった。

この臨床倫理学入門コースは、毎年開講され、病院内に CEC チームを立ち上げたいと考えている医療者や、純粹に臨床倫理について学びたいと思う臨床家や研究者、あるいは、法律家やメディア関係者等、全国から受講希望があり、募集を上回るために選考を行っている。講師は、京都大学の文学研究科、医学研究科、医学部附属病院、法学研究科の教員と他大学の倫理学の教員が務めている。最近の特徴として、受講生の中に、病院の副院長クラスの受講生が増え、CEC チームの院内での立ち上げを予定した上での参加であると考えられる。

筆者にとっての転機は、医療安全管理者という役職についたことである。それまでも臨床倫理は重要だと考え、現場の医師として倫理的な問題に対応していたが、病院の支援体制は十分ではないと感じていた。悩む側から支援する側と立場が変わったが、経験した当事者だからこそ、支援を受けやすい仕組みを開発することができた。

### 3. 考察

#### ①医療安全管理者が臨床倫理に関わる理由

臨床経験を積み、医療をめぐる社会の課題に気づいてそれを解決したいと考える医療者にとっては、医療安全管理者という業務は、職種や部署横断的に病院組織の仕組みを変えていくこともできる価値あるものである。医療安全管理者の業務指針<sup>12)</sup>にあるように、患者や家族からの相談について情報収集することも活動に必要だとされている。

医療安全 (patient safety) とは、リスクを一貫して持続的に低減し、回避可能な危害の発生を減らし、エラーの可能性を減らし、発生した場合の影響を減らすために、医療における文化、プロセス、手順、行動、技術、および環境を作り出す組織行動の枠組みだとされる<sup>13)</sup>。医療行為は結果の不確実性を伴うものであり、よいアウトカムを得られることもあれば、望ましくないアウトカムに至ることもある。望ましくないアウトカムに至った場合に、患者が医療



提供前にその医療を望んでいなかったことが分かったとしたら、医療行為は正当でなかったことになる。患者・介護者からの同意を得た上でこそ、侵襲的行為を行うことが正当化される。また、安全性 (safety) は、有効性 (effectiveness)、患者中心性 (patient-centeredness)、適時性 (timeliness)、効率性 (efficiency)、公正性 (equity) と並び、医療の質を決めるひとつの要素である。提供予定の医療は、有効であることが前提であり、患者にリスクも含めて説明した上で、納得して同意をいただく必要がある。適時に行われるためには、医療提供システムの設計に関わることが求められ、その中では効率性も考えていく必要がある。医療資源は公的なものであり、社会で公正配分されるように意識することも医療者にとって必要なことである。一人ひとりの医療者が臨床倫理を意識して行動することも重要だが、病院にそれを支援する仕組みがなければ、実際に機能することは難しい。

## ② CEC の活動形態

CEC とは、医療やケアの現場において倫理的問題に直面した人々が、これらの問題を解決できるように支援する活動である<sup>14)</sup>。2012 年の日本集中治療医学会評議員が所属する施設を対象とした調査では、85% の施設に CEC の窓口があるとされている。2016 年の調査によれば、臨床研修指定病院の約 70% に CEC の窓口が備わっているとされている<sup>14)</sup>。

CEC モデルには、個人コンサルテーションモデルと委員会コンサルテーションモデルとチームコンサルテーションモデルがあると整理されている<sup>15)</sup>。「京大病院における CEC 活動・維持のこれまでの経緯」からは、迅速性という点で、医療安全管理室長が、個人コンサルテーションモデルを臨床倫理委員会の委員として担ってきた。個人コンサルテーションモデルのコンサルタントは、倫理学に関する知識、知識に基づいた事例分析能力、コンセンサス形成のスキル、関連する法律の知識が求められる<sup>15)</sup>。これらは、医療安全管理者にも求められるコンピテンシーであるため、医療安全管理者が臨床倫理のコンサルタントを担うことにはメリットがある。一方で、安全性と患者中心性の価値は時に、対立することあ

り、医療安全管理者が無危害原則を最優先で考える、あるいは、病院の訴訟リスクを重く見て、患者の意向を尊重しないといったリスクについて考慮する必要がある。従って、医療安全管理者が兼務する場合には、生命・医療倫理の 4 原則を理解し、説明できる能力を持っていることが前提となる<sup>14)</sup>。

本院では、医療安全管理者のバイアスを排除するために、機動性のあるチームコンサルテーションモデルを追加した。2015 年に導入した当初は、倫理学に関する知識があることを優先したために、筆者以外には、文学部の生命倫理学の教員、医学研究科人間健康学科の看護の教員、医学研究科の臨床研究総合センターの教員、医学研究科人間健康学科兼医学部附属病院の緩和医療科の教員をメンバーとした。専門性は高いものの、機動性においては臨床の現場でタイムリーに対応できない点が問題であった。この問題を解決するために、2017 年に、医療安全管理部内の組織として臨床倫理相談室を位置づけ、臨床現場の教職員を室員に委嘱し、医師、看護師、薬剤師、臨床心理士、遺伝カウンセラー、社会福祉士が加わるようになった。医師のメンバーも多様な診療科から選び、終末期、救急、新生児、神経難病等、倫理的に葛藤を抱えることが多い診療科の比較的若手の医師に室員を依頼した。専従の医療安全管理者は臨床倫理相談室員を兼務するため、少なくとも、医療安全管理室の医師、看護師、薬剤師は迅速に対応できる。これにより、職種の多様性を確保した。男女両性も含まれており、臨床心理士、社会福祉士はもともと全員が女性であることから、室員の女性比率は高い。

本院は、引き続き委員会コンサルテーションモデルも併用している。CEC 活動結果をその後の患者の経過も含めて 2 か月に 1 回の委員会で報告することによって、職位が上位の委員から構成される臨床倫理委員会にて了承を得ることで、病院としての正式な結論としている。膜型人工肺や人工呼吸器等の生命維持装置に関する倫理相談事例については、法的リスクを医療者個人に負わせず、組織がそのリスクを引き受ける点でも、事後であっても必ず審議している。

上記のように臨機応変に活用できるように複数の

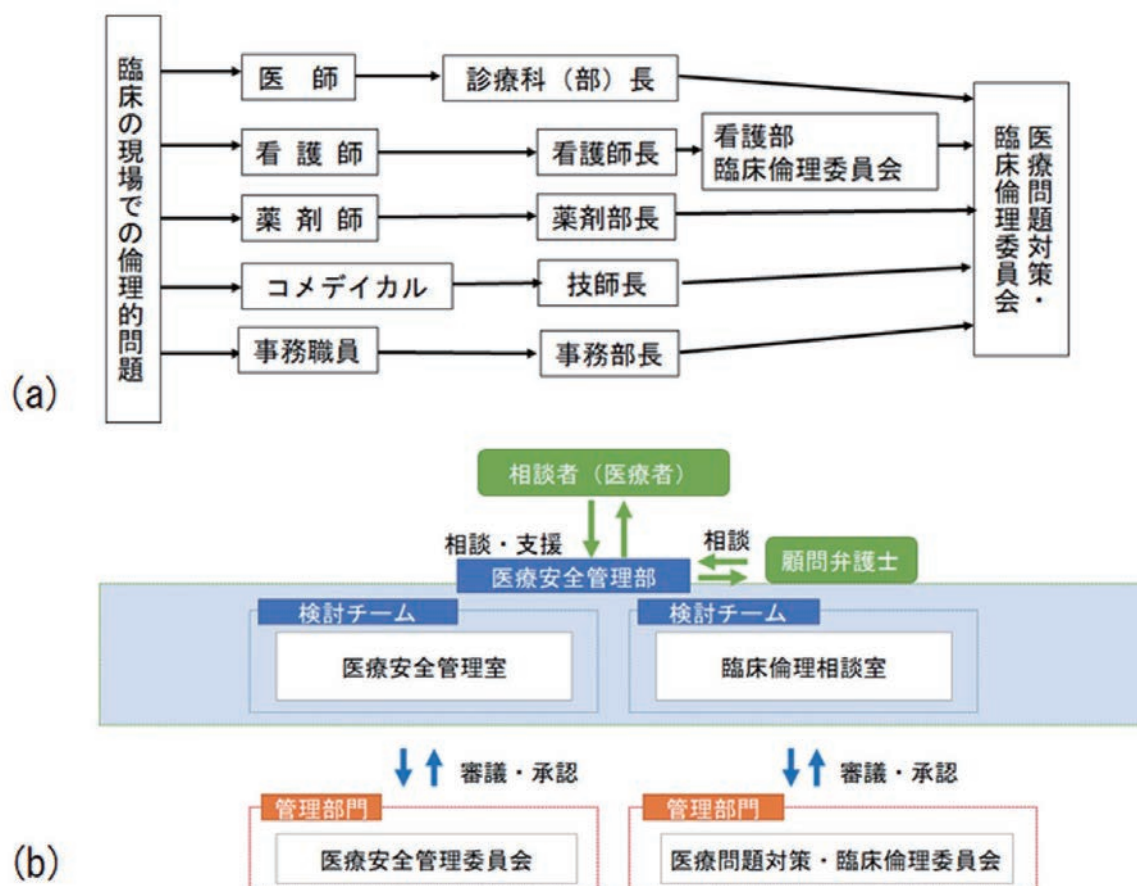


図1 京都大学医学部附属病院における臨床倫理コンサルテーション体制

(a) 委員会コンサルテーションモデル

2007年に臨床倫理委員会を設置した当初の運用。相談者は所属組織の長を経て、医療問題対策・臨床倫理委員会に議題を提出する。

(b) ハイブリッド・モデル

2023年現在の運用。相談者は、医療安全の問題か臨床倫理の問題か区別せずに相談することがあるため、相談を受けた医療安全管理部門が、臨床倫理の問題であれば臨床倫理相談室員としてコンサルテーションに応じる。所属組織の長を通さず直接相談できる体制であり、適時性がある。医療問題対策・臨床倫理委員会で事後に審議し、承認を得る。

モデルを提供するハイブリット・モデルは、全体として連携できているならば、理想的である。いずれのモデルであっても、コンサルタントは、聞くこと、聞いたことを倫理的に問い、解釈し直すことを支援する専門家<sup>16)</sup>であり、求められているものは、解決策を見つける役割ではなく、一步引いた立場から議論を活性化する役割である<sup>15)</sup>。

③ CECの活動継続と維持の課題

CECの現実的な課題として、コンサルタントの意欲・献身にてようやく維持できているに過ぎず、システムとしては脆弱であるという意見や、病院機

能評価の受審時にチームを作ったが、チームを持続することが困難であり実際には活動できていないという指摘もある<sup>9)</sup>。その背景には、臨床倫理に時間をかけるほどの価値はないという考えがあったり、医療・ケアチームと患者の関係に口出しされることを嫌う文化があったり、トップダウンの決定だと誤解して指示されることを嫌ったり不安に思ったりする現場スタッフの意識がある<sup>15)</sup>。

時間をかける価値が見いだせないという意見に対しては、倫理的支援がなければ、有能な医療者が燃え尽きにて離職する可能性という懸念を示し、価値

ある行動であることを伝えるとともに、実際に支援して価値を実感してもらうことが重要である。本院では、倫理的な課題で困っている部下がいたら、相談するようにと上司が声をかけることもあり、科長や部長等の上層部の理解も深まっている。信頼は数年程度では得られないかもしれないが、息の長い活動を継続することで、自ずと理解が得られるようになる。また、臨床倫理委員会で審議することによって、上層部にも理解が広まる。

#### ④臨床倫理と医療安全の両方に関わる教育システムとしての CEC 機能

CEC 機能を医療の質・安全の向上の目的のために活用するという先回りの (proactive) 発想にて、医療安全管理部門が CEC を兼務するという考え方は合目的である。病院機能評価にて CEC の設置が求められているとはいえ、医療法で定められたものではなく、今後も人的資源を確保できるための財政的措置は望みにくい。一方で、医療安全管理の体制確保は、医療法<sup>17)</sup>や医療法施行規則<sup>18)</sup>で定められているため、体制整備は進んでいる。

医療安全の歴史は、世界でも日本でも、医療事故への対応から始まったという経緯がある。少数のうまくいかなかった事例を分析し、その理由を失敗や機能不全に求め、その中でも、人に責任があり、人が危害を引き起こす潜在的根源だと考え、人のエラーの影響を受けにくいシステムを作ることが医療安全の考え方であった。この古典的な安全へのアプローチ法は Safety-I とよばれ、retrospective な対応である。かつてシステムがシンプルであった時代は、その考えでよかったとされる。しかし、現在は、医療システムは複雑になり、うまくいくように状況への適応能力を高めることが重要だとされ、人は、管理の対象ではなく、うまくいくように柔軟に対応できる要素だとみなされるようになり、Safety-II という概念に整理された<sup>19)</sup>。CEC の教育的な側面を利用して、医療者の Safety-II の能力を伸ばすという考え方ができる。かつては、倫理とは、法律や指針に従うことであるとみなされ、病院においても、臨床倫理委員会が適否を判断し、現場の医療者がそれに従うというトップダウンの考え方があったが、現在は、医療が複雑になり、患者は複数の疾患に患し、

患者のおかれた (社会的) 状況も多様になり、ガイドラインに従ったり、教科書通りに治療したりすることが、患者の意向に沿う医療とはいえなくなった。その場面やその患者個人の状況に応じて、最善を目指すということが必要となった。医療者のコンピテンシー (能力)こそが重要であり、その教育なくして、医療安全の確立は困難であるという意見があるように<sup>20)</sup>、医療者としてのコア・コンピテンシーを伸ばすために CEC の場を活用するという考えは、教育の時間を割くことが難しい臨床現場の医療者にとって、実践的教育となり得る。医療安全と臨床倫理は、アプローチ方法が異なる部分も多いが、いずれも、安全性、有効性、患者中心性、適時性、効率性、公正性といった医療の質の 6 つの要素を重視するものである。あえて医療安全と臨床倫理を分けることなく、統合的なシステムを作ることによって、よりよい医療提供システムを構築できる。

#### ⑤統合性 / 包括性

医療の質については、6 つの要素に加えて、近年、統合性 / 包括性 (integrated) が重要だと言われるようになった<sup>21)</sup>。医療機関単位、疾病単位、患者個人単位の枠組みではなく、患者ひとり一人が住み慣れた地域で、よい人生を送ることができるよう組織を超えた連携や協働が重視される。臨床倫理も同様であり、専門家や委員会の判断に任せるのではなく、困っている当事者である患者・介護者も含めて、院外の組織ともつながりながら、包括的な視点で取り組むことが必要な時代になってきている。

#### 4. おわりに

本稿では、約 10 年間の年月をかけて、医療安全管理部門が中心となり、既存の臨床倫理委員会の下に、CEC というシステムを定着させ、他分野、他領域との研究者とともに、医療界の枠を超えて臨床倫理について学ぶ場を構築してきた取り組みを振り返った。病院機能評価、医療法、診療報酬という外発的動機を活用することで、CEC システムを整備することができた。活動を定着させるためには、院内や院外に臨床倫理に強い関心をもつ医療者が臨床倫理を学ぶ場をつくり、実際のコンサルテーション業務を行うことで、医療者の意欲の向上・維持につ



ながら得ることを示した。

### 利益相反に関する開示事項

「日本医療安全学会学会誌「医療と安全」の定める利益相反に関する開示事項はありません。

### 参考文献

- 1) Institute of Medicine. Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. Washington, DC: The National Academies Press, 2001:39-60. <https://doi.org/10.17226/10027>
- 2) About POhWER NHS Complaints Advocacy. <https://www.pohwer.net/Handlers/Download.ashx?IDMF=c39b5924-23d8-4298-83a0-84a6db59c183> [アクセス日 2023/05/05]
- 3) 石川雅彦, 斉藤奈緒美：医療機関における患者・家族支援体制の現状と課題－医療対話推進者に期待される役割と今後の展望－：日本医療・病院管理学会誌 2017;54:171-178
- 4) 一般社団法人日本脳卒中学会. 重症脳卒中急性期の説明のあり方に関する提言. 脳卒中 2023;45:71-77.
- 5) 上白木悦子. 緩和ケア・終末期医療における医療ソーシャルワーカーの役割遂行の構造に関連する要因. 社会福祉学 2018;59:16-29.
- 6) Hodkinson A, Zhou A, Johnson J, Geraghty K, Riley R, Zhou A, Panagopoulou E, Chew-Graham CA, Peters D, Esmail A, Panagioti M. Associations of physician burnout with career engagement and quality of patient care: systematic review and meta-analysis. BMJ. 2022;14:378:e070442.
- 7) 藤本佳子. 看護師のストレス状況と臨床心理士の活用による支援の可能性に関する研究. 日本看護科学会誌 2009;29:60-68.
- 8) 水本一弘. 倫理コンサルテーションチームの活動. 医療と安全 2021;14:38-42.
- 9) 金田浩由紀. 持続可能な臨床倫理コンサルテーション活動に向けて. 生命倫理 2020;30:67-77.
- 10) 樋口範雄 (監訳). WMA 医の倫理マニュアル (原著第3版). 東京, 日本医師会, 2016:15-27.
- 11) 児玉聡 (編集代表). 京大式 臨床倫理のトリセツ. 京都, 金芳堂, 2023
- 12) 厚生労働省 医政局総務課 医療安全推進室. 医療安全管理者の業務指針および養成のための研修プログラム作成指針－医療安全管理者の質の向上のために－. 令和2年3月改定. <https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000613961.pdf> [アクセス日 2023/05/14]
- 13) World Health Organization. Patient safety incident reporting and learning systems. Technical report and guidance (2020). <https://www.who.int/publications/item/9789240010338> [アクセス日 2023/05/14]
- 14) 堂囿俊彦 (編集). 倫理コンサルテーションハンドブック. 東京, 医歯薬出版, 2019:2-14.
- 15) 堂囿俊彦 (編集). 倫理コンサルテーションハンドブック. 東京, 医歯薬出版, 2019:15-36.
- 16) 長尾式子. 倫理的問題の解決を支援する臨床倫理コンサルテーションの役割と意義. 医学界新聞. 東京, 医学書院, 2019.08.26. [https://www.igaku-shoin.co.jp/paper/archive/y2019/PA03335\\_02](https://www.igaku-shoin.co.jp/paper/archive/y2019/PA03335_02) [アクセス日 2023/05/06]
- 17) 医療法. <https://elaws.e-gov.go.jp/document?lawid=323AC0000000205>
- 18) 医療法施行規則. <https://elaws.e-gov.go.jp/document?lawid=323M40000100050>
- 19) Hollnagel E, Wears RL, Braithwaite J. From Safety I to Safety II: A White Paper. The Resilient Health Care Net (2015) <https://www.england.nhs.uk/signuptosafety/wp-content/uploads/sites/16/2015/10/safety-1-safety-2-white-papr.pdf> [アクセス日 2023/05/06]
- 20) Smith KM, Valenta AL. Safety I to Safety II: A paradigm shift or more work as imagined? Comment on “False dawns and new horizons in patient safety research and practice.” Int J Health Policy Manag. 2018;7:671–673. doi:10.15171/ijhpm.2018.24
- 21) World Health Organization. Framework on integrated, people-centred health services. (2016) [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA69/A69\\_39-en.pdf?ua=1](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_39-en.pdf?ua=1) [アクセス日 2023.05.07]

**Abstract****Implementation of Clinical Ethics Consultation in Hospitals : From the Perspective of Patient Safety Officers****Yumi Matsumura****Department of Patient Safety, Kyoto University Hospital**

Patient-centeredness is a core value for providing high-quality health care. In order to practice patient-centered health care, it is necessary to have a system in which healthcare professionals can consult on clinical ethics issues within the hospitals. A case was introduced in which a clinical ethics consultation system was developed step by step at a university hospital. Patient safety officers played a central role in this case, leveraging both extrinsic motivators, such as a third-party certification system, and intrinsic motivators of healthcare staffs in the hospital, and introduced a hybrid model of team consultation model and committee consultation model for flexible clinical ethics consultation. The establishment of clinical ethics consultation in Japanese hospitals would be further promoted through cooperation with patient safety officers. Learning from clinical ethics issues can improve the core skills of healthcare professionals. The introduction of a clinical ethics consultation system should be encouraged for both medical safety and patient-centered care. **Japan Society of Clinical Safety. Healthcare and Safety 17:10-19, 2023.**

**Key words:** clinical ethics, patient safety, advocate, clinical ethics committee, clinical ethics consultation

---



## ◆ 特集：看護安全文化の醸成に向けて ◆



## がん化学療法における高齢者総合的機能評価の重要性

藤澤 大介

慶應義塾大学医学部 医療安全管理部

## ■ 要 旨 ■

高齢がん患者は身体予備能力が低く、抗がん治療の有害事象が強く発現しやすい。一方、年齢で一律に治療方針を決めると、治療から利を得られる患者から治療の機会を奪ってしまう懸念もある。高齢者総合的機能評価 Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) は、身体機能、社会経済状況、認知機能、精神状態、老人症候群、多剤併用、栄養状態などを包括的に評価するもので、CGA に基づいて治療の適応を決めて安全性を確保したり、CGA に基づいて適切な支持療法や支援を行うことで、治療有害事象を軽減したりできる可能性がある。がん医療の現場に実装していくために、多職種によって CGA を行い、診療やケアに活用していく仕組みが重要と考えられる。日本医療安全学会機関誌 医療と安全 17:20-23, 2023.

キーワード：評価，がん，高齢者総合的機能評価，化学療法，高齢者

化学療法の安全管理はすべてのがん患者に重要である。とりわけ高齢のがん患者は身体予備能力が低く、若年患者と比較して抗がん治療の有害事象が強く発現しやすく、抗がん治療を早期に中断したり、高い確率で入院に至ったりする<sup>1,2)</sup>。実際、本邦のDPCデータを用いた、院内で死亡した65歳以上のがん患者を対象とした大規模研究（対象期間2011年1月～2015年3月、対象施設約1000病院、対象患者369,616人）によれば、85歳以上、75-84歳、64-74歳の3群の比較において、緊急入院率がそれぞれ81.9%、74.3%、70.5%、救急車で入院率がそれぞれ36.3%、29.4%、25.0%、抗がん剤最終投与からの死亡までの平均日数が8.4日、9.6日、10.0日と、高齢になるに従って重篤化リスクが高かった<sup>3)</sup>。

化学療法の臨床試験は、高齢者、合併症を有する者、有意な機能障害を有する者、いわゆる老年症候群を有する者を対象外としていることが多く、高齢者の認容性に関するエビデンスが乏しいことも臨床上の課題である<sup>4)</sup>。高齢者では化学療法の害が利益を上回る可能性が高い一方で、年齢で一律に治療方針を決めると、治療から利を得られる患者から治療

の機会を奪ってしまう懸念もある。

そのようなことを背景とした安全管理の取り組みの一つとして、高齢者総合的機能評価 Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) がある<sup>5)</sup>。CGAとは、身体機能、社会経済状況、認知機能、精神状態、老人症候群、多剤併用、栄養状態などを総合的・包括的に（あるいは、“全人的に”）評価するものである（表1）。

CGAによる高リスク群はがんを含むさまざまな病態において予後不良であり、抗がん治療の適応を決定する上での参考基準となる。また、CGAに基づいて、様々な支持療法や、心理社会的介入や、診療を進める上での配慮（表2）を行うことによって、抗がん治療に対する患者の認容性を高めることにも用いられる。

米国ロチェスター大学関連病院群において、75歳以降の進行期非小細胞肺癌（N=180）を対象に、CGAに基づいた介入を行う群（介入群）と通常ケア群（対照群）を比較したランダム化比較試験では、重篤な治療有害事象（Common Terminology Criteria for Adverse Events：CTCAEにおけるgrade 3以上の

表 1 高齢者総合的機能評価の評価項目の例

項目	評価内容
身体機能	活動性 (Performance Status: PS)
	日常生活動作 (Activity of Daily Living: ADL)
	手段的生活動作 (Instrumental ADL: IADL)
	併存疾患の数と重症度
社会経済状況	ソーシャルサポート、生活環境
認知機能	認知症、認知機能低下
精神状態	せん妄

有害事象)の発生率が、53.1% 対 71.6% ( $p<0.01$ )と、介入群において有意に低く抑えることができた」と報告されている<sup>6)</sup>。

アメリカ臨床腫瘍学会のガイドラインは、化学療法を開始する 65 歳以上の患者に対して、日常的には検出されない脆弱性を特定するために (C)GA を使用すべきとしている<sup>2)</sup>。しかし、CGA の実施には時間と労力を要し、本邦では、令和 2 年度診療報酬改定より、「日常生活能力、認知機能、意欲等について総合的な評価を行った上で結果を踏まえて入退院支援を行った場合」に、総合機能評価加算 50 点が入退院支援加算に加算されるものの、現場の労力に見合っておらず定着が課題である。現行の診療報酬では CGA は医師が実施する必要があるが、多職種が評価を行い、診療やケアに活用していく仕組みが重要と考えられる。

#### 利益相反に関する開示事項

日本医療安全学会学会誌「医療と安全」の定める利益相反に関する開示事項はありません。

#### 参考文献

- 1) Mohamed MR, Loh KP, Mohile SG, Sohn M, Webb T, Wells M, Yilmaz S, Tylock R, Culakova E, Magnuson A, Sun CL, Bearden J, Hopkins JO, Faller BA, Klepin HD. External Validation of Risk Factors for Unplanned Hospitalization in Older Adults With Advanced Cancer Receiving Chemotherapy. J Natl Compr Canc Network 2023; 21(3):273-280.e3.
- 2) Mohile SG, Dale W, Somerfield MR, Schonberg MA, Boyd CM, Burhenn PS, Canin B, Cohen HJ, Holmes HM, Hopkins JO, Janelins MC, Khorana AA, Klepin HD, Lichtman SM, Mustian KM, Tew WP, Hurria A. Practical Assessment and Management of Vulnerabilities in Older Patients Receiving Chemotherapy: ASCO Guideline for Geriatric Oncology. J Clin Oncology 2018; 36(22):2326-2347.
- 3) Shirane S, Michihata N, Yoshiuchi K, Ariyoshi K, Iwase S, Morita K, Matsui H, Fushimi K, Yasunaga H. Evaluation of quality indicators near death in older adult cancer decedents in Japan: A nationwide retrospective cohort study. Jpn J Clin Oncology 2021; 51(11), 1643-1648.
- 4) Sedrak MS, Freedman RA, Cohen HJ, Muss HB, Jatoi A, Klepin HD, Wildes TM, Le-Rademacher JG, Kimmick GG, Tew WP, George K, Padam S, Liu J, Wong AR, Lynch A, Djulbegovic B, Mohile SG, Dale W; Cancer and Aging Research Group (CARG). Older adult participation in cancer clinical trials: A systematic review of barriers and interventions. CA

表2 CGAに基づく介入の例

CGA 項目	介入の例
併存症	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ かかりつけ医にがん治療計画の情報提供</li> <li>・ 治療選択肢の変更 (例) 糖尿病患者に神経毒性の強いレジメンを避ける 慢性心不全患者に用量負荷を避け点滴速度を落とす 併存症に応じて、抗がん剤の用量・投与間隔を調整</li> <li>・ 禁煙カウンセリング</li> </ul>
認知障害	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 予約・処方・治療を文書で明確に情報提供</li> <li>・ 認知機能に影響する薬剤の減量・中止</li> <li>・ 意思決定能力の査定と代理意思決定者の指定</li> <li>・ レジメン・量の変更</li> <li>・ せん妄パンフレットの提供</li> <li>・ 専門家への紹介</li> <li>・ 内服支援</li> </ul>
身体機能低下	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 頻回の有害事象チェック</li> <li>・ 運動に関する情報提供／運動処方</li> <li>・ 転倒転落リスクの情報提供／カウンセリング</li> <li>・ エネルギー保存の教育</li> </ul>
ADL 低下	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 薬剤レビュー（重複処方の削除、向精神薬の最少化）</li> <li>・ レジメン・量の調整</li> <li>・ 多職種連携（理学療法士、作業療法士、視覚療法士）</li> <li>・ 起立性血圧測定と降圧薬の中止</li> </ul>
栄養障害	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 頻回の有害事象チェック</li> <li>・ 栄養・口内炎に関する情報提供</li> <li>・ 悪心嘔吐を来すレジメンを避け、強力な嘔気対策</li> <li>・ 多職種連携（栄養士、歯科、嚥下リハビリ）</li> </ul>
低いソーシャル ・ サポート	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 代理意思決定者の確認</li> <li>・ レジメン・量の調整</li> <li>・ 多職種連携（ソーシャルワーカー、訪問看護、通院支援、保険、地域資源）</li> </ul>
多剤併用	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 内服薬の見直し、降圧薬・血糖降下薬の減量</li> <li>・ かかりつけ医への減薬依頼</li> <li>・ かかりつけ薬剤師との連携</li> <li>・ 薬剤師による薬剤指導とカウンセリング</li> <li>・ 服薬カレンダーやピルボックスの推奨</li> <li>・ 簡単な説明書の用意（小学校レベル）</li> <li>・ 多剤併用に関する情報提供</li> </ul>
精神心理的問題	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ かかりつけ医への情報提供</li> <li>・ 多職種連携（心理士、ソーシャルワーカー、スピリチュアル・カウンセリング、緩和ケア）</li> <li>・ 向精神薬の処方</li> </ul>



- Cancer J Clin 2021; 71(1), 78-92.
- 5) Loh KP, Lam V, Webber K, Padam S, Sedrak MS, Musinipally V, Grogan M, Presley CJ, Grandi J, Sanapala C, Castillo DA, DiGiovanni G, Mohile SG, Walter LC, Wong ML. Characteristics Associated With Functional Changes During Systemic Cancer Treatments: A Systematic Review Focused on Older Adults. J Natl Compr Canc Network 2021; 19(9), 1055-1062.
- 6) Presley CJ, Mohamed MR, Culakova E, Flannery M, Vibhakar PH, Hoyd R, Amini A, VanderWalde N, Wong ML, Tsubata Y, Spakowicz DJ, Mohile SG. A Geriatric Assessment Intervention to Reduce Treatment Toxicity Among Older Adults With Advanced Lung Cancer: A Subgroup Analysis From a Cluster Randomized Controlled Trial. Frontier Oncology 2022; 12, 835582.

## Abstract

### Comprehensive Geriatric Assessment in Cancer Chemotherapy

Daisuke Fujisawa

Keio University School of Medicine, Division of Patient Safety

Older cancer patients are more vulnerable than younger patients and they are more likely to experience severe adverse events from anticancer therapy. However, a uniform treatment strategy based on age may deprive patients who could benefit from treatment of the opportunity to receive it. The Comprehensive Geriatric Assessment (CGA), which is systemic evaluation of a patient's physical function, socioeconomic status, cognitive function, mental status, geriatric syndrome, medications, nutritional status, etc., can be a solution for such a problem. The CGA provide pivotal information when considering the indication of cancer treatments ensuring safety. Appropriate supportive care and support based on CGA can reduce adverse events. Introduction of multidisciplinary approach is desirable to implement and further promote administration of CGA. **Japan Society of Clinical Safety. Healthcare and Safety 17:20-23, 2023.**

**Key words:** assessment, cancer, CGA, chemotherapy, elderly

## ◆ 特集：看護安全文化の醸成に向けて ◆



## がん診療とチーム医療 ～個別化医療の標準化とは～

河田 健司

藤田医科大学医学部臨床腫瘍科

## ■ 要 旨 ■

医療は個別化医療と画一的医療が混在している。画一的医療は、答え (answer) がある医療で、その仕事の基盤となるため、まず初めに整備する必要がある。がん診療に関わる看護師の仕事は、他の医療に携わる職種と比べ、個別化医療・複雑な業務・応える (response) 医療が多い。複雑な業務である個別化医療にはチームングが適している。基盤としてチームングができていると、「学習しながら実行する」組織ができる。「複雑な業務 (個別化医療) の標準化ができている」ということはチームングを基盤とした「学習しながら実行する」体制ができていることだといえる。日本医療安全学会機関誌 医療と安全 17:24-27, 2023.

キーワード：個別化医療、チームング

医療は個別化医療と画一的医療が混在している。「個別化医療」＝「複雑な業務」＝「応える (response) 医療」, 「画一的医療」＝「ルーチン業務」＝「答える (answer) 医療」と言い換えることができる。個別化医療と画一的医療について「疾患」という視点と「職種」という視点で考えると以下ようになる。がんのような「形態」の疾患と、心臓や腎臓のような「機能」の疾患と比較すると、以下ようになる (図1)。「形態」の疾患は個別化医療が多く、画一的医療が少ない。一方、「機能」の疾患は個別化医療が少なく、画一的医療が多い。これは、「形態」のがん治療の場合、患者さんの気持ちが治療の選択に大きな影響があり、「機能」の心臓や腎臓疾患の場合、「機能」すなわち「数値」で対応する治療法が決まっていることが多いためである。

職種の視点では、医師、看護師、薬剤師で考えると以下ようになる (図2)。看護師は個別化医療が多く、画一的医療が少ない。薬剤師は個別化医療が少なく、画一的医療が多い。医師はその中間くらいと考える。

以上のことから、がん診療に関わる看護師の仕事

は、他の医療に携わる職種と比べ、個別化医療・複雑な業務・応える (response) 医療が多いといえる。

がん化学療法における看護師の仕事はその内容により、個別化医療と画一的医療の割合が異なる。薬物投与は決められた順番 / ルート / 速度で投与するため、画一的医療が多い。一方、患者指導やアドバンスケアプランニングは個別化医療が多くなる。医療はどのような仕事内容でも、個別化医療と画一的医療が混在している。画一的医療は、答え (answer) がある医療で、その仕事の基盤となるため、まず初めに整備する必要がある。

仕事の業務を「複雑な業務」と「ルーチン業務」という視点で考えることは、エイミー・C・エドモンドソン著の「チームが機能するとはどういうことか TEAMING」で述べられている<sup>1)</sup>。

この本の中で、「複雑な業務」にはチームングが有効であり、多くの仕事の中でもチームングがもっとも行われているのは「病院」であると述べられている。

チームは：名詞で、共通の目標を目指して協力する常設の固定されたグループ、明確に定義された境界の内部に目が向けられている。病院でいえば、○

## 「形態」と「機能」による個別化医療

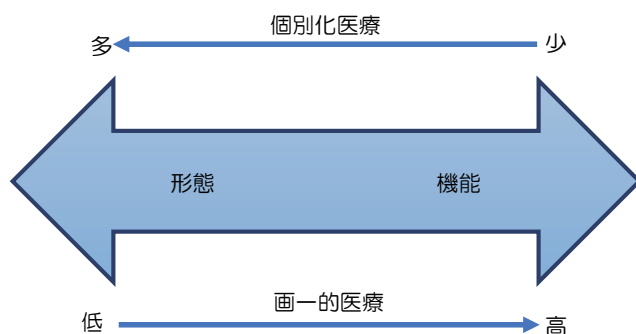


図1 「形態」と「機能」による個別化医療

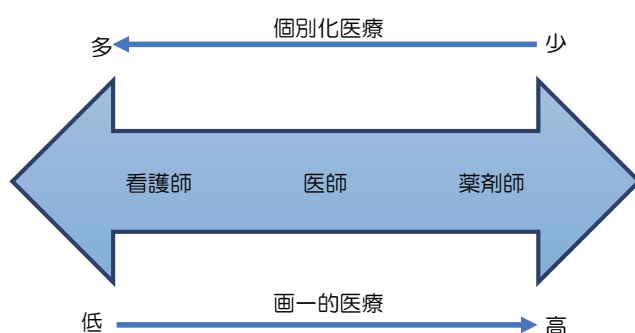


図2 個別化医療の「職種」による違い

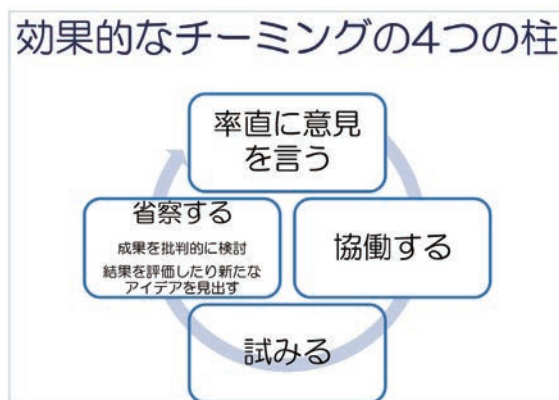


図3 効果的なチームング4つの柱 エイミー・C・エドモンドソン著「チームが機能するとはどういうことか」2014年<sup>1)</sup>から改変

○病棟の看護師チーム、であろう。

チームングは、動詞で、協働するという「活動」を表す造語で、しっかりとしたチーム構造という堅固さをもつことなく、柔軟さと協力と協働が必要である。新しいアイデアを生み、答えを探し、問題を解決するために団結する働き方で、組織学習の基盤となる。病院でいうと、例えば救急外来で来院した重症患者の治療について、その場で受付・看護部・内科医・外科医・検査室・薬剤部が調和し、自分たちが共有する判断や知識に基づいて何を解決すべきか決めることである。

チームングが行われていると、一人ひとりが他の人の役割や意見を意識し、最良のタイミング、最良の方法で自分の仕事をして、その医療措置全体をサポートすることができる。一方、チームングができていないと、自分が所属する専門家の必要性（論理）に基づいて、できるだけ効率よく仕事をする状況となる。

効果的なチームングには4つの柱がある（図3）。「率直に意見を言う」、「協働する」、「試みる」、そして「省察する」である。私は「率直に意見を言う」というところが最も重要だと考える。

基盤としてチームングができていると、「学習するための組織づくり」、「学習しながら実行する」組織ができる（図4）。「複雑な業務（個別化医療）の標準化ができている」ということはチームングを基盤とした「学習しながら実行する」体制ができていることだと考える。

学習しながら実行する体制づくりは、仕事をしている環境の重要な特徴を理解することから始まる。これをプロセス知識スペクトルで示すと以下になる（図5）。

プロセス知識スペクトルの位置によって、仕事のタイプ、不確実性、失敗の頻度、組織学習の目標、学習のためのツール、成功の尺度が異なり（図6）、取り組み方が変わる（図7）。個別化医療は複雑な

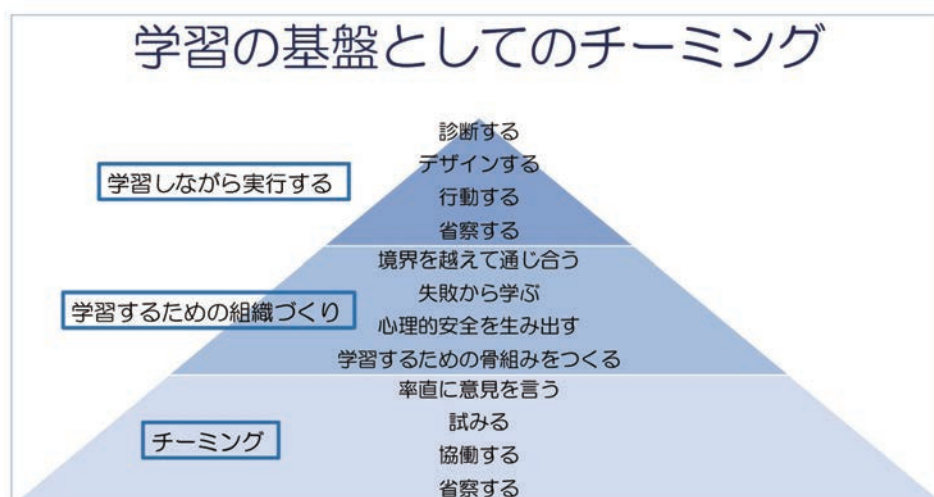


図4 学習の基盤としてのチーミング．エイミー・C・エドモンドソン著 「チームが機能するとはどういうことか」 2014年<sup>1)</sup>から改変

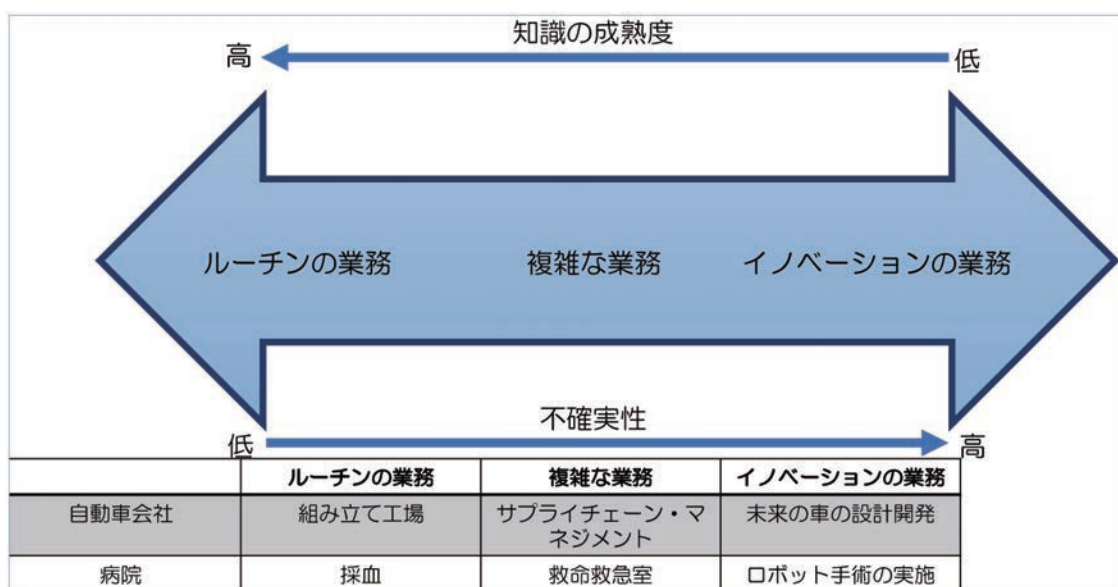


図5 プロセス知識スペクトル．文献1)と著者の図2が合わさったもの。

3つの状況における、学習しながら実行すること			
	ルーチン業務	複雑な業務	イノベーションの業務
診断	目標の評価基準に照らしてどのように行動するのか	直面するリスクはどのようなものか	どんなチャンスを探求するといいか
デザイン	仕事のある一面と、それを改善するアプローチを選ぶ	解決すべき問題を特定し選択肢をブレインストーミングで話し合う	可能性を一つ選んで試みを行い、最初のステップをデザインする
アクション	構造化された、あるいは既存のアプローチに従って改善を行う	選択肢を試す。リスクが高い業務の場合は本来の仕事から離れたところで行う	試作品を使って試してみる
省察	対象の仕事は改善されたか	その選択肢がうまく機能して、問題解決やリスク軽減ができたか	生じる失敗から、何を学ぶことができるか
メンタルモデルの共有	あり	あり/なしの混在	なし

図6 業務の状況はプロセス知識スペクトルの位置によってどのように異なるのか．エイミー・C・エドモンドソン著 「チームが機能するとはどういうことか」 2014年<sup>1)</sup>から改変



	ルーチンの業務	複雑な業務	イノベーションの業務
仕事のタイプ	確立されたプロセス	確立された/一時的な/新たなプロセスの混合	一貫したプロセスの指針、独特のプロセスの詳細
不確実性	低い：結果が予想される	中程度：もたらされるものも結果も予想がつきにくい	高い：結果が予想できない
失敗の頻度	回避できる。またはめったに起こらない。	起こりうる ～警戒が不可欠	頻繁に起きる。また望ましくさえある（成功しなかった試み）
組織学習の目標	絶え間ない改善	問題解決	イノベーション
学習のための重要なツール	総合品質管理（TQM） 統計的工程管理（SPC） 行灯（アンドン）コード	心理的に安全な環境、個人間の用心深いコミュニケーション	構造化されたイノベーション・プロセス、多分野の人々から成るチーム
成功の尺度	効率性/信頼性	安全性/品質	イノベーション/発見
例	画一的医療	個別化医療	臨床研究

図7 3つの状況における、学習しながら実行すること。エイミー・C・エドモンドソン著「チームが機能するとはどういうことか」2014年<sup>1)</sup>から改変

業務に当てはまる。

以上をまとめると、看護師は個別化医療（複雑な業務）が多く、個別化医療は個々の患者さんごとに異なるため、一つ一つの対応を標準化することは難しい。そのため「個別化医療の仕方」を標準化することが必要になる。個別化医療にはチームングが適している。率直に意見を言うことができる環境下のチームングを基盤とした「学習しながら実行する」体制をつくることで、「個別化医療の仕方」を標準化できる。

#### 利益相反に関する開示事項

日本医療安全学会学会誌「医療と安全」の定める利益相反に関する開示事項はありません。

#### 参考文献

- 1) エイミー・C・エドモンドソン. チームが機能するとはどういうことか TEAMING. 東京：英治出版, 2014.

#### Abstract

#### Cancer treatment, team medicine, and personalized medicine

Kenji Kawada

Fujita Health University, School of Medicine, Department of Medical Oncology

Medical care is a mixture of personalized medicine and uniform medicine. Uniform medicine is medicine with an answer, and it is the foundation of the work, so it is necessary to develop it first. The jobs of nurses involved in cancer treatment are more personalized medicine, complicated tasks, and response medicine than other occupations involved in medical care. Teaming is suitable for personalized medicine, which is a complex task. If teaming is established as a foundation, it will be possible to create an organization that implements while learning. The fact that "complex tasks (personalized medicine) have been standardized" means that a system of "learning and executing" based on teaming has been established. **Japan Society of Clinical Safety. Healthcare and Safety 17:24-27, 2023.**

**Key words:** personalized medicine, teaming

## ◆ 特集：看護安全文化の醸成に向けて ◆



## 入退院の調整と継続看護

堀田 まゆみ

東海大学医学部附属八王子病院 看護部

## ■ 要 旨 ■

少子化・超高齢化社会が進む中での解決策として在宅医療が大きな役割を果たすことになる。東海大学医学部附属八王子病院の入退院センターでは、地域における医療・介護の関連機関が連携して包括的かつ継続的な在宅医療・介護を提供することが重要であることから、在宅医療・介護連携を推進している。退院支援に力を入れることで、地域包括ケアが安全に行われるよう取り組んでいる。今後さらに、医療施設間とのネットワーク構築、個人情報の取り扱いなどの対策を検討していく必要がある。日本医療安全学会機関誌 医療と安全 17: 28-31, 2023.

キーワード：入退院管理システム、入退院調整、地域包括ケア、継続看護

## 1. はじめに

少子化・超高齢化社会が進むに連れ、「2025年問題」というキーワードがクローズアップされている。労働力不足や、税金など様々な問題が表面化しており、医療や介護の場でも今以上に大きな影響が及ぶことが推測される。

団塊の世代が75歳を迎える2025年まであと数年となっている。現在の世代2人で1人の高齢者を支えることになり、深刻な問題としては労働力不足であり、医療現場でも需要と供給のバランスが崩れると大きな問題になってくる。この問題をどのように解決していくかが鍵になってくる。また、単身世帯は増加の一途を辿っており、独居の高齢者が増加していくことが想像される。

この解決策として在宅医療が大きな役割を果たすことになってくる。

厚生労働省は「医療と介護を必要とする状態の高齢者が住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けることができるよう、地域における医療・介護の関連機関が連携して包括的かつ継続的な在宅医療・介護を提供することが重要」として在宅医療・介護連携の推進してる。

東海大学医学部附属八王子病院のセンターでは、医師、薬剤師、栄養士、社会福祉士など多職種と連携し、地域包括ケアを促進していくよう努めている。特に本論では、入退院センターの役割を拡大し、すべての入院予約患者に対応できるよう業務調整をおこない、退院支援看護師を各フロア2名にし、退院支援に力を入れることで、地域包括ケアが安全に行われるよう取り組んでいるため、ここに報告する。

## 2. 医療機能・病床機能分化

地域包括ケアシステムの推進と医療の機能分化・強化を図るため、東京都退院支援マニュアル<sup>3)</sup>を参照し、入院医療について、機能に応じた適切な評価の推進と手厚い医療に対する評価の充実を実施している。

## 1) 病院の種類

- (1) 医療法上の区分：①特定機能病院（最先端の治療と研究）、②地域医療支援病院（救急医療と紹介受入）、③一般病院、④精神病院、⑤結核病院
- (2) 役割別：①急性期病院（高度急性期機能と急性期機能）、②ケアミックス病院（一般病床と

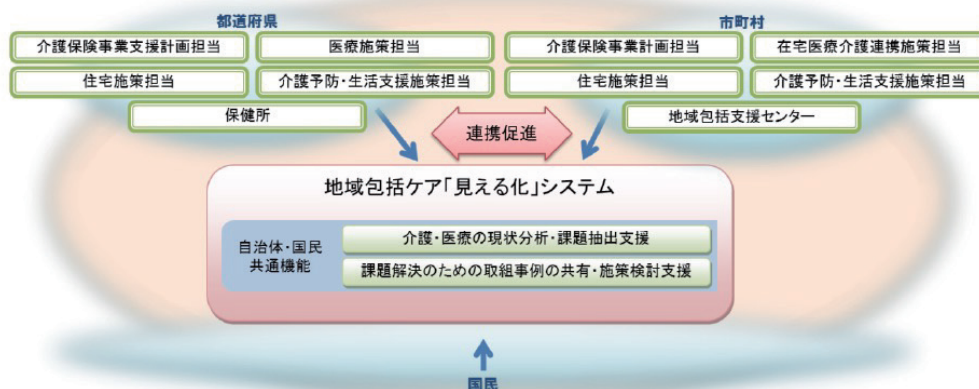


図1 厚生労働省 地域包括ケア「見える化」システム<sup>2)</sup>

療養病床が混在，リハビリ病棟・地域包括ケア病棟），慢性期病院（療養病床）

- 2) 地域包括ケア病棟：急性期医療を経過して症状が安定した患者が自宅や施設で安定した生活を送るためにリハビリや自宅内の環境調整ですぐに退院が難しい方を受け入れ退院支援を行う（入院期間：病状により入院期間は異なるが最長で60日間）
- 3) 回復期リハビリテーション病棟：脳血管疾患や大腿骨頸部骨折などの病気やけがで急性期を脱しても，まだ医学的・社会的・心理的サポートを必要とする方に対して，多くの専門職種がチームを組んで集中的なリハビリテーションを実施し，心身ともに回復した状態で自宅や社会へ戻っていくことを目的とした病棟（入院期間：疾患により異なる最長180日間）

急性期病院からの転院には，難色を示す患者・家族もいる。そこで医療従事者が病院機能・機能分化について理解し，患者さんの社会復帰に繋がる仕組みであることを入院前から説明できることが大切である。

### 3. 入退院支援・退院調整

少子化・超高齢多死社会になってくることで，今までは「病院完結」であったのが，「地域完結型」へと変化してきている。

患者さんが安心・納得して退院し，早期に住み慣れた地域で療養や生活を継続できるよう入院医療に

おける在宅復帰を強化するために退院支援や退院調整が重要となってくる。

#### 1) 退院支援看護師の役割

意思決定の支援（病棟・外来），患者さんが自分の病気や病態を理解・受け止め，生活の場に戻ろうと考え始める際に，受容支援と自立に向けた支援を行う。

#### 2) 退院調整看護師の役割

患者さんの決定を可能にするため，制度・地域医療・福祉サービスへの調整を社会福祉士とともに実施し，患者さんの人生の再構築を支援する。退院支援・退院調整には3つの段階プロセス<sup>4)</sup>がある。

STEP1（第1段階）：スクリーニングとアセスメント（外来～入院後48時間），支援の必要性を患者・家族と共有し，動機付ける。

STEP2（第2段階）：受容支援と自立支援（入院3日目～退院まで）継続的にアセスメントし，チームで支援する。患者・家族の「疾患理解」「受容」を支援，患者・家族の「自己決定」を支援，「退院後の生活のイメージ」を患者・家族と共に相談・構築する。

STEP3（第3段階）：サービス調整，退院調整（必要となった時点～退院まで）退院を可能にするための制度・社会的資源の調整，地域サービス・社会資源との連携・調整を行う。



表1 東海大学医学部附属八王子病院看護連携の実例

部署名	目的	職員構成	主な業務内容
総合相談室	当院が提供する医療に関わる様々な相談窓口として機能するものであり、患者へのサービスを基本とし、当院の医療に付加価値を与える	医師・社会福祉士（ソーシャルワーカー）・事務職員	患者の心理社会的・家族的問題についての相談、医療費をはじめとする経済的問題について相談、転院や施設利用についての相談、社会福祉制度の紹介や情報提供など
入退院センター	看護師が入院調整（病床有効活用）や退院調整（地域連携業務）に積極的にかかわり、患者サービスの向上および患者増加対策をとる	医師・看護師	受診支援に関する業務、入院調整に関する業務、退院支援・退院調整、入院前の面談と説明
医療連携室	地域の医療機関に対する患者紹介にかかわる業務を担う部署として、医療機関との信頼関係の構築と連携の安定を図る	医師・事務職員	地域医療機関および患者に対する相談、医療機関からのFAXや電話での予約取得、患者からの電話での予約取得、再診の予約・変更、検査の予約取得、紹介状管理など

八王子病院入退院センター業務マニュアル（2022年度改訂版）を参考し、看護部新人オリエンテーション資料として作成

### 3) 入院前から支援する仕組み

外来で治療方針の説明、検査・治療内容の説明、持参薬の確認、入院生活の説明、患者情報の確認（サービス利用の確認）、療養上のリスクアセスメント（転倒・転落、認知症など）を事前に行う。患者はどのような治療経過をおくるのかイメージし、準備して入院に挑める。入院時には患者の個別性を事前にアセスメントした上で受け入れられる。（介護支援連携指導、退院時協働指導など）

### 4. 看護連携の実例、病院での取り組み

継続看護を可能にするためには看護サマリー（外来・病棟・地域をつなぐツール）が重要である。患者支援センターは総合相談室、入退院センター、医療連携室の3つの部署で医師・看護師・社会福祉士・医事職員が協力し、ひとつの機能単位として「患者の受容から退院」までを支援している。

私達入退院センターはPFM（Patient Flow Management）である患者サービスの向上を目指し、患者の入院前から退院までの流れ（フロー）をコーディネートして安全・安心な医療を提供し経済性の向上、在院日数の短縮、院内資源活用を目標として

いる。

#### (1) 診療科振り分け・看護問診

緊急性を判断し、適切な診療科での受診につなげる。円滑な受診を勧めることで患者サービスに貢献するため、看護問診の入力により診療科の看護師に患者情報を的確に伝達し、スムーズな受診に繋げる。

#### (2) 入院前説明

計画的入院診療を安全に遂行できるようサポートするために、入院前の情報から支援介入の必要性について検討し、入院前より早期退院に向けた介入ができるよう調整する。

入院予約をした患者・家族から情報収集を行い、入院前からリスクアセスメントしている。また入院や手術についてのオリエンテーション、同意書や休薬確認、事前検査の確認も行っている。

休薬などがある場合、薬剤師が介入、また食事に関しては栄養士が介入する。

#### (3) ベッドコントロール

緊急・予定入院・転院受け入れなど適切な治療が行える環境をいち早く提供する。入院時の情報から支援介入の必要性について検討し、入院時より早期退院に向けた介入ができるよう調整を行う。院内の



空床状況を把握し、専門病棟への入院をスムーズに行うために、患者状態を把握し、入院病棟へ情報提供を行う。また、必要時、支援介入依頼を行う。

#### (4) 退院調整

患者・家族が病気や障害を抱えながら不安なく在宅で生活できるよう退院を調整する。入院前の情報から支援介入の必要性を検討し、入院前より早期退院に向けた介入ができるよう調整するため、介護保険の説明、ケアマネジャー選定、訪問看護導入・往診医導入、退院前カンファレンスを行う。また、依頼を受け逆紹介の支援を行う。

#### 5. おわりに

これからより一層、入退院センターの役割が重要になる。地域においても患者が安全・安心して継続して治療を受けながら生活でき、患者・家族が望む終末期を迎えられるよう、地域の医療機関と情報の共有を行うことが重要である。今後は医療施設間とのネットワーク構築、個人情報の取り扱いなどの対策を検討していく必要がある。

#### 利益相反に関する開示事項

「日本医療安全学会学会誌「医療と安全」の定める

利益相反に関する開示事項はありません。

#### 参考文献

- 1) 厚生労働省. 在宅医療・介護連携推進事業について. <https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12401000-Hokenkyoku-Soumuka/0000076545.pdf> [アクセス日 2022 年 1 月 10 日]
- 2) 厚生労働省. 地域包括ケア「見える化」システム. <http://mieruka.mhlw.go.jp/> [アクセス日 2022 年 1 月 10 日]
- 3) 東京都保健医療局. 東京都退院支援マニュアル (平成 28 年 3 月改訂版. [https://www.hokeniryo.metro.tokyo.lg.jp/iryo/iryo\\_hoken/zaitakuryouyou/taiinnshienn.html](https://www.hokeniryo.metro.tokyo.lg.jp/iryo/iryo_hoken/zaitakuryouyou/taiinnshienn.html) [アクセス日 2022 年 1 月 10 日]
- 4) 宇都宮宏子. 退院支援実践ナビ. 東京:医学書院, 2011.

---

#### Abstract

#### Coordination of admission and discharge and continuous nursing

Mayumi Horia

Tokai University Hachioji Hospital

Home care will play a major role as a solution to the declining birthrate and super-aging society. The Admission and Discharge Center of Hachioji Hospital, Tokai University, believes that it is important to provide comprehensive and continuous home care and continuing nursing in collaboration with local medical and nursing care institutions, and is promoting it. By focusing on discharge support, we are working to ensure that the Community-based Integrated Care can be carried out safely. In the future, it will be necessary to consider measures such as network construction between medical facilities and the handling of personal information. **Japan Society of Clinical Safety. Healthcare and Safety 17:28-31, 2023**

**Key words:** Patient Flow Management (PFM), coordination of admission and discharge, Community-based Integrated Care

---

## ◆ 特集：看護安全文化の醸成に向けて ◆



## 看護技術の暗黙知と形式知

藤井 千枝子

慶應義塾大学 看護医療学部

## ■ 要 旨 ■

看護の技は暗黙知という話も多い。「SECI（セキ）モード」は、暗黙知と形式知が回りながら、個人の知識や経験を組織で共有するイノベーション理論である。このサイクルは、安全を基盤とする対話により、暗黙知が、形式知とし、さらには看護安全の体系化にも寄与しうる。共感知が生まれる場で表出される看護技術は、看護安全文化の醸成につながる。日本医療安全学会機関誌 医療と安全 17: 32-35, 2023.

キーワード：看護安全、看護技術、暗黙知、形式知、対話

## 1. 受け継がれる技と知

技術の学習方法の一つに、OJT (On the Job Training) がある。これは、①やって見せる (show), ②説明する (tell), ③やらせる (do), ④チェックする (check) という方法である。看護実践においても、この方法が多くなされてきた。日本の職人教育においては、「背中を見て覚えろ」という教え方が主流だった。職人は、自分で考えて工夫することが求められたが、弟子が地味な修業に耐えうる「強い意思」を前提とした。一方、多人数を対象とする職人養成では、教える側は「言葉で説明する」ことが求められた<sup>1)</sup>。

個々が学びとる力を養うこともいつの時代にも大切である。しかし、社会には絶え間なく新しいものが生まれ、その回転は速くなっている。多様化する中で安全な実践を施すためには、技と知を伝え合うことが求められる。

## 2. 看護技術の暗黙知と形式知のサイクルのために

## (1) 暗黙知と形式知のサイクル

暗黙知は、言語や文章で表出するのが難しい暗黙的で主観的な知であり、形式知は、言語や文章で表出できる明示的で、客観的な知である。暗黙知と形式知も相互に作用し、スパイラルに回りながら新しい知を生み出す<sup>2)</sup>。このサイクルは、「SECI(セキ)モー

ド」と言われ、個人の知識や経験を組織で共有する日本発のイノベーション理論である(図1)。ここには、知識変換の四つのモードがある。「共同化」は、経験を共有することにより暗黙知を創造するプロセスである。修業中の弟子がその師から、言語によらず、観察、模倣、練習によって技能を学ぶなどが例となる。「表出化」は、暗黙知を明確なコンセプトに表すプロセスであり、言語表出はしばしば不適當、不十分で一貫しないことがある。その不一致は、人間の思考や相互作用を促すものでもある。「連結化」は、コンセプトを組み合わせる一つの知識体系を創り出すプロセスであり、「内面化」は、形式知を暗黙知へ体系化するプロセスである<sup>3)</sup>。

医療や福祉従事者は、言語によらず技能を学ぶこともあるが、その背景にはそれぞれの専門教育がある。解剖生理学など、予め知識が共有されていることで学びとることができる。看護師たちは、観て、判断し、行動する。例えば、患者の動きを支援するために見守りながら、患者の次の動きを促すことや、転倒などの危険を予防するために自身の身体の位置をわずかに動かす。このような看護の技も、サイクルによって知識体系となり一般化されれば、多くの場で看護安全が推進される。



図1 SECI (セキ) モード

## (2) 言語と非言語

人間は、ひとたび名前付けにより世界の像が生成されると、世界を操作する代わりに、この世界像を操作して、世界の変化を容易に模擬できる。これが思考である。名前、すなわち概念は、そのとき思考の操作の単位となる。この世界像の操作により、過去を思い描いたり、未来を想像したりできる<sup>4)</sup>。一方、非言語的交互作用もある。非言語としては、ボディランゲージ、身体的姿勢、アイコンタクト、ジェスチャー、表情、一般的脅威などがある<sup>5)</sup>。

看護師は、目を合わせたり、あえて目を反らしたり、目以外の場所をみるなどを使い分ける。このアイコンタクトは、それぞれが非言語的に培ってきた技と言える。また、痛みを表すには、言語だけでなく姿勢がある。痛みの姿勢は、痛みの程度や、診断の手がかりとされる。このようにこれまでの観察が重なり、ある疾患特有の姿勢が示された。のちの人々は症状を分類し、それぞれの症状を和らげる方法や治す技につながった。

## (3) 数

もっとも普遍的な知、と思われるのは、「数」である。数は、非常に長い道のりを経て人間が到達した「抽象的」な概念である。同じ単位同士で数値の大小を比較することで、容易に科学的な背景に迫ることができる<sup>6)</sup>。

看護技術の数値化は重要な伝達手段となり、看護技術のエビデンスやベストプラクティスの評価にもつながる。数で看護技術を伝えようと試行錯誤することは、暗黙知を形式知へと循環させる。

## (4) 自分の知らない自分

看護師は、クライアントにある種の感情状態を引

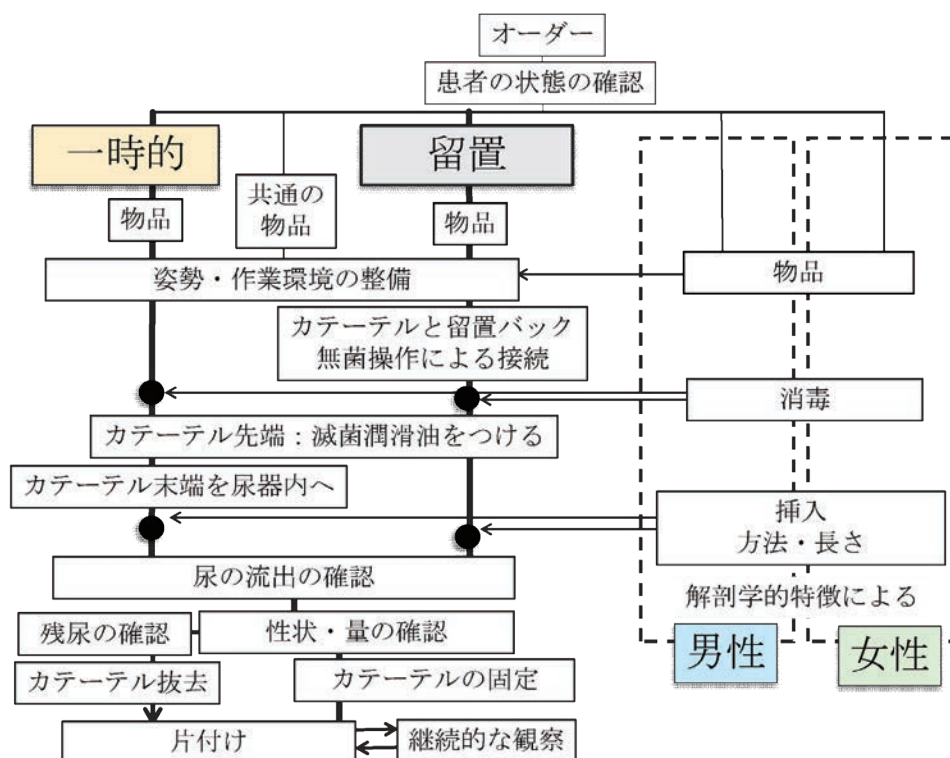
き出すために、自分の感情を掻き立てたり抑えたりしながら働き、「適切な」感情状態を保つための訓練や管理が行われる<sup>7)</sup>。感情管理は、看護師が言語的にも非言語的にも、学びとった技といえる。一方、看護師は自分の感情には気がつかず、看護師自身が心理的な負担感を抱くことがある。看護師の姿勢や身体の動きは、患者に影響を与える。看護師自身では気が付かない、説明できない動きであっても、患者は見ている。さらに、患者も、意識的または無意識にその動きに反応する。

今後は、「画像に残る情報」と「私の記憶」が違えば、画像に残っている情報が客観性の高い情報となる。より一層、看護師自身の言動についても説明することが求められる。安全を守る視点から、クライアントの感情を支えることや、見守りの意義とそこにかかる時間など、直接的な効果判定を示し難かった看護の技が形式知となれば、専門的介入としての意義が明らかになる。

## (5) 分けてわかる

本来人間は、昔から「分ける」ことによって「わかれよう」と努力してきた。「わかる」の語源には「分ける」という意味が含まれている。それは、もともと「ものごと」を分けて考えることであつた。「わかる(解る)」とは、分かることともいえる<sup>8)</sup>。細分化し、関係性、階層性または時間の流れで示し、それ以外の情報をあえてなくすことで「わかる」。ただし、「あれもこれも」と「あれかこれか」の分類を逆とすると、混乱が生じるため、まずは、この区分が大切である。

漠然としたことを整理することで、共有できる。例えば、導尿について一覧にする(図2)<sup>9)</sup>。確実に分けられる生物学的な違いがある。また方法によ

図2 導尿の全体像<sup>9)</sup>

る違いを明確にし、「あれもこれも」と「あれかこれか」に分けた。捨象力により、余計で表面的な要素を捨てることで、本質的な部分が見える。その分、抽象化された考えは難しく、分かりにくくなりがちだが、理解を深めるためには必要となる<sup>10)</sup>。

#### (6) 普遍とはなにかを常に問う

フルガムは、幼稚園の砂場で学ぶ人生に必要な知恵があり、この確信は動かないと述べている。ずるをしないこと、自分で後片づけをすること、手を洗うなどが挙げられた<sup>11)</sup>。これは、産業界での安全の原則<sup>12)</sup>の「人に迷惑をかけない、自分がケガをしない、人にケガをさせないための規則・基準・標準」や、「安全の三原則としての整理整頓、点検整備、標準作業」などの機械・設備の安全対策と共通する。こうして、比較し、違いを明らかにしながら、多くのことに共通することを重ねることで、普遍的なことを互いに感じ取り、そこでの文化を築くことになる。

### 3. 対話を潤滑油とした看護技術の暗黙知・形式知

#### (1) 医療安全と対話

対話は、討論、議論、雑談とは異なり、自由な雰囲気の中で行われる新たな意味づけをつくる話し合いである。対話は、早急な判断や評価を下さずに、その意味づけを重視する。それはすなわち、自分自身の前提を相対化し、理解する。結果として、お互いに共通する新たな意味を発見し、自分たちにとっての現実を形づくる<sup>13)</sup>。

暗黙知から形式知にするためには、表出化が必要である。医療安全の視点から、「絶対に忘れてはならないことは何で、原理原則と合致しているか」、「その患者の、その時の問題に合わせ、どのような看護を行ったか」を問いかけることは、暗黙知と形式知の潤滑油となるであろう。表出を促す他者の存在は、自ら気づく機会になる。自らわかったと感じた体験は、行動変容につながる。

医療安全管理者は聞き手となり、話を要約して返し、あえて自分の考えや感じたことは伝えず、表出を促し、話し手が十分に考えをまとめるのを待つこともある。対話という医療安全管理者の関わりは、教育的な役割としても期待される。



#### 4. おわりに：暗黙知と形式知による看護安全の体系化に向けて

看護はそれぞれが培っている看護の技が多くあるが、共通の「叡智」を見出そうとし、暗黙知と形式知のサイクルにより、看護技術の向上だけでなくものが生まれるだろう。共同化は共感知ともいわれる。共感知とするためには、表出をサポートする専門的アプローチが有用である。分けて、関係性、階層性、時間の流れなどを単純にして表すこと、つまり整理して共同化できるように表現することは、暗黙知とされた看護技術を形式知にできる。対話を通して新たな意味づけができ、共感知が生まれる場で表出される看護技術は、看護安全文化の醸成につながる。ただし、看護実践には、絶え間ない確認作業と、人への丁寧な関わりがあり、現実には看護師が一人で行うにはあまりにも多くの業務がある。看護師は、不規則勤務をしながら安全を守るための実践を重ねる。安全を遂行するためには、人間の限界を超えない働き方が不可欠となる。

#### 利益相反に関する開示事項

「日本医療安全学会学会誌「医療と安全」の定める利益相反に関する開示事項はありません。

#### 参考文献

1) 松尾睦. 職場が生きる人が育つ「経験学習」入門. 東京:

京: ダイヤモンド社, 2014.

2) 野中郁次郎, 勝見明. イノベーションの作法. 東京: 日本経済新聞出版社, 2007.

3) 野中郁次郎, 竹内弘高. 知識創造企業 新装版. 東京: 東洋経済新報社, 2020.

4) 中島利誠. 生活と技術. 東京: コロナ社, 2002.

5) 横田正夫監訳. 図解教養事典 心理学. 東京: ニュートンプレス, 2021.

6) 高橋典嗣監修. 単位の世界. 東京: 総合図書, 2017.

7) 武井麻子. 感情労働と看護. 保健医療社会学論集 2002:13.

8) 斎藤孝. 記録・情報・知識の世界 オントロジ・アルゴリズムの研究. 東京: 中央大学出版部, 2004.

9) 藤井千枝子編著. 見て整理し実践する基礎看護技術. 東京: 三輪書店, 2013.

10) 吉田武. 虚数の情緒. 神奈川: 東海大学出版会, 2000.

11) R フルガム著. 人生に必要な知恵はすべて幼稚園の砂場で学んだ 決定版. 河出書房新社

12) 職業訓練教材研究会編. ベーシックマスター安全衛生 2019. 東京: 教材研.

13) 安斎勇樹, 塩瀬隆之. 問いのデザイン. 創造的対話のファシリテーション. 京都: 学芸出版社. 2021.

#### Abstract

#### Tacit knowledge and explicit knowledge of nursing science and art

Chieko Fujii

Keio University Faculty of Nursing and Medical Care

Nursing skills are often said to be tacit knowledge. "SECI mode" is an innovation theory that shares individual knowledge and experience in an organization while tacit knowledge and explicit knowledge revolve. This cycle can turn tacit knowledge into explicit knowledge through dialogue based on safety, and further contribute to the systematization of nursing safety. Nursing skills expressed in places where empathy is born lead to the development of a nursing safety culture. **Japan Society of Clinical Safety. Healthcare and Safety 17:32-35, 2023.**

**Key words:** nursing Safety, nursing science and art, tacit Knowledge, explicit Knowledge, dialogue

## ◆ 特集：看護安全文化の醸成に向けて ◆



## 医療安全に直結する歯科領域の基本知識

寺田 員人<sup>1</sup>、高田 正典<sup>2</sup><sup>1</sup> 日本歯科大学新潟病院 矯正歯科<sup>2</sup> 在宅ケア新潟クリニック診療科

## ■ 要 旨 ■

歯および口の中のトラブルは、日常生活に支障をきたす。そのため、医療安全においても、歯科に関する知識も必要であるだろう。本稿では、学び直しを兼ねて、歯科に関する基礎的な事項を記載することとした。適切な処置を行うには、正しい知識と技術が必要である。それは、医療安全に直結することでもある。健常な高齢者の場合は、医療安全に関するリスクが低くなる。それは、健康をいかに維持、向上するかということになる。フレイルと口腔機能とも密接に関係しているといわれている。フレイルの予防に口腔の機能の維持、向上も欠かせない。口腔の健康の維持と増進のために、口腔の機能、主に咀嚼について、歯科領域の主な疾患として、齲蝕、歯周疾患、および口腔カンジダ症を説明した。また、歯科処置としての抜歯、口腔ケアについてごく簡単に説明した。日本医療安全学会機関誌 医療と安全 17: 36-41, 2023.

キーワード：オーラルフレイル、齲蝕、歯周病、抜歯、口腔ケア

## 1. はじめに

病棟、あるいは介護施設等における患者あるいは高齢者の口腔ケアを行う際、歯科領域における知識と技術は、医療安全のうえで欠かすことができない。本稿では、基本的な知識を再確認することを目的に記述した。基礎的な知識は、柔軟性のある対応に関連していると考えている。健常であることは、医療安全上のリスク低下につながる。すなわち、低下した機能を回復させることは元より、いかに、機能低下を抑えるか、あるいは遅らせることが、ケアには必要ではないだろうか。

## 1) オーラルフレイル

オーラルフレイル<sup>1)</sup>とは、「老化に伴う様々な口腔の状態（歯数・口腔衛生・口腔機能など）の変化に、口腔健康への関心の低下や心身の予備能力低下も重なり、口腔の脆弱性が増加し、食べる機能障害へ陥り、さらにはフレイルに影響を与え、心身の機能低下にまで繋がる一連の現象及び過程。」とされている（日本で考案された概念）。オーラルフレイルは、これまで、老化、廃用として解釈されていた

口の機能低下を可視化したモデルと言える。「噛めない」ことを気にして放置することで、「やわらかいものを食べる」行動に変化し、このことで「噛む機能の低下」を招く。噛む機能が低下すれば、更に噛めなくなる。この機能低下の悪循環が起こることで、噛むことだけでなく、嚥下機能などの諸口腔機能の低下となり、心身機能の低下につながる。それは、全身のフレイルに波及するといわれている（図1）<sup>1)</sup>。

## 2) フレイル予防

フレイルの予防について、飯島<sup>2)</sup>は、次のように述べている。健康長寿のためには、「栄養（食・口腔機能）」「身体活動（運動など）」「社会参加（就労、余暇活動、ボランティアなど）」の3つの集約された柱が重要で、それらを三位一体として包括的に底上げし、より少しでも早い時期からのサルコペニア予防・フレイル予防につなげることが強く求められる（図2）<sup>2)</sup>。栄養（食・口腔機能）・運動・社会参加の3つの柱は、お互いに影響し合っている。どれか1つだけをすればいいというものではない。3つ

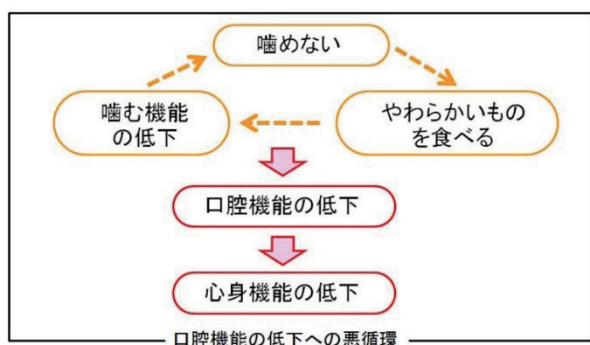


図1 オーラルフレイルに関する模式図

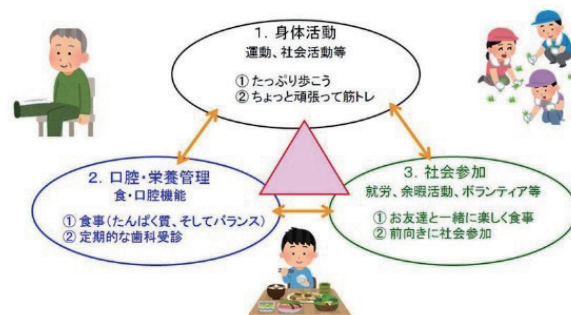


図2 フレイルの予防

の柱をうまくリンクさせて各自の生活サイクルに組み入れていくことが大切である。

食は口腔機能と密接に関わり、歯科分野が多くを担っている。

## 2. 口腔の機能

口腔の機能には、① 摂食、② 咀嚼、③ 嚥下、④ 発音・構音、⑤ 呼吸、⑥ 嘔吐、などが挙げられる。その中で重要な咀嚼について、さらには、咀嚼には欠かせない唾液について説明する。

### 1) 咀嚼

咀嚼とは、口の中で食べ物をよくかみ砕き、味わうこと。咀嚼して消化をよくする、あるいは、食物を口に入れ、粉碎し唾液と混和し嚥下できるような食塊を作る過程を咀嚼と言う。咀嚼は、上下顎の歯、咀嚼筋・開口筋などの顎顔面の筋肉、唾液腺、舌（味覚）や口腔粘膜や歯根膜の感覚器などが関与する総合運動機能である。と定義されている。

### 2) 咀嚼の意義

食物をよく噛むことで、① 食物を小さな食塊に変え、② 唾液を練り込ませることで② 食塊を嚥下しやすくさせ、③ 胃腸での消化吸収にも役立つ。食物の摂取に関することだけではなく、骨は使わなければ衰えると同様に、噛むことで、下顎の開閉口にかかわる筋肉、表情筋などの筋肉活動を通してしっかりした④ 骨を増強・維持することができる。よく噛むことで、食塊が⑤ 歯面を清掃し、⑥ 歯肉のマッサージ効果もある。すなわち、口の中で細菌の停滞が抑えられ、きれいになるということであり、⑦ むし歯・

歯周病予防効果となる。また、⑧ 唾液の分泌を促進する。⑨ 脳を刺激、活性化する、⑩ ストレス解消と肥満防止に効果があるなど、多くの意義がある。

### 3) 唾液の作用

咀嚼とともに、唾液にも有益な作用がある。① 消化作用（唾液中のアミラーゼやリパーゼによる食物の分解）、② 抗菌作用（免疫グロブリン・リゾチームなどによる抗菌作用）、③ 粘膜保護（湿潤による粘膜の保護）、④ 湿潤作用（舌・粘膜の乾燥を防ぐ）、⑤ 潤滑作用（食物の粉碎時・嚥下時の潤滑剤として作用）、⑥ 緩衝能（食べ物などで酸性に傾いた pH を緩衝）、⑦ 自浄作用（食べ物のかすを洗い流す。）、⑧ 再石灰化（酸によって溶けた歯の表面を唾液中のカルシウムによって修復）などである。

食物をよく噛んで食べることは口腔ケアに密接である。また、会話しながら楽しく食事することは、顎顔面の筋肉を使い、唾液の分泌を促し、消化によく、健康を維持するうえで大変有効といえる。口からの食事ができるようにすることで、だいぶリスクは軽減されるだろう。

## 3. 口腔の疾患と処置、および医療安全

### 1) 歯科領域における2大疾患

齲蝕（うしょく）および歯周病に代表される歯科疾患は、その発病、進行により歯の欠損や不十分な咀嚼をもたらし、その結果として歯の喪失、口腔機能の障害に繋がる。食生活や社会生活等に支障をきたすことは、全身の健康に影響を与えるとされている。また、厚生労働省・歯の健康<sup>3)</sup>によれば、歯お



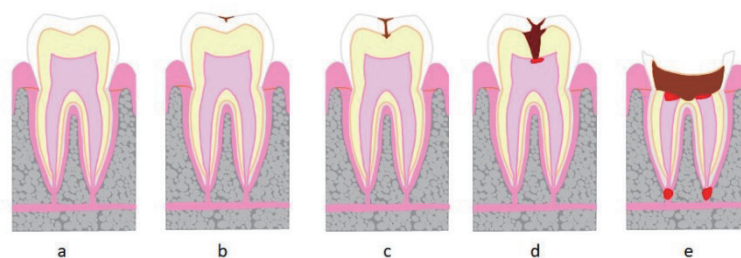


図3 齲蝕の程度の分類の模式図

a：健全歯。歯は、象牙質、エナメル質、セメント質、歯髄から構成されている。

b：齲蝕1度（C1）；表面的な小う窩\*があり、成形充填により容易に治療処置の完了する程度の歯をいう。

c：齲蝕2度（C2）；う蝕1度よりも進行した歯\*\*であるが、歯髄処置は不要と思われるもの。時に、自覚症状「冷たいものが沁みる」ということもある。

d：う蝕3度（C3）；う蝕2度よりもさらに進行した状態で、断髄#、抜髄## または根管\$処置を必要とする歯、およびう蝕のため歯冠の1/5以上が崩壊しているもの。自覚症状「歯が痛い」、「沁みる」、ということもある。

e：う蝕4度（C4）；う蝕の進行が著しく、抜去を要するもの。自覚症状である痛みをなくなることもある。

\* う窩：う蝕によって生じた穴

\*\* う歯：う蝕に罹患した歯

# 断髄：歯髄を途中で切断する処置

## 抜髄：歯髄を抜き取る処置

\$ 根管：歯髄を包み込んでいる歯根部の管

よび口腔の健康を保つことは、単に食物を咀嚼するという点からだけでなく、食事や会話を楽しむなど、豊かな人生を送るための基礎となるものである。

これからの遠隔医療での支援を行う際、歯科領域の重要な疾患に対する知識を持つことも大切と思う。

(1) 齲蝕（うしょく、デンタル カリエス；俗にいう“むし歯”）

齲蝕は、プラーク（歯に付着した細菌やその代謝物の塊）中の細菌により産生される酸によって引き起こされる歯質の欠損である。危険因子には、歯質の脆性、唾液流量の減少、酸性の口腔内環境、炭水化物と砂糖の頻繁な摂取などが挙げられる。処置は感染歯質の切削除去および欠損部の金属またはコンポジットレジン（合成樹脂、歯科用充填物）による修復である。齲蝕の程度により自覚症状も異なる（図3）。自覚症状は対応の参考になるだろう。齲蝕の好発部位としては、臼歯の咬合面（上顎と下顎の歯が噛み合わさる面）、歯と歯との間、歯肉（歯

ぐき）と歯との境より少し上の部分、である（図4）。この部分は、食渣や細菌の固まりが停滞しやすい部位となる。丁寧に口腔内清掃を行う部位でもある。

成人では、二次齲蝕（俗にいう「二次カリエス」）が多い。一度、齲蝕治療を行ったのち、治療した充填物（歯質を削ったのちに補填したもの）の周辺から再び齲蝕になった状態である。歯と同じ色調の充填物で治療されていることが多いので、注意して充填物の周囲が欠けているか、変色しているかなどを診ることになる。

(2) 歯周疾患

歯周病とは、細菌の感染によって引き起こされる炎症性疾患である。炎症によって、歯肉や、歯を支える骨などが炎症によって破壊される（図5）。プラークや歯石の沈着が原因で症状が起こり、痛みがなく悪化させる。自らは歯石を除去できず、歯科衛生士あるいは歯科医師が除去することになる。

2) 口腔カンジダ症



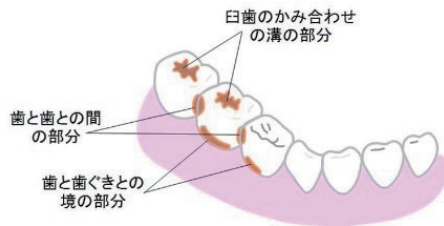


図4 歯周組織と歯周疾患の模式図

a：セメント質の周りに歯根膜があり、歯槽骨で支持されている。

b：歯周疾患の模式図

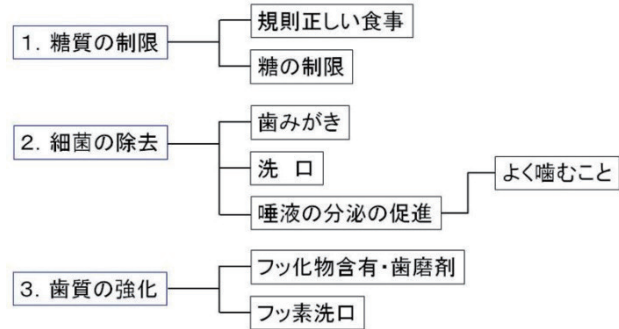


図5 齲蝕予防

カンジダ症は、Candida 属菌（真菌，Candida albicans が高頻度）により引き起こされる日和見感染症である。カンジダ アルビカンズ（Candida albicans）は病原性が低い口腔内常在菌で、健康人の発症は極めてまれである。

一般に発生誘因として悪性腫瘍，血液疾患，免疫不全症，結核および糖尿病などの基礎疾患がある。基礎疾患を有しない罹患者は，乳幼児，老人，妊婦などの体力や抵抗力の弱い人がほとんどである。また抗生物質療法によって口腔内常在菌のバランスが崩れ，しばしば菌交代現象として発生する。

治療は，患者の全身・局所状態，投与されている薬剤などを十分に把握したうえで，抗真菌剤を選択，全身投与・局所投与（含嗽剤，口腔錠，軟膏，シロップ剤など）である。予防として義歯の洗浄がある。

### 3) 抜歯について

抜歯は小手術であることが定着してきている。骨粗しょう症治療薬，ビスフォスフォネート系製剤（BP 製剤）使用経験のある方が，抜歯などの顎骨に刺激が加わる治療を受けると顎骨壊死が発生する場合があることが報告されている。顎骨が壊死すると，歯肉腫脹・疼痛・排膿・歯の動揺・顎骨の露出などが生じる。

通常，抜歯後出血を生じる。そのため，出血量を抑え，止血に有効なため，血管収縮剤が含まれている。止血するためには血液凝固が必要である。血液凝固を阻害する薬を服用している人には注意が必要である。このように，高齢者には基礎疾患を有する

人が多いので，抜歯には注意することになる。

### 4) 口腔ケア

口腔ケアが誤嚥性肺炎の予防に効果がある<sup>4)</sup>ことで周知されてきている。口腔ケアという用語は，広く使われている。その定義の幅広く，職種によって異なる場合があり，変化していることもある<sup>5)</sup>。

米山ら<sup>6)</sup>によれば，広義の口腔ケアは，口腔のもっているあらゆる働き（摂食，咀嚼，嚥下，構音，審美性・顔貌の回復，唾液分泌機能等）を健全に維持する，あるいは介護することをいう。また，狭義の口腔ケアは，口腔衛生管理に主眼を置く一連の口腔清掃をいう。

口腔ケアの目的は，① 齲蝕や歯周疾患の予防，② 口腔内残渣の誤嚥予防，③ 発音・摂食などの口腔機能の維持増進，④ 食欲を増進させて栄養摂取により体力増強，⑤ 味覚が鈍くなるのを防止，⑥ 唾液の分泌を促し口腔内の自浄作用を増強，⑦ 定時の口腔ケアによる生活リズムの維持，などが挙げられる<sup>6)</sup>。

口腔ケアは，口腔の健康を支えるケアであると同時に心身の健康と密接に関係している。つまり，口腔ケアは生きるという人間の本質的活動を支える重要なケアである。その意味で口腔ケアは生きよう（生き抜こう）とする心のケアであるといえる。

口腔ケアの要点としては，① 口腔内の細菌・食渣の除去，② 口腔乾燥の改善，③ 異物の咽頭への流入防止，④ 口腔粘膜のマッサージ，などが挙げられる。なお，口から食べていない人ほど口腔ケアが

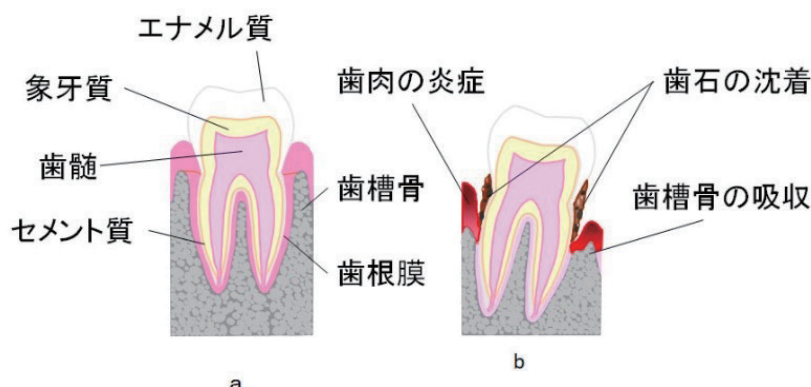


図6 歯周組織と歯周疾患の模式図

a: 歯周組織、b: 歯周疾患

必要である。それは、よく噛んで食事することによって、これらの事項の一部を行っているからである。その行動が止まれば、それを補うことになり、人材が必要となる。

#### 4. まとめ

通常に備わっている口腔機能を増強、維持できるように支援することが大切だろう。COVID-19 感染の影響があるが、楽しく食事ができることは口腔の機能の向上、維持には有効である。早くそのような日々になることを期待している。

#### 利益相反に関する開示事項

「日本医療安全学会学会誌「医療と安全」の定める利益相反に関する開示事項はありません。

#### 参考文献

- 1) 日本歯科医師会. 通いの場で活かすオーラルフレイル対応マニュアル ～高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施に向けて～ (2020 年版) ([https://www.jda.or.jp/oral\\_frail/2020/](https://www.jda.or.jp/oral_frail/2020/)). 東京：一世印刷, 2020. 5-19.
- 2) 飯島勝矢. より早期からの包括的フレイル予防. 健康昭寿ネット (<https://www.tyojyu.or.jp/net/topics/tokushu/chokoureishakai/chokoureishakai-frailtyyobou.html>), [2023 年 4 月 18 日アクセス]
- 3) 厚生労働省. 歯の健康. [https://www.mhlw.go.jp/www1/topics/kenko21\\_11/b6.html](https://www.mhlw.go.jp/www1/topics/kenko21_11/b6.html). [2023 年 4 月 18 日アクセス]

- 4) 山中玲子, 小林 求, 森松博史. 周術期管理における気道および口腔ケアの重要性. 臨牀と研究 2014 ; 91 : 1280-1284.
- 5) 日本口腔衛生学会地域口腔保健委員会委員. 「口腔保健の新定義」に関する動向. 口腔衛生会誌 2017 ; 67 : 306-310.
- 6) 米山武義, 鴨田博司. 口腔ケアと誤嚥性肺炎予防. 老年歯学 2001;16: 3-13.

---

**Abstract****Basic dental knowledge connected directly with medical safety****Kazuto Terada<sup>1</sup>, Masanori Takada<sup>2</sup>**<sup>1</sup>Orthodontic Dentistry, and <sup>2</sup>Homecare Support Niigata Dental Care,  
The Nippon Dental University Niigata Hospital

Uncomfortable matters occurring in a tooth or the oral cavity, obstruct to make a good living. Then, some basic dental knowledge is necessary for medical safety. This paper was written about basic dental contents with relearning. It is necessary to treat with right knowledge and technique. These things are related to medical safety.

Healthful aged persons live at low risk about the medical safety. Therefore maintenance and the increase of the health are important. It is said that the frailty of a physical and mental condition is caused from a frailty of the oral functions. The maintenance and the increase of the oral functions is indispensable to the prevention of a frailty.

The oral functions and the usefulness of the mastication were commented on. The conditions and the preventions of the dental caries, the periodontal disease, and the candidiasis were described. The consideration of tooth extraction and usefulness of the oral health care were explained. **Japan Society of Clinical Safety. Healthcare and Safety 17: 36-41, 2023.**

**Key words:** oral frailty, dental caries, periodontal disease, tooth extraction, oral health care

---



## ◆ 原 著 ◆

未然に防ぐことのできたインシデント事例  
を対象とした臨床判断の視点からの分析上田理恵<sup>1</sup>, 山口久美子<sup>1</sup>, 鈴木佳世子<sup>2</sup>, 河野由恵<sup>3</sup><sup>1</sup> 獨協医科大学看護学部<sup>2</sup> 獨協医科大学日光医療センター<sup>3</sup> 獨協医科大学病院

## ■ 要 旨 ■

【目的】臨床判断の視点を参考に、未然に防ぐことのできたインシデント 0 事例の背景要因を明らかにする。【対象と方法】A 県 B 病院の 2017 ～ 2019 年度 3 年間のインシデントレベル 0 事例 506 件のうち臨床判断の構成要素から分析可能な 332 件を対象とし、知識（病態・治療の理解）、状況把握（患者状態の把握）、行為の視点から検討した。【結果】知識では「病態や治療の知識」、状況把握では「リスクを予測した観察」「新人が起こしやすいリスクの予測」「間違いの起こりやすさの認識」「通常業務の流れの把握」、行為では「確認行動の徹底」「経過を通しての確認行動の徹底」「自分の目で見て触っての確認」「慣れないからこその確認」が、明らかとなった。【考察及び結論】確認行動の徹底、病態・治療のアセスメント力向上、フォロー体制の徹底、職種間連携、患者との連携、の重要性が再確認され、組織的な医療安全行動推進の必要性が示唆された。日本医療安全学会機関誌 医療と安全 17:42-50, 2023.

キーワード：インシデント、未然防止、臨床判断、背景要因

## I. 目的

医療事故対応への考え方は、時代の変遷とともに変化し、事故事例に対する再発防止とともに、予防の視点も重要になってきている。レジリエンス工学では、2014 年頃から「safety-I 物事が悪い方向に向かわない状態」から「safety-II 物事が正しい方向へと向かうことを保証する」という新たな考え方が示された<sup>1)</sup>。これは、起こってしまったインシデントばかりに目を向けるのではなく、未然防止できたインシデントに目を向けることの重要性を示している。

先行研究では、三輪（2020）が、日本医療機能評価機構の医療事故情報収集等事業のデータを用い、クリティカルケアに関わる看護師を対象として、薬剤関連の未然防止事例の検討を行っている<sup>2)</sup>。その結果、自分が間違えることを自覚し、自らの目で確

認を徹底していたこと、患者状態変化に合わせて指示の妥当性を判断していたこと等が明らかとなっている。しかし、未然防止には何らかの看護師の臨床判断が伴っていると考えられるものの、未然防止に至る具体的な経緯についてはほとんど言及されていない。

臨床判断に関して、インタビューを用いた研究では、訪問看護師<sup>3)</sup>（2021. 岩野, 塚本）、集中治療室のリーダー看護師<sup>4)</sup>（2021. 新庄, 矢富）、重度心身障害児施設に勤務する看護師<sup>5)</sup>（2020. 福良）、小児の急変経験のある看護師<sup>6)</sup>（海老名, 2020）等、それぞれの分野で経験豊富な看護師を対象としていた。訪問看護師を対象に行った研究<sup>3)</sup>（2021. 岩野, 塚本）では、「なんとなく変」の気づきと臨床判断について、看護師が瞬時に推論し、判断と同時に行為を行っていること、臨床判断を行うためには看護



師としての対象者に対する責任や知識の獲得への意欲が必要であることが明かになっている。

臨床判断を、患者の問題をとらえつつ対応していくプロセス全体と捉えると、臨床判断の起始は、状況把握であるといえる。状況把握の背景には知識が不可欠であり、未然防止のためには、何らかの行動が必要であると考え、そこで、臨床判断の構成要素を参考に、知識（どのような知識を保有していたのか）、状況把握（事象の何に関心を向けていたのか）、行為（実際にどのような行動をしたのか）の視点から分析を行い、なぜインシデントを未然防止できたのかを明らかにしたいと考えた。

本研究の目的は、未然に防ぐことのできたインシデント事例を、臨床判断の知識、状況把握、行為の視点を参考に分類し、未然に防ぐことのできた理由を明らかにすることである。

#### 【用語の定義】

「未然に防ぐことのできたインシデント事例」とは、2002年国立大学医学部附属病院医療安全管理協議会総会決定インシデントの影響度分類において、患者への影響度レベル0（患者に実施はなかった）事例である。

「臨床判断」とは、「患者状況およびその臨床状況をもとに、臨床的知識および過去の経験・直感などから、どのように看護を行えばよいかを考え、自らの看護行為を決定すること」である。

## II. 方法

### 1. 研究対象

対象は、A県B病院において2017～2019年度の3年間に報告されたインシデントレポートのう

ち、レベル0事例506件である。臨床判断の視点として、①知識（どのような知識を保有していたのか）、②状況把握（事象の何に関心を向けていたのか）、③行為（実際にどのような行動をおこなったのか）を参考とし、そのいずれかの視点から記載のある332件を対象とした。

### 2. 調査・分析方法

臨床判断の視点から検討可能な332例のインシデントレポートについて、まず、全体の概要を把握した。次に、臨床判断の①知識、②状況把握、③行為、の3つの視点を参考に内容を分類した。

### 3. 倫理的配慮

B病院長及び医療安全責任者に承諾を得た。匿名化したデータは取り扱いの管理を徹底し、情報漏洩に留意し

た。本研究は、所属大学看護学部倫理委員会の承認を得た（承認番号02007）。

## III. 結果

### 1. 未然防止できたインシデントの概要

未然に防止できたインシデント内容は、配膳が最も多く76例、次いで、手術室関連66例、スキントラブル52例、内服薬・座薬46例、注射薬26例、検査22例の順であった（図1）。

### 2. 臨床判断の視点からの分析

臨床判断の視点から検討可能な332例のインシデントレポートについて、1) 知識（どのような知識を保有していたのか）、2) 状況把握（事象の何に関

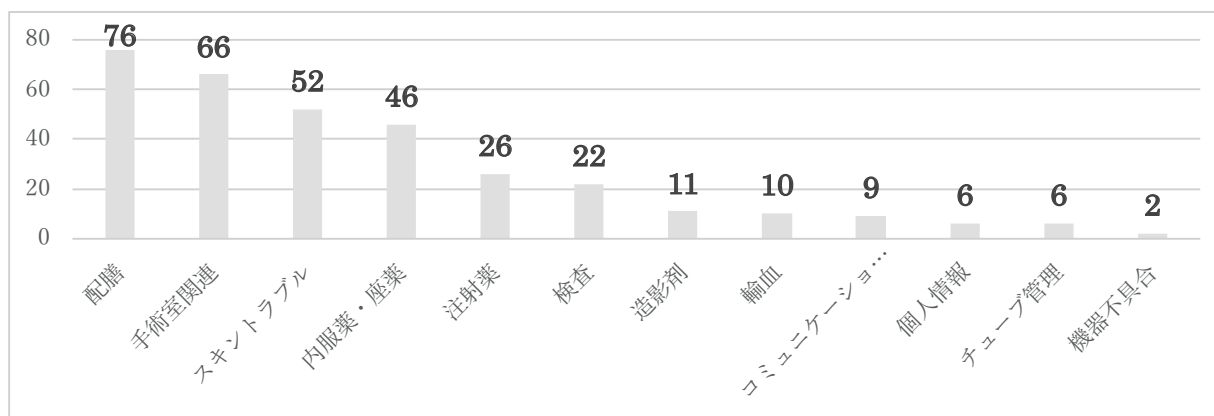


図1. 未然防止できたインシデントの概要

心を向けていたのか)，3) 行為（実際にどのような行動をおこなったのか），の視点から抽出したものについて，その代表的事例を一覧表にまとめた。

#### 1) 知識（どのような知識を保有していたのか）

未然防止の要因として，知識は「薬剤の知識」「治療内容の知識」19件であった（表1）。

#### 2) 状況把握（事象の何に関心を向けていたのか）

状況把握は92件で，「リスクを予測した観察」71件，「新人が起こしやすいリスクの予測」12件，「間違いの起こりやすさの認識」8件，「通常業務の流れの把握」3件であった（表2）。

#### 3) 行動（実際にどのように行動したのか）

「確認行動の徹底」231件，「経過を通して確認行動の徹底」15件，「新人やスタッフの状況確認・声掛け」6件，「自分の目で見て，触っての確認」2件，「慣れないからこそ確認」2件であった（表3）。

### IV. 考察

臨床判断の視点を参考に，知識，状況把握，行為の視点を参考に分類を行った。そこで，まず，1) 知識，2) 状況把握，3) 行為の結果について考察する。その結果，臨床判断を支える教育体制の徹底，多職種連携，体制づくり等の重要性も明らかとなった。そこで，最後に，4) 臨床判断が行える環境を促進するシステム，として考察する。

#### 1) 知識

知識としては，ステロイドの漸減方法，抗がん剤

の保管方法，抗がん剤のプロトコルの知識により，未然に気づくことができていた。薬剤や治療の根拠を理解していたことが，意識的な確認行動につながっていた。特に抗がん剤については，誤投薬により命に係わる重篤な副作用が生じることから，知識に基づいた十分な確認が行われていたと考えられる。

知識をもっていることが，意識的な確認行動のきっかけとなっていたが，その背景には，自身の以前のインシデント経験も影響も推察された。インシデント経験により，根拠に基づく知識を持つことの必要性の認識に繋がり，表層的な知識構造だけではなく，病態の留意点と合わせて観察する等，意味のある知識構造に変化していったのではないかと考えられた。知識を実践で活かせるためには，日々の経験を通しての学びを積み重ねていくことが重要である。

#### 2) 状況把握

病態や治療について，リスクを想定した観察（褥瘡を予期した観察，ドレーン機能の確認，造影剤使用時の観察，シャント確認，歩行状態観察）を行ったことで，未然防止することができていた。

特に看護師に特徴的だったのは，褥瘡を予期した観察であり，他のインシデントレポートと比べて，患者の病態の変化による日常生活の影響が具体的に書かれていた。それは，看護師が，患者の病態と生活パターンの両方から，悪化の要因となりうるもの

表1. 分析視点① 知識（どのような知識を保有していたのか）

知識	項目	件数	代表的な事例
薬剤の知識	内服薬	8	・看護師が、プレドニン漸減の量が通常と異なることに気づき、すぐに医師に確認し、指示が修正された。 ・指導医が、研修医の薬剤処方日数が間違っていることに気づき処方直した。
	点滴	7	・看護師が、冷所保存すべき抗がん剤が、常温で保管されていたことに投与前に気がつき、薬剤交換後に治療開始となった。
治療内容の知識	治療内容	4	・看護師が、血液データが化学療法開始基準を満たしていないことに気付き、医師に確認し、治療開始が延期となった。 ・薬剤師が、治療開始の間隔を理解していたため、オーダー時に治療開始の間隔が1週間早いことに気付き、医師に伝え治療中止となった。

表 2. 分析視点② 状況把握 (事象の何に関心を向けていたのか)

要因	項目	件数	代表的な事例
リスクを予測した観察 (71 件)	褥瘡を予測した観察	52	・看護師は、患者の状態を把握し、褥瘡悪化のリスクを予測し観察を行い、早期に発見し、対応を開始した(全身状態悪化時の抹消冷感チアノーゼの出現、ステロイド使用、呼吸苦のための長時間座位保持、装具の装着、車いすに乗る時間延長、長時間手術、栄養状態悪化、転棟後の全身状態観察、皮膚の脆弱さ、本人が安楽枕の位置をずらす、浴衣を愛用しており、布のよれが生じやすかった等)
	造影剤使用時の観察	11	・看護師が、造影剤検査時に過去のアレルギー歴を把握していたため、副反応リスクを考え点滴ルート確保のまま様子を見て、特に異常なく経過した。 ・造影剤副作用の既往を把握しており、掻痒感、膨疹、嘔気、皮膚発赤の症状に留意して観察をおこなっていたため、すぐに副作用症状に気づき対応できた。
	ドレーン機能の確認	6	・看護師は、訪室ごとにドレーンの機能状態の確認を行っており、ギャッジアップ後のドレーン確認時にドレーンが破損寸前であることを発見した。 ・ドレーンが開放のままでよいのかと疑問に思い、医師に確認し、誤って解放されていることがわかった。
	シャント確認	1	・看護師が、朝訪室時にシャント音聴取し、シャント音の消失に気づいた。
	歩行状態観察	1	・看護師が検査室に入ってきた患者の歩行状態に留意していたことから、放射線技師が目離れた時にふらついた患者をすぐに支え転倒を防止した。
新人が起こしやすいリスクの予測 (12 件)	輸血使用時の留意点の把握	10	・看護師は、新人看護師が輸血に慣れていないことから間違えリスクを想定し、保存方法間違い(「輸血の冷凍保存」「溶かした FFP を常温保管」)に気づいた。 ・看護師は、輸血パックを横にして針を刺さないとパックを破損する可能性があることを認識しており、新人看護師の手技を確認し、すぐに行動を修正した。
	麻薬使用時の留意点の把握	2	・看護師は、新人看護師の麻薬投与時は、スタッフで情報を共有し、対応終了まで必ず確認していた(「貼付した麻薬をはがして捨てる」、「金庫ではなく内服ラックに入れる」にすぐに気づいた)
間違いの起こりやすさの認識 (8 件)	間違いやすい薬剤名の認識	4	・看護師は、経験的に間違いやすい薬の名前を把握しており、似ている薬剤名の際は特に注意して確認を行っていた。
	左右間違いの認識	2	・放射線技師は、レントゲン撮影時に左右の間違いが起こりうることを常に認識していたため、撮影前に左右の間違いに気づき医師に報告した。 ・看護師が、手術記録の手術部位の左右の間違いに気づき、修正した。
	名前間違いの認識	2	・看護師が、提示されている画像の名前が間違っていたことに気づき、すぐに医師に報告し、正しい患者の画像を提示できた。
通常業務の流れの把握 (3 件)	薬剤配送時間の認識	3	・看護師は、抗がん剤が投与予定時刻になっても届かないため、薬剤部に連絡したら他の病棟に届けられていたことがわかった。



表 3. 分析視点③ 行動（実際にどのように行動したのか）

行動	項目	件数	代表的な事例
確認行動の徹底（231件）	配膳前のダブルチェック	72	・看護師が、ダブルチェックで食事欠品、食事内容間違い（治療食）に気づいた ・看護師が、ダブルチェックでアレルギー食誤配膳に気づいた。（17件）
	手術前の確認	66	・看護師は、手術準備時に機器の不具合（不十分な滅菌、異物混入、機器の一部欠損、動作不良等）に気づいた。
	患者の自己確認	52	・患者が、処方された薬剤を確認し、薬剤名、錠数の違いに気づいた。
	薬剤6R確認	41	・看護師は、常に確認を行うことによって、患者名の違い、ラベルの違い、薬剤名の違い、規格量の違い、錠数・本数の違いに気づいていた。 ・医師、放射線技師が、造影検査時に患者が検査室に入った時に、造影剤の規格を確認し、間違っていることに気づいた。
経過の流れを通しての確認行動の徹底（15件）	業務の流れを通じたサポート	10	・リーダー看護師が、他の看護師の仕事状況を確認し声をかけていたことで、検査へのカルテ提出忘れ等に気づいた。 ・リーダー看護師は、必要な範囲の剃毛が行われているか、自分で見て確認を行い、剃毛範囲が違うことに気づいた。
	先輩看護師のフォロー	3	・先輩看護師が、担当看護師が患者へ内服薬を渡すことを忘れていたことに気づき患者へ渡したため、検査やスケジュールに影響は出なかった。
	事務職の確認	2	・事務職が、患者がずっと待っていたことに気付いて確認したことで、順番がとばされていたことが分かった。
新人やスタッフの状況確認・声掛け（6件）	薬剤投与の安全実施の確認	4	・看護師は、新人看護師同士でダブルチェックを実施していたことに気づいた。 ・看護師は、新人看護師が作成した抗がん剤の点滴ルートを確認し、本来使用すべきフィルター通過性のあるセットが使用されていないことに気づき投与前に交換した。
	重要な点滴の投与確認	1	・看護師は、新人看護師が実施する点滴内容を把握し、新人の間違った判断にすぐに気づいた（電解質補正目的の点滴時、新人看護師は終了時間を経過したため、早く終りにしないと夜勤看護師に迷惑をかけると思い度残量があったにもかかわらず終了。しかし、先輩看護師が気づき再度投与した。）
	モニター装着確認	1	・新人看護師担当患者のモニター未装着にリーダー看護師が気付き、装着した。
自分の目で見て、触っての確認		2	・看護師は、冷在が必要な抗がん剤を、実際に触って温度を確認し、正しい状態で保管されていないことに気づいた。 ・看護師は、薬剤の一包化の中身の錠剤の形態を確認し、1錠で処方されているところ半錠のものが入っていることに気づいた。
慣れないからこそその確認		2	・看護師は、部署が変わって間もないからこそ、自分でもダブルチェックを行い、病棟で見逃されていたMRI時の金属の持ち込みに気づいた。



がないかを把握していたためだと推察された。P. ベナー, C. タナー, C. チェスラ (2011)<sup>7)</sup> は、達人と呼ばれる看護師は「特定の患者の反応, 身体機能, 身体局所解剖学に関する非常に個別的で具体的な知識」を持っていると述べており、患者を知る特別な側面として、1) 治療への反応, 2) ルーチンと習慣, 3) コーピングの資源, 4) 身体容量と耐性, 5) 身体局所解剖学と特性の5つを上げている。これを褥瘡の事例で考えると、1) 身状態悪化時の抹消冷感チアノーゼが出現していたことを記憶していた, 2) 呼吸苦のための長時間座位保持の状況であることを認識していた, 3) 日常生活の中で車いすに乗る時間が長くなっていた, 4) 長時間の車いす座位は、仙骨部圧迫のリスクが高いと考えられた。また、栄養状態も悪化していたことから、ひとたび褥瘡が発生すると治癒困難が予測された, 5) 皮膚の脆弱さ、本人が安楽枕の位置をずらす等の行動が多く、効果的な除圧が図れず、褥瘡のリスクが高まるリスクがある、にあてはまると考えられる。このように、看護師は、継続的に観察により、異常に気づくと同時にすぐに介入を行っていた。おそらくこれらは無意識的におこなわれていたと推察されるが、これは、患者の病態と生活の両方に視点を向ける看護師だからこその気づきといえる。

また、状況把握には経験知も影響していた。特に間違いやすいこと(間違いやすい薬剤名, 左右の違い, 名前の違い)には意図的に留意していた。つまり、今までの経験から特に間違いやすい状況を把握しており、間違いやすいことを念頭に置き、より慎重に確認を行っていた。間違いが起こりうるかもしれないという認識が、さらなる確認行動につながり、インシデントの未然防止につながっていた。

### 3) 行動

行為として最も多かったのは、確認行動(薬剤6R確認, 手術前の確認, 配膳前のダブルチェック, 患者の自己確認)であった。

薬剤や点滴は6R(正しい患者, 正しい薬剤, 正しい目的, 正しい用量, 正しい用法, 正しい時間)を必ず確認することにより間違いに気づいていた。一包化された薬袋も確認しており、錠形の違いに気

づいたことも未然防止につながっていた。このように、最終行為者である看護師に、確認行動が徹底されており、その励行が未然防止につながっていることを示していた。

また、配膳に関しては、配膳前のダブルチェックでアレルギー食の誤配膳を防ぐことができた事例が17例あった。これは、患者状況に合わせて、食事についての情報も把握し、常に情報を更新しながら確認を行うことの重要性を示していた。

### 4) 臨床判断が行える環境を促進するシステムについて

本研究では、臨床判断の構成要素を参考に分類を行ったが、新人看護師へのプリセプターや先輩看護師のフォロー体制の徹底、同職種間および多職種間の連携、患者の協力、の3点の重要性も明らかとなった。そこで、この3点についても考察する。

#### (1) 新人看護師へのプリセプターや先輩看護師のフォロー体制の徹底

新人看護師には、先輩看護師、プリセプターの手厚いフォローが行われていた。特に、輸血、麻薬管理、点滴管理については、先輩看護師は新人が間違いやすいことを予測した対応をしており、経過を通して声をかけ、未然防止につなげていた。

輸血、麻薬に関する項目は学生の修得する看護技術に記載されているものの、実際に実習で経験する機会はほとんどないのが現状である。先輩看護師、プリセプターはその現状を踏まえた上で、点滴セットの使用や、抗がん剤・輸血の保管方法等、間違いやすい点を念頭に重点的にフォローし、インシデントを未然に防止していた。

点滴管理については、電解質補正目的の点滴を行っていた事例について、新人看護師は患者の終了時間を経過したため、150 mL程度点滴残量があったにもかかわらず終了しようとしていた。この背景には、「新人は新しい状況を認識することはできるが、こうした状態をどのように管理すればよいのか必ずしもわかっていない」(P. ベナー, C. タナー, C. チェスラ, 2009)<sup>8)</sup> という新人の状況があらわれていた。この事例では、経過を通してサポートしていた先輩看護師すぐに気づき「Kが高くて投与して

いるのに終了してはいけない」と指摘をしたことで、予定通りの点滴を実施することが出来た。しかし、P. ベナー, C. タナー, C. チェスラ (2009)<sup>9)</sup> が、「経験を積んだ看護師が、何が重要であるかを新人看護師に指摘して教えることはできる。しかし、それは、経験を積んだ看護師がその場の状況を近くで見ている時、あるいは、その新人看護師が自分の限界を認識して支援を求めた問いにのみ実現する」と述べているように、新人が支援を求めやすい環境を構築することの重要性が示唆された。また、この事例の要因には「早く終りにしないと夜勤の看護師に迷惑をかける」という新人看護師の先輩看護師への思いが反映されていた。これは、P. ベナー, C. タナー, C. チェスラら (2009) が述べているように、「自意識の中で力関係について気づき、自分がその状況に与える影響について気づく」<sup>10)</sup> 新人の様子をあらわしており、「病院というコミュニティの一般的に厳格なヒエラルキーの下位に位置している」<sup>11)</sup> ことを示唆していた。

このように新人の指導に当たっては相互関係性が重要であり、指導者側としても、経験から得られた臨床知の領域を探り、はっきりと表現することが求められる。そして、指導者が「新人看護師が何を予測し、その後繰り返し広げられる状況をどのように考えるか、それぞれの出来事にどんな準備が必要とされるかを問うことで、臨床における先見性を指導する」ことで、新人看護師が「行動しつつ考える」ことと、不測の事態に備えることを教わる」ことができるようになるといえる (P. ベナー, P. フーバー・キリアキディス, D. スタナード, 2011)<sup>12)</sup>。

看護基礎教育で育成できる能力には限界があり、看護職は現場で経験を積み重ねることで成長していく側面がある。先輩看護師は実践の知を持っており、それが、経験の浅い看護師への具体的示唆を与えるものになるのではないかと考えられる。つまり、経験知を重ねていく On the Job Training (OJT) が重要であり、指導する側としては、今一度自分の実践を振り返り、どのような情報から、何を考え、どのように行動したのかを言葉として伝えていくことが重要である。

## (2) 同職種間および多職種間の連携

同職種間および多職種間の連携の重要性も明らかとなった。特に看護師間では、ダブルチェックが徹底していたが、自身のチェックに責任を持ち、5 感を用いて、自分の目で見て、触って確認をしていた。

また、看護師同士の声掛けだけでなく、医師、放射線技師が気付く場合もあった。特に検査室では、看護師のセッティングした造影剤の規格が違っていたことに医師・放射線技師が気づいたり、看護師が検査室に入ってきた患者の歩行状態に留意していたことから、放射線技師が目を離した時にふらついた患者をすぐに支え転倒防止につなげていた。このように、同職種間・多職種間でもサポートしあいながら連携を取っていくことの重要性が明かとなった。また、数値的にはわずかだが事務員が気付いた事例もあった（患者がずっと待っていたことに気付いた事務員が確認したことで、順番がとばされていたことが分かった）ため、医療受持者だけでなく、事務員も含め互いにサポートしあえる体制が重要である。

P. ベナー, P. フーバー・キリアキディス, D. スタナード (2011)<sup>13)</sup> が、「患者の最善の利益の働きかけを中心とした結束が、チームの多様な見方や技術、知識を調整し、うまく組み合わせるために必要な構造と内容を生み出す」と述べているように、職種を問わず気づいたことを声に出し、行動することの重要性が改めて明らかとなった。

## (3) 患者の協力

特に内服薬の事例において、患者自身が気付いたものが 52 例あり、気づいた理由は、「これまでと薬の量が異なる」「説明されていない薬がある」等であった。これは、患者もチームの一員として、十分な説明を行い、一緒に確認することの重要性を示している。近年、患者参画が重要視されているが、チームの中に患者は不可欠であり、共に確認しあえる存在として、情報共有の重要性が明らかとなった。

## V. 結論

未然に防ぐことのできたインシデント事例を、臨床判断の知識、状況把握、行為の視点を参考に分類し、検討した結果、下記の 5 点が明かとなった。

1) 確認行動がインシデントを未然に防いでおり、

改めて確認の重要性が明かになった。

2) 疾患や治療の理解がアセスメント力につながっており、知識を得ていくことが重要である。

看護師は特に褥瘡を早期に発見した事例が多かったことが特徴的であり、患者の生活行動の変化に注目し観察を行っていることでの気づきであることが明らかとなった。

3) 今までの経験知を踏まえ、起こりやすいリスクを予測することが、インシデント防止につながっていた。

4) 新人看護師への確認の声掛け等、意図的なサポートが、インシデント防止につながっていた。

5) 同職種間、多職種間連携および患者との連携において、気づいたことを声に出し、確認する行動が重要であることが再確認された。

## VI. 研究の限界と今後の課題

今回の研究は、すでに提出されたインシデントレポート対象の検討であるため、臨床判断の視点を参考に分析したが、記載内容が限られていることから十分な分析とはいえない状況であった。インシデントレポートからの抽出には限界があるため、今後はインタビュー等方法を検討し、より具体的内容を明らかにしていく必要がある。

## 利益相反

本研究は、2020年度獨協医科大学看護学部共同研究費の助成を受けて実施した。本研究は、日本医療安全学会会誌「医療と安全」の定める利益相反に関する開示事項はありません。

## 参考文献

- 1) Erik Hollnagel. Safety- I から Safety- II へーレジリエンス工学入門ー。オペレーションズ・リサーチ, 2014: 8月号: 435 ~ 439.
- 2) 三輪晃子. クリティカルケア領域における看護師による医療事故の未然防止事例の検討. 日本赤十字広島学会誌, 2020: 35 ~ 43.
- 3) 岩野 千尋, 塚本 康子. 熟練訪問看護師の訪問対象者に対する「なんとなく変」の気づきと臨床判断. 日本在宅看護学会誌. 2021: 10(1): 22-31.

4) 新庄すみれ, 矢富有見子. 集中治療室における勤務帯リーダー看護師の臨床判断に基づく実践. 日本看護科学会誌, 2021: 41: 286-295.

5) 福良 薫. 重症心身障害児(者)施設に勤務する熟練看護師の臨床判断. 北海道科学大学研究紀要, 2020: 48: 1-7.

6) 海老名 泉紀. 子どもの急変に先立つ過程における看護師の経験. 日本看護科学会誌, 2020: 40: 340-348.

7) P. ベナー, C. タナー, C. チェスラ著 (2009) / 早野 ZITO 真佐子訳 (2015). ベナー看護実践における専門性 達人になるための思考と行動. 東京: 医学書院: 309.

8) P. ベナー, C. タナー, C. チェスラ著 (2009) / 早野 ZITO 真佐子訳 (2015). ベナー看護実践における専門性 達人になるための思考と行動. 東京: 医学書院: 38.

9) P. ベナー, C. タナー, C. チェスラ著 (2009) / 早野 ZITO 真佐子監訳 (2015). ベナー看護実践における専門性 達人になるための思考と行動. 東京: 医学書院: 58.

10) P. ベナー, C. タナー, C. チェスラ著 (2009) / 早野 ZITO 真佐子監訳 (2015). ベナー看護実践における専門性 達人になるための思考と行動. 東京: 医学書院: 50.

11) P. ベナー, C. タナー, C. チェスラ著 (2009) / 早野 ZITO 真佐子監訳 (2015). ベナー看護実践における専門性 達人になるための思考と行動. 東京: 医学書院: 79.

12) P. ベナー, P. フーバー・キリアキディス, D. スターナード著 (2011) / 井上智子監訳 (2012). ベナー看護ケアの臨床知 行動しつつ考えること (第2版). 東京: 医学書院: 140.

13) P. ベナー, P. フーバー・キリアキディス, D. スターナード著 (2011) / 井上智子監訳 (2012). ベナー看護ケアの臨床知 行動しつつ考えること (第2版). 東京: 医学書院: 655.

---

**Abstract****An analysis of clinical judgement regarding incidents successfully prevented before they occurred**Rie Ueda<sup>1</sup>, Kumiko Yamaguchi<sup>1</sup>, Kayoko Szuki<sup>2</sup>, Norie Kawano<sup>2</sup><sup>1</sup>Dokkyo Medical University School of Nursing<sup>2</sup>Dokkyo Medical University Nikko Medical Center<sup>3</sup>Dokkyo Medical University Hospital

**【Purpose】** To clarify the background factors of potentially preventable incident 0 from the viewpoint of clinical decision-making. **【Subject and Method】** Among the 506 cases of incident level 0 that occurred from 2017 to 2019 at Hospital B in Prefecture A, we investigated 332 cases that could be analyzed based on the components of clinical decision-making from the viewpoints of knowledge (understanding of pathology and treatment), situational awareness (awareness of patient condition), and behaviors. **【Result】** The factors “knowledge of pathology and treatment” for knowledge, “risk-predicting observations,” “prediction of risks that newcomers tend to cause,” “recognition of the likelihood of making mistakes,” and “awareness of the flow of normal operations” for situational awareness, and “thoroughness of confirmation behavior,” “thoroughness of confirmation behavior throughout the course,” “confirmation by seeing with one’s own eyes and touching,” and “confirmation because one is not used to something” for behaviors were clarified. **【Discussion and Conclusion】** The importance of a thorough confirmation behavior, improvement of assessing power for pathology and treatment, thorough follow-up system, interprofessional cooperation, and cooperation with patients was reconfirmed, and a need for a systematic emphasis on medical safety behaviors was suggested. **Japan Society of Clinical Safety. Healthcare and Safety 17: 42-50, 2023.**

**Key word** : incident, prevention, clinical decision-making, background factors

---





## ◆ 紹介・地域研究会活動 ◆



## 第26回京滋医療安全研究会 開催報告(2023年7月8日)

京滋医療安全研究会代表世話人

滋賀医科大学附属病院医療安全管理部 教授・部長 清水 智治（代表幹事・第26回当番幹事）

京都大学医学部附属病院 医療安全管理部 教授 松村 由美（代表幹事長）

京都府立医科大学附属病院長 佐和 貞治（代表幹事）

**第26回京滋医療安全研究会**

TERUMO MEDICAL CARE SOLUTIONS

日時 2023年7月8日（土） 13:00～15:45

会場 京都リサーチパーク 4号館 地下1階 バズホール 〒600-8815 京都府京都市下京区中堂時栗田町90

参加費 1000円

情報提供 13:00～13:15 「インシデントレポートシステム」 株式会社メディシステムソリューション  
14:30～14:40 「栄養ポンプについて」 テルモ株式会社

特別講演① 13:20～14:20

座長 松村 由美 先生 京都大学医学部附属病院 医療安全管理部

演題 患者参加型医療と医療の質・安全～群馬大学病院の取り組み～

演者 小松 康宏 先生 群馬大学・板橋中央総合病院

特別講演② 14:40～15:40

座長 清水 智治 先生 滋賀医科大学医学部附属病院 医療安全管理部

演題 医療現場の行動経済学

演者 大竹 文雄 先生 大阪大学感染症総合教育研究拠点 科学情報・公共政策部門 行動経済学ユニット

共催：京滋医療安全研究会 テルモ株式会社 株式会社メディシステムソリューション  
後援： ©テルモ株式会社 2023年7月 000000000000000

京滋医療安全研究会は、2003年12月に京滋リスクマネジメント研究会として京都・滋賀地区の看護師、薬剤師、医師、臨床検査技師、臨床工学技士、診療放射線技師、事務職員等の医療従事者が共同して、医療安全管理対策の学術的、実践的な検討を行い、医療の質の向上に寄与することを目的に発足しました。2008年10月の第12回研究会から現在の名称に変更され、京都大学医学部附属病院医療安全管理部に事務局を置き、京滋地区で医療安全に関心を有する医療関係者の方々が幹事会を構成しています。新型コロナウイルス感染症が発生する前は、毎年300名程度の参加者を得て、医療安全対策について忌憚のない意見交換の場として、積極的な討論が行われる会となっていました。地域の医療安全向上に積極的にご理解とご支援いただく企業として、テルモ株式会社と株式会社メディシステムソリューションにはご共催を頂いております。

第26回京滋医療安全研究会は、『医療安全における患者参加』をテーマとして開催いたしました。今



特別講演 大竹文雄先生「医療現場の行動経済学」

回は、5月に新型コロナウイルス感染が5類に分類されたことも鑑みて、2023年7月8日に集合形式で京都リサーチパークで開催されました。特別講演として二人の演者のお越し頂きました。群馬大学・板橋中央総合病院の小松康宏先生には、『患者参加医療と医療の質・安全～群馬大学病院の取り組み～』についてご講演を頂きました。患者参加医療の中でも、カルテ共有や共同意思決定(シェアード・ディシジョン・メイキング、Shared Decision Making, SDM)などについて、群馬大学病院でのご経験を元にご講演を頂きました。大阪大学感染症総合教育研究拠点 科学情報・公共政策部門 行動経済学ユニットの大竹文雄先生には、『医療現場の行動経済学』と題して、行動経済学の考え方に基づいた共同意思決定の進め方や謝罪の経済学的な考え方についてご講演を頂きました。お二人の特別講演の演者から非常に貴重な情報を拝聴でき有意義な研究会であったと感じました。

本研究会では、新型コロナウイルス感染症の影響を受ける以前には、幹事会を構成している医療施設の薬剤師、放射線技師、看護師等の異なる職種がプレゼンテーションを行い、パネルディスカッション形式で議論を深める機会を設けていました。今後も、そのような取り組みを通じて、同じ地域で医療安全に努める者同士がより深い交流の機会を持ち、お互いに助け合いながら医療安全の向上に取り組んでいく場として、地域の医療安全文化の醸成に繋がっていくことを願っております。(文責：清水 智治) 日本医療安全学会機関誌 医療と安全 17:51-52, 2023



祇園祭 宵々山の長刀鉾

京滋医療安全研究会：これまでの開催履歴：

- 第1回(2003年2月)：リスクマネジメントの実践
- 第2回(2003年9月)：与薬に関する新人教育
- 第3回(2004年3月)：医療事故
- 第4回(2004年9月)：医療現場におけるリスクマネジメント対策
- 第5回(2005年3月)：ヒューマンエラー、コミュニケーションエラー
- 第6回(2005年9月)：医療紛争を解決するために
- 第7回(2006年3月)：医療紛争を解決するために
- 第8回(2006年9月)：医療における安全文化確立を目指して
- 第9回(2007年3月)：医療現場における判断ミス
- 第10回(2007年10月)：医療安全とクリティカルパス
- 第11回(2008年3月)：医療安全と新人教育
- 第12回(2008年10月)：医療安全全国共同行動「いのちをまもるパートナーズ」
- 第13回(2009年6月)：医療安全全国共同行動「いのちをまもるパートナーズ」
- 第14回(2010年9月)：NGチューブの安全管理&中小規模医療機関に求められる安全管理体制
- 第15回(2011年7月)：PEG・CVSポートの安全管理について & 医療安全におけるコミュニケーションを考える
- 第16回(2012年7月)：薬剤の安全管理
- 第17回(2013年7月)：コミュニケーションエラー
- 第18回(2014年7月)：転倒・転落について
- 第19回(2015年7月)：摂食・嚥下
- 第20回(2016年7月)：医療事故情報活用と医療安全における医療スタッフの役割
- 第21回(2017年7月)：確認行動
- 第22回(2018年7月)：誤認
- 第23回(2019年7月)：コミュニケーション
- 第24回(2021年7月)：医療安全文化を作る為にどう教育時間を作り・どう伝えるか
- 第25回(2022年7月)：医療現場における暴言・暴力・セクハラ等迷惑行為の対策について & 医療安全～組織としてのトラブル対応～

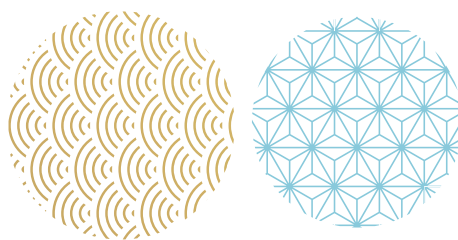


## ●医療安全徒然●

# COVID-19 感染蔓延期に思ったこと

日本歯科大学新潟病院 矯正歯科

寺田 員人



COVID-19 感染が社会活動に与える影響が一時期よりも減少した今日ではあるが、感染症等に対する人々の関心が高まっている。蔓延する以前の生活様式とは異なる新しい形となっている。そして、同時に多くのこと、例えば、mRNA ワクチン、ワクチンのブースター接種、アナフィラキシーショックなどの知識を周知させたのではないのでしょうか。この間長く行動制限が続いたことで県外に出ることもなく、人的交流も少なく、研究室で自由に使える時間が増えた。この貴重な時間で感じたことを述べたい。お時間のある人はお付き合い下さい。

### ◎学会学術集会での質疑応答の変化

徐々に学術集会が対面で開催されるようになり、参加する楽しみが増えてきた。学会の楽しみの1つには、ロビーでの情報交換がある。メールなどで容易に連絡取れるが、些細な要件、あるいは雑談程度では、なかなか連絡し難い。年1回、学会場で会話する会員もいる。会話の内容は、たわいもない健康談義から始まり最近の治療法など有益な情報に発展することもある。ロビーでの情報収集だけではなく、主目的である研究発表や特別講演などの企画からの情報収集も有益である。長く学術集会に参加していて、最近気づいたことがある。その一つが質疑応答である。特別講演やシンポジウムでは、本音の部分が少なく、教科書的なきれいにまとめ上げた講演で終わるように感じる。講演の終わりに設定された質疑応答から、漸く本音の部分が出てくる印象である。一般口演でも同じように感じる。数十年前に比較して、質疑応答が丁寧になった印象である。私が大学院生のころ（1980年代）、学会で質問する決まった先生が数名いた。その先生たちの質問は、批判的というより欠点を表に出すいやらしい（悪く言えばあらさがし）で、その回答にてこずっている演者がいたことを思い出した。議論というよりは、いやがらせにも見えた。そのため、演者に立つ際には、質問者への事前対策もぬかりなくしていた。現在は、建設的な質問を含めて、議論になる質疑応答が少なくなったように感じる。

今回の第9回学術集会における畑村洋太郎先生による招聘講演で、考える力をつけるには3現



(現地・現物・現人)が必要とお話しされた。この現人が議論とのことでした。議論は重要です。大人数の前では、なかなか本音が聞けない、口演でも質疑が単調になってしまう。そうすると、ロビーや懇親会で、少人数で意見交換をすることに価値があると感じる。対面での交流が徐々に再開していることに楽しみを感じる。

### ◎医療安全とEBM, メリット・デメリットバランス

行動制限が緩和されるにあたり、「コロナ感染対策と経済活動を両立させる」という言葉が出てきた。相対立する2つの事項をどう評価するかがわからなかった。根拠に基づく医療(EBM)が定着しているところで、客観的な根拠となる資料を構築していると思う。新しい感染症であるので、一方の経済活動に関する根拠資料があるのだろうか。急性感染症が与える経済効果については、COVID-19感染のデータが、一番信頼できるデータではないだろうか。しかし、結果がまだ出ていないと思う。

さて、医療安全についても、費用対効果という経済的な尺度が加わって実施している。ここで、この費用対効果に客観性があるのだろうか、という疑問を抱く。「〇〇で事故があったから、備えよう。」といった、効果に外力が働いていないでしょうか。病院長などの要職者との交渉の際は、「〇〇病院で導入されている。うちも入れましょう。入れないと遅れます。」など、学術的な説明より、主観的な内容で説明していないだろうか。費用は〇〇円という客観的な数字で表すことができる。一方、効果についても研究等から何%という客観的な数字で示される。しかし両者をどのように比較するのでしょうか。通貨なら交換レートがある。多くの場合、換算方法はないと思う。「費用対効果」は、なんとなく納得するための言葉に感じる。残念ながらその客観的な比較方法がわかりません。両者を比較した研究がこれから発表されることを期待している。

### ◎歯磨きと医療安全

齲蝕(虫歯)が蔓延していた1970年代、歯磨きの習慣がまだ定着していませんでした。朝に歯磨きをするか、あるいは夜に歯磨きをするか、ということが話題となった。口の中の細菌が朝起きた時にピークとなるという報告が出され、夜歯磨きの方が効率の良い方法とも言われた。しかし、今では食後に行うことが一般的となっている。食後の歯磨きを含めた各種齲蝕予防が周知、実行され、齲蝕は減少している(図)。歯磨きは、齲蝕予防、歯周病の予防のために行う行動である。毎食後、歯磨きしているでしょうか。「齲蝕にならない方がいい」、「虫歯になっても治療すれば治るからいい」などと言って、行っていない人をまだまだいると思う。すなわち、自身の健康の維持、増進のための行動であり、個人差が大きい。

医療安全も同じように、安全に対する個人の考え方が違うと感じる。臨床は、患者さんと担当する医療者の少人数で共通認識を構築して実施することで、多くのことを解決している。しかし、医療安全の場合、対象がどうしても大人数の集団で、個々の関係者の立ち位置を合わせることやゴールを合わせることが難しいと感じる。1日1回の歯磨きが現在では毎食後に歯磨きを行う習慣が広く実施できるまでには長い時間を要した。医療安全も土台から積み上げていくことには長時間を要すると思う。 **日本医療安全学会機関誌 医療と安全 17:53-54, 2023.**





## ミニ講座

E-LEARNING

4



# みんなで Moodle 医療安全 e ラーニング構築

京都府立医科大学附属病院長 佐和 貞治

## 「Moodle e ラーニングコースでの受講証発行」

2023 年 5 月 8 日より、新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) は、感染症法上の 2 類から季節性インフルエンザと同じ取り扱いとなる 5 類となりました。感染重症者は減りましたが、3 年経った状況においても未だパンデミックは収束する気配がないですね。一方で、オンライン会議や e ラーニングはかなり日常になりましたね。前号 (14 ~ 16 号) のこのミニ講座では、インストールを完了した moodle を使って、実際に e ラーニングコースを作成してみるための「ロール」で鑑別されるアクセス権限、「管理操作法」、そして Moodle が提供する「コンテンツの構造」「小テストの構築」について説明してきました。Moodle の醍醐味は、前号で解説した小テストなどの課題を実施して、研修者の研修到達度を図れることです。その上で、課題をクリアした研修者だけに合格証、あるいは受講証・研修修了証を発行したいですね。今回は、小テストに合格した研修者だけに受講証を発行する仕組みをもう少し詳しく説明します。

### 1. 受講証 (Certificate) プラグインモジュールを追加する

Moodle のデフォルト標準モジュールには、受講証 (Certificate) が備わっていません。Moodle から直接、ダウンロード、インストールすることも可能ですが、Moodle.org のプラグイン・サイト (<https://moodle.org/plugins/index.php?>) からダウンロードして組み込みましょう。Moodle.org のプラグイン・サイトに「Certificate」と入力すれば、該当する 2 つのプラグインが登場しました (図 1) が、著者は「Certificate」と名前が付いているものを使用しています (図 2)。ダウンロードした Moodle プラグインのインストールは、[システム設定] > [プラグイン] > [プラグインをインストールする] から、新たなプラグインの zip ファイルに対して、プラグインインストーラーを用いてアップロードします (図 3)。

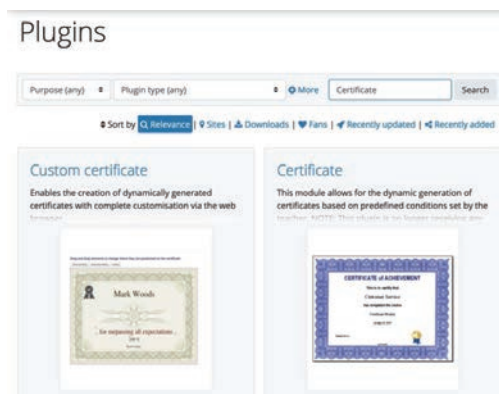


図 1. Moodle.org プラグイン

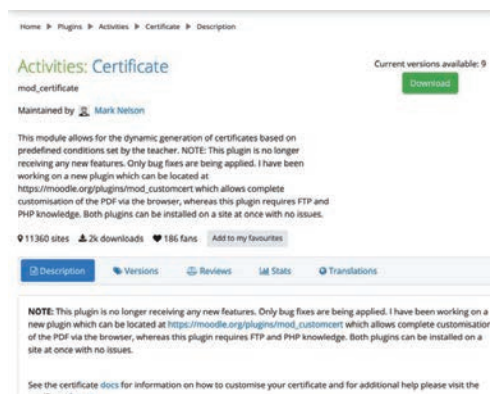


図 2. Moodle.org プラグイン Certificate

著者連絡先：〒 602-8566 京都市上京区河原町通広小路上る梶井町 465 番地  
京都府立医科大学附属病院 佐和 貞治



図 3. プラグインのアップロード

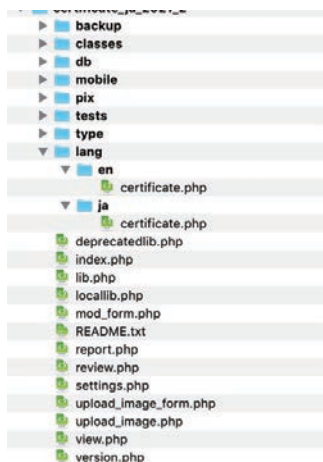


図 4. プラグインの日本語化

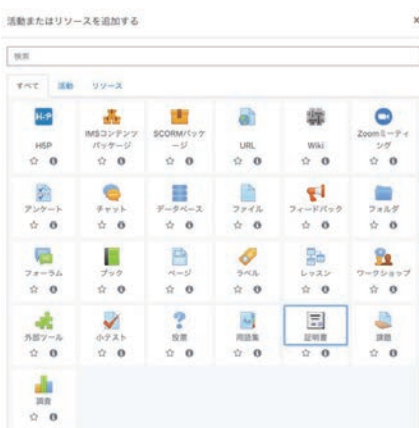


図 5. アップロードされた証明書 (Certificate) プラグイン。



図 6. プラグイン（証明書）のトピックへの追加。

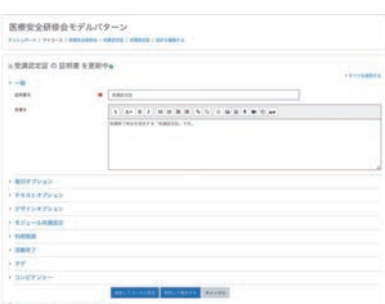


図 7. 受講証の設定。

## < 注意 >

ここで一点、注意が必要です。この証明書 Certificate モジュールは優秀なのですが、著者が利用を検討した段階では日本語化されていませんでした。そこでダウンロードしたモジュール・ファイルの中身に日本語化ファイルを追加しました。方法は「lang」フォルダの中に「en」フォルダにがあり、英語用の certificate.php がありますが、それをコピーして、必要な単語を日本語に置き換えた cerfiticate.php を作成し、新たに作成した「ja」という日本語化フォルダに置きます (図 4)。

最後に、バージョン管理を行っているファイル version.php の \$plugin->veriosn = で日付を更新しておく、アップロードしたときに新しいバージョンとして認識されて自動更新されます。

## 2. 証明書 (Certificate) プラグインをトピック内に追加

次は、編集モードに入って、証明書を置きたいトピックの中から、「+ 活動またはリソースを追加する」をクリックして、組み込んだ「証明書」プラグインを選択します (図 5)。名前「受講証明書」というような名前を付けてトピックに組み込まれれば図 6 のように、このモジュールの設定を「編集」することが可能となります。

## 3. モジュール「受講証明書」の設定編集

トピック内に組み込まれた受講証明書の「編集」ボタンをクリックして、編集作業に入りましょう。まず、編集で設定できる次のような項目がリストされます (図 7)。「一般」「発行オプション」「テキストオプション」「デザインオプション」「モジュール共通設定」「利用制限」「活動完了」「タグ」「コンピテンシー」などの設定項目があります。発行プシオンでは、証明書発行に伴い、教師などにメール連絡を行うかや、証明証の保存を行うかなどを設定します。テキストオプションでは、証明書に印刷する日付や教師名、成績などのテキスト項目を設定します。

## 4. デザインオプションで証明書「飾り窓」画像をアップロード

デザインオプション：証明書の種類では縦長（ランドスケープ）、横長（ポートレート）を選択し、飾り窓（ボーダー画像） (図 8)、透かし画像（watermark）、認定シール（Seal, ロゴ）等を選択します。独自の画像やシールを入れるためには、管理者権限にてプラグイン設定で画像をアップロードする必要があります。[サイト管理] > [プラグイン] > [活動モジュール] > [証明書] に入って、「アップロード」をクリックして、アップロードする画像のタイプを選択して、ドラッグ&ドロップでカスタム画像をアップロードしてください (図 8)。無事にアッ



図 8. 飾り窓付きの受講証明証 .

## ▼ 利用制限

アクセス制限

なし

制限を追加する ...

図 10. 「利用制限」設定 .

制限を追加する ...

活動完了	学生は別の活動を完了する (または完了しない) 必要があります。
日付	指定された日時まで (から) アクセスを禁止します。
評点	学生は指定された評点に到達する必要があります。
ユーザプロフィール	学生のプロファイルをもとにアクセスをコントロールします。
制限セット	複雑な条件に適用するため、一連のネスト制限を追加します。

キャンセル

図 11. 利用制限の「解除」で選択できる項目

## ▼ 利用制限

アクセス制限

学生は 合格する必要がある \* > 以下の条件に対して

評点 受講修了テスト \*

評点 ≥ 60 %

評点 < %

制限を追加する ...

図 12. 受講修了テスト評点 60% 以上で利用制限解除

## 医療安全eラーニング

ダッシュボード / サイト管理 / プラダイン / 活動モジュール / 証明書

## 証明書

画像をアップロード certificate | uploadimage

このボタンをクリックすると、画像をアップロードできる新しい画像に移動します。

Sans-serifフォントファミリー certificate | fontsans

kozgopromedium

デフォルト: freesans

フォントが埋め込まれた証明書の場合はSans-serifフォントファミリー

Serifフォントファミリー certificate | fontserif

kozgopromedium

デフォルト: freeserif

フォントが埋め込まれた証明書の場合はSerif-serifフォントファミリー

変更を保存

図 9. 証明書に「飾り窓」画像を組み込む

プロードできれば、画像選択で選べるようになります。ただし、画像の縦横サイズやピクセルは、デフォルトで入っている画像を参考にして同じ仕様に事前に調整しておく必要があります。

## 5. 「利用制限」で小テストの合格点と連動させる

小テストなどの課題の合格者だけに証明書を発行できる仕組みは、この証明書モジュールの「利用制限」設定で行います (図 10)。「利用制限」を解除する設定として、「日付」「評点」「ユーザプロフィール」などを設定することができます (図 11)。たとえば、前回設定した「受講修了テスト」での「評点」で 60% 以上のみで、利用制限が解除されるように設定しておきます (図 12)。そうすれば小テストで 100 点満点中 60 点以上を得点された受講生だけが、利用制限が解除されて、受講証の表示・印刷が可能となります。

テストの点数だけではなく、特定の「活動」や「リソース」の活動完了を Certificate 発行の基準に加えるならば、アクセス制限項目を追加して、活動完了「講義資料」「完了マークされる必要あり」、および評点「小テスト」「評点 ≥ 60%」とすれば良いわけです。「利用制限」設定項目で、「日付」を選んで、アクセス制限解除の期間を「開始」日付時刻と「終了」日付時刻で設定して行うことができます。

以上、小テストに合格した研修生だけに受講証を発行できる Moodle の仕組みを概説いたしました。モジュールの日本語化は少し厄介ですので、ご連絡いただきましたらお著者で手伝いできる所です。受講証の飾り窓のカスタム画像ファイル等は、ネットで検索すれば、利用できるものがあります。次回は e ラーニング講義用のプレゼンテーションファイルやビデオファイルの設定について概説したいと思います。日本医療安全学会機関誌 医療と安全 17:55-57, 2023.

◆ 一般社団法人 日本医療安全学会 ◆



2023 年 8 月定例理事会 議事録

1. 招集日：2023 年 8 月 2 日（水）
2. 会期：2023 年 8 月 10 日（木）17 時 00 分～18 時 00 分
3. 開催場所：一般社団法人 日本医療安全学会 事務局  
浜松医科大学総合人間科学・基礎研究棟 306 号室内  
※事務局を拠点に WEB 会議ツール「Zoom」を利用して開催

4. 理事総数：46 名 定足数 23 名
5. 出席理事：32 名

内訳 現地出席

相田伸二，酒巻裕之，松村由美，藤井千恵子，本間寛，佐和貞治，和田仁孝，荒神裕之，井上清成，長谷川奉延，工藤篤，辰元宗人，大磯義一郎，天野慎介，宮崎浩彰，水本一弘，新村美佐香，大野智，道丸摩耶，井手口直子，鈴木明，伊藤英樹，石井庸介，野坂佳生，安田あゆ子，梁善光，辰巳陽一，長島久，山口秀紀，佐藤光利，小林正人（順不同・敬称略）

6. 出席監事：1 名

鈴木孝昭

参加者数が定数に達したので，理事長は開会を宣言し，議長として以下の審議を行った．

【審議事項】

第 1 号議案 2023 年 4 月定例理事会議事録承認の件

大磯理事長より，資料が提出され報告がなされ承認された．

第 2 号議案 委員新任の件

大磯理事長より，機関誌編集委員会，総務委員会，用語返済委員会に新規追加された委員について説明がなされ，承認された．

第 3 号議案 新設部会の件

大野智理事より，「民間療法」のあり方に関する検討部会について説明がなされ，承認された．

第 4 号議案 第 10 回日本医療安全学会学術総会予算書の件

大磯理事長より，第 10 回日本医療安全学会学術総会予算書が提出され報告がなされ，承認された．

第 5 号議案 株式会社 memento への支払いの件

井上清成理事より，第 10 回日本医療安全学会学術総会の運営業務を委託する株式会社 memento への支払いについて説明がなされ，承認された．

第 6 号議案 全国老人保健施設協会と日本転倒予防学会と医療法学研究会の共同声明の件

大磯理事長より，資料が提出され提言の共同声明について説明があり，承認された．



第7号議案 世界患者安全の日シンポジウム企画の件

松村由美理事より、世界患者安全の日に開催するシンポジウムについて説明があった。京都大学医学部附属病院 医療安全部が主催し、当会は共催とする。シェアード・ディシジョン・メーカー（SDM）をテーマとし、WEB 会議ツール「Zoom」を利用して開催する。承認された。

第8号議案 学会誌編集作業外部委託の件

佐和貞治理事より学会誌「医療と安全」の編集作業を外部委託することについて印刷会社 北斗プリント社の委託費見積書とともに説明がなされ、承認された。

第9号議案 認定資格更新要件の件

大磯理事長より説明がなされた。認定資格（高度医療安全推進者・高度看護安全推進者・高度医薬品安全推進者・医療安全管理者）について新規募集を停止したが、すでに資格を取得している会員に対しては引き続き本会で対応している。認定資格の更新要件についてはこれまでと同じ形で更新する。承認された。

第10号議案 メディカルトリビューンでの動画企画の件

大磯理事長より説明がなされた。広報動画「これからの医療安全」の撮影が終了し、公開され好評を得ている。新規会員を増やすためにも今後も動画撮影を継続して行っていきたいと考えており、メディカルトリビューン社との連動企画を計画している。承認された。

**【報告事項】**報告事項1 第9回日本医療安全学会学術総会収支報告書

大磯理事長より、資料が提出され報告された。

報告事項2 広報動画コンテンツの件

大磯理事長より、資料が提出され報告された。学会ホームページや m3.com のサイトから閲覧できる。

報告事項3 VR セミナー開催報告の件

大磯理事長より、6月24日に開催された VR セミナーについて報告された。

報告事項4 メディカルピアサポーター養成研修会開催報告の件

和田仁孝理事より、8月5日6日に開催されたメディカルピアサポーター養成研修会について報告された。

報告事項5 委員会報告

総務委員会：新村美佐香理事より報告された。本日議題に出ている広報動画コンテンツや共同提言について議論をし、承認した。

財務委員会：井上清成理事より報告された。株式会社 memento 社への支払いや事務局および事務員の経費について議論し承認した。

学術委員会：大磯理事長より報告された。新規部会や部会員の入れ替えについて議論し承認された。

機関誌編集委員会：佐和貞治理事より報告された。17号を今秋に発行予定である。編集作業の外部委託について議論し承認された。

教育研修委員会：辰巳陽一理事より報告された。今後の認定資格の新設や、既存の資格更新について議論した。

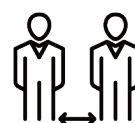
広報委員会：水本一弘理事より報告された。世界患者安全の日記念イベントを計画している。

用語編纂委員会：松村由美理事より報告された。新規メンバーで第1回用語編纂委員会を開催した。

## 7. 閉会

以上、この議事録が正確であることを証するため、議事録作成者は記名押印する。

2023年8月10日          大磯 義一郎



## ● 日本医療安全学会機関誌「医療と安全」

( 印字版 )ISSN 2187-8269

本誌が引用される国内の主なデータベース

国立国会図書館蔵書検索・申込システム

医学中央雑誌データベース

科学技術振興機構文献データベース

医学・薬学関連学会開催情報検索

## 刊行の趣旨

JPSCS は日本医療安全学会会員の論文の蓄積を以て日本の医学に貢献する必要があります。そこで、様々な関連分野の専門家から構成される編集委員を構成し、学際研究の成果を学会内部に蓄積します。

日本医療安全学会機関誌「医療と安全」は日本語論文のみを掲載します。それぞれ年間2部ずつ電子刊行します。

本誌には各種委員会からのお知らせ、学術総会のサマリー、シンポジウム・分科会・教育研修のサマリー、医療安全対策の資料、医薬品安全対策の資料、医療機器安全対策の資料などの情報も掲載されます。

## 編集の方針

投稿論文は査読審査されます。

- 1) 年次総会ないし地方会で発表された演題は、それらの会長ないし開催責任者が「医療と安全」誌への掲載を推薦します。
- 2) 発行回数は年2回の電子刊行です。非会員で購読希望の際には年間購読料(2万円)をお納めください。
- 3) 氏名、所属、住所および抄録の英文を付けてください。

## ●「医療と安全」投稿規定 (2022 年 9 月改訂 機関誌編集委員会承認)

- ・「医療と安全」は日本医療安全学会の機関誌であり、医療と安全に関する論文・報告等を受け付ける。その投稿は以下の規定による。
- ・**投稿先**：日本医療安全学会機関誌「医療と安全」編集事務局（京都府立医科大学附属病院医療安全推進部内）（電子メール）journal@jpscs.org
- ・投稿原稿の査読、採否および掲載順序などは編集委員会において決定し、編集委員長の名で著者に連絡する。掲載された原稿の著作権は日本医療安全学会に属する。
- 1. 「医療と安全」の原稿は邦文とし、ワープロソフト（日本語 MS-Word）を用い、横書き、常用漢字で記載する。ファイルを電子メール添付として本学会機関誌「医療と安全」編集事務局宛 journal@jpscs.org に投稿する（印刷原稿を送付する必要はありません）。
- 2. 投稿に際しては筆頭著者、あるいは責任著者は本会会員でなければならない。
- 3. 投稿論文は未発表・未掲載のものとする。他雑誌に掲載されたものを重複して投稿してはならない。
- 4. 人および動物を対象にした研究論文は、1975 年のヘルシンキ宣言（1989 年改訂）の方針に従い、必要な手続きを踏まなければならない（下記、「適応される倫理規定」を参照のこと）。
  - 1) 研究指針準拠：人を対象とした臨床研究では、投稿時における最新の生命科学・医学系研究に関する倫理指針に準拠していること。
  - 2) 倫理委員会承認：必要なものについては倫理委員会の承認を得て、その由を論文に記載すること。
  - 3) 個人情報保護：「個人情報の保護に関する法律」（平成 17 年 4 月）などその時代に遵守すべき法令・省令を遵守する。症例報告などに関してはプライバシー保護に努め、対象となった人、あるいはその適切な代諾者から、本誌への投稿について書面で承諾を得てそのコピーを投稿に添付送付すること。
  - 4) 利益相反開示：日本医療安全学会学会誌「医療と安全」の執筆要領（本誌巻末参照）に記載された利益相反の開示すべき項目に該当するものがある場合は、論文の末尾（参考文献の前）の項目「利益相反」に記入すること。該当するものが無い場合には「日本医療安全学会学会誌「医療と安全」の定める利益相反に関する開示事項はありません。」と記入すること（下記、「利益に関する開示文書」を参考のこと）。
- 5. 投稿原稿は総説、原著論文、短報、その他とし、以下に投稿区分を別紙のチェックリストに✓マークをしてください。
  - 1) 総説：医療と安全に関する諸問題を客観的な資料・考察に基づいて広い視点から論じたもの。
  - 2) 原著論文：独創性のある理論的または実証的な研究で、完成度の高いもの。
  - 3) 短報：独創性、緊急性のある萌芽的研究で、発展性の期待できる研究を手短にまとめたもの。
  - 4) その他：症例報告（医療事故の治療経験など）・トピックス・意見など、編集委員会が必要性を認めたもの。
- 6. 投稿には、本誌の次々ページの「日本医療安全学会機関誌「医療と安全」投稿時チェックリスト」をコピーし、必要な項目に確認✓マークを入れて、責任著者が署名の上で電子スキャンし、PDF ファイルとして、投稿原稿とともに電子メールで送付すること。
- ・**適応される倫理規定**  
ヘルシンキ宣言（1964 年、1975 年、1983 年、2003 年改訂）、文科省、厚労省、経産省：人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（令和 4 年 3 月 10 日一部改正）、疫学研究に関する倫理指針（厚生労働省、文部科学省、平成 20 年 12 月改訂）、医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いの



ためのガイドラインなどの倫理的指針に従い、さらに、「個人情報保護に関する法律」（平成17年4月）などその時代に遵守すべき法令・省令を遵守する。症例報告などのプライバシー保護に関しては外科系学会協議会による「症例報告を含む医学論文及び学会研究会発表における患者プライバシー保護に関する指針」に従うこと。動物を用いた研究では、各施設の動物委員会などが定めた基準に従い慈愛深く取り扱い、このことを記載しなくてはならない。臨床試験は、臨床試験登録公開制度システム（UMIN-CTR など）に登録する。ランダム化比較試験（randomized controlled trial; RCT）では、CONSORT 声明に従う。また、科学研究として公平性・信頼性を確保するため、企業等との利益相反について明確にする必要がある。論文採用決定後は、「学会誌（Palliative Care Research）論文発表者の報告事項」に定める事項について「利益相反事項届出書（学会誌発表者用）」の提出をしなければならない。

### ・利益に関する開示文書

日本医療安全学会学会誌「医療と安全」における利益相反の開示すべき項目

- 1) 産学連携活動に係る受け入れ額が、1企業あたり年間200万円以上（所属機関からの間接経費が差し引かれる前の金額）の場合
- 2) コンサルタント、指導、講演、給与としての個人収益が、1企業あたり年間100万円以上（税金や源泉徴収額を引く前の金額）の場合
- 3) 産学連携活動に係る個人収益（公開・未公開を問わず、当該企業の株式等の出資・取得・保有及び売却・譲渡、ストックオプションの権利譲受、もしくは、役員報酬、特許権使用料等）が1企業あたり年間100万円以上あった場合（但し、投資信託、もしくは、当該個人によって管理・制御できない多角的なファンドにおいて資金運用される場合を除く）
- 4) 上記1～3のいずれかに該当する企業に一親等の親族が現在勤務している場合

該当しない場合には「日本医療安全学会学会誌「医療と安全」の定める利益相反に関する開示事項はありません。」と論文の末尾に記入する。

該当する場合には「日本医療安全学会学会誌「医療と安全」の定める利益相反に関する開示事項に則り開示します、（企業名）から（○○円）。」と論文の末尾に記入する。なお、個人収益の場合は、前年の1月1日から12月31日までとする。ただし、寄付金や企業からの受託等、産学連携活動に係る研究の場合は、前年4月1日から本年3月31日までの期間でも可とする。

## ●「医療と安全」執筆要領

（以下、投稿規定からの連番）

- 7. 原稿の1頁目には、表題、著者名、所属機関名、別刷請求先、連絡先住所、表・図の数などを記載すること。
- 8. 和文抄録（400字以内）及び英文抄録（400語以内）を作成する。また、氏名、所属、連絡先を英文でも記載する。原著論文の場合には目的、対象と方法、結果、考察および結論として見出しをつけて記載すること。
- 9. 和文原稿では英文の抄録ならびに英・和それぞれ5語前後のキーワードを原稿につける。
- 10. 原則として原著論文はA4版刷り上がり8-9頁以内を目安とする（電子版では図表・写真はカラー表示可能、印刷冊子体では白黒表示となる）。原稿の総文字数（タイトル、著者名、要旨、参考文献、英文抄録は除く）は刷り上がり1ページ1,800文字で、12,000文字以内とする。
- 11. 図表は必要最小限にとどめること。図表は不都合なときには、使用ソフトなどについて編集委員

会がその都度指示する。図説明文は別頁とする。カラーの図表は電子体での発刊はそのままカラーとなるが、印刷冊子では白黒に変換されることを前提に含めてください(図表は、1 ページ分が 1,800 文字相当、半ページ分が 900 文字相当、1/4 ページが 450 文字相当でカウントする)。

- 12. 本雑誌の単位符号は原則として SI 単位を用いる (JISZ8203 参照)。
- 13. 参考 (引用) 文献は 30 件以内とする。引用文献は引用順とし、末尾文献表の番号を両括弧数字で記す。雑誌の場合、全著者名・表題・雑誌名・年号：巻数：頁－頁、の順に記すこと (下記、「引用文献スタイルについて」を参考のこと)。

#### ・引用文献スタイルについて

引用文献リストは本文での引用順とし、末尾文献表の番号を両括弧数字で記す。雑誌の場合、全著者名・表題・雑誌名・年号：巻数：頁－頁、の順に記す。

- 1) 田島静, 千々和勝己. 初夏に某小学校で発生した小型球形ウイルス (SRSV) による集団食中毒事例. 日本公衆衛生雑誌 2003 : 50 : 225-233.
  - 2) Adamson J, Hunt K, Ebrahim S. Socioeconomic position, occupational exposures, and gender: the relation with locomotor disability in early old age. J Epidemiol Community Health 2003; 57: 453-455.
- 単行本の場合、編・著者名、書籍名、所在地：発行所、発行年：頁、の順に記す。引用頁は全般的な引用の場合には省略することができる。
- 3) 川上剛, 藤本瞭一, 矢野友三郎. ISO 労働安全・衛生マネジメント規格. 東京：日刊工業新聞社, 1998.
  - 4) Detels R, McEwen J, Beaglehole R, Tanaka H. Oxford Textbook of Public Health. The Scope of Public Health. Fourth Edition. Oxford: Oxford University Press, 2002.
  - 5) 川村治子. リスクマネジメント. 高野健人他編. 社会医学事典. 東京：朝倉書店. 2002:98-99.
  - 6) Detels R, Breslow. Current scope and concerns in public health. In: Detels R, McEwen J, Beaglehole R, Tanaka H. Oxford Textbook of Public Health. The Scope of Public Health. Fourth Edition. Oxford: Oxford University Press, 2002: 3-20.

## ● 日本医療安全学会機関誌「医療と安全」編集委員会

佐和 貞治 (編集委員長) 京都府立医科大学附属病院

伊藤 英樹 広島大学病院医療安全管理部

小林 正人 埼玉医科大学病院 脳神経外科

鈴木 聡 神奈川工科大学健康医療科学部 臨床工学科

佐々木 毅 東京大学大学院医学系研究科 次世代病情報連携学講座

寺田 員人 日本歯科大学新潟病院矯正歯科

長島 久 富山大学附属病院医療の質・安全推進部

長谷川 奉延 慶應義塾大学病院

布施 淳子 山形大学大学院医学系研究科 基礎看護学

藤井 千枝子 慶應義塾大学看護医療学部教授

水本 一弘 和歌山県立医科大学附属病院医療安全推進部

宮崎 浩彰 関西医科大学・医療安全管理センター

山口 秀紀 日本大学松戸歯学部

梁 善光 市原市医師会理事千葉県産科婦人科医学会顧問 帝京大学ちば総合医療センター産婦人科

## 日本医療安全学会機関誌「医療と安全」投稿時チェックリスト

「医療と安全」への投稿に際しては、本ページをコピーし、責任著者が必要な項目に確認✓を記入して著名し、電子スキャンした PDF ファイルをメール投稿時に添付してください。

- 投稿に際して責任著者は、本ページをコピーし、投稿論文が本誌の投稿規定・執筆要領に沿ったのであるか、該当箇所□チェックボックスにチェックを入れて、ご署名を頂き、電子スキャンして PDF 化されたものを投稿論文に添えてください。
- 1. 「医療と安全」の原稿は邦文とし、ワープロソフト（日本語 MS-Word）を用い、横書き、常用漢字で記載する。ファイルを電子メール添付として本学会機関誌「医療と安全」編集事務局宛 [journal@jpsc.org](mailto:journal@jpsc.org) に投稿する。
  - 2. 投稿に際しては筆頭著者、あるいは責任著者は本会会員でなければならない。
  - 3. 投稿論文は未発表・未掲載のものとする。他雑誌に掲載されたものを重複して投稿してはならない。
  - 4. 人および動物を対象にした研究論文は、1975 年のヘルシンキ宣言（1989 年改訂）の方針に従い、必要な手続きを踏まなければならない（下記、「適応される倫理規定」を参照のこと）。
    - 1) 研究指針準拠：人を対象とした臨床研究では、投稿時における最新の生命科学・医学系研究に関する倫理指針に準拠していること。
    - 2) 倫理委員会承認：必要なものについては倫理委員会の承認を得て、その由を論文に記載すること。
    - 3) 個人情報保護：「個人情報の保護に関する法律」（平成 17 年 4 月）などその時代に遵守すべき法令・省令を遵守する。症例報告などに関してはプライバシー保護に努め、対象となった人、あるいはその適切な代諾者から、本誌への投稿について書面で承諾を得てそのコピーを投稿に添付送付すること。
    - 4) 利益相反開示：日本医療安全学会学会誌「医療と安全」の執筆要領（本誌巻末参照）に記載された利益相反の開示すべき項目に該当するものがある場合は、論文の末尾（参考文献の前）の項目「利益相反」に記入すること。該当するものが無い場合には「日本医療安全学会学会誌「医療と安全」の定める利益相反に関する開示事項はありません。」と記入すること（下記、「利益に関する開示文書」を参考のこと）。
  - 5. 投稿原稿は総説、原著論文、短報、その他とし、以下に投稿区分をチェック✓してください。
    - 1) 総説：医療と安全に関する諸問題を客観的な資料・考察に基づいて広い視点から論じたもの。
    - 2) 原著論文：独創性のある理論的または実証的な研究で、完成度の高いもの。
    - 3) 短報：独創性、緊急性のある萌芽的研究で、発展性の期待できる研究を手短にまとめたもの。
    - 4) その他：症例報告（医療事故の治療経験など）・トピックス・意見など、編集委員会での必要性を認めたもの。
  - 6. 投稿には、本誌の次々ページの「日本医療安全学会機関誌「医療と安全」投稿時チェックリスト」をコピーし、必要な項目に確認✓マークを入れて、責任著者が署名の上で電子スキャンし、PDF ファイルとして、投稿原稿とともに電子メールで送付すること。
  - 7. 原稿の 1 頁目には、表題、著者名、所属機関名、別刷請求先、連絡先住所、表・図の数などを記載すること。
  - 8. 和文抄録（400 字以内）及び英文抄録（400 語以内）を作成する。また、氏名、所属、連絡先を英文でも記載する。原著論文の場合には目的、対象と方法、結果、考察および結論として見出しをつけて記載すること。
  - 9. 和文原稿では英文の抄録ならびに英・和それぞれ 5 語前後のキーワードを原稿につける。
  - 10. 原則として原著論文は A4 版刷り上がり 8-9 頁以内を目安とする（電子版では図表・写真はカラー表示可能、印刷冊子体では白黒表示となる）。原稿の総文字数（タイトル、著者名、要旨、参考文献、英文抄録は除く）は刷り上がり 1 ページ 1,800 文字で、12,000 文字以内とする。
  - 11. 図表は必要最小限にとどめること。図表は不都合なときには、使用ソフトなどについて編集委員会がその都度指示する。図説明文は別頁とする。カラーの図表は電子体での発刊はそのままカラーとなるが、印刷冊子では白黒に変換されることを前提に含めてください（図表は、1 ページ分が 1,800 文字相当、半ページ分が 900 文字相当、1/4 ページが 450 文字相当でカウントする）。
  - 12. 本雑誌の単位符号は原則として SI 単位を用いる（JISZ8203 参照）。
  - 13. 参考（引用）文献は 30 件以内とする。引用文献は引用順とし、末尾文献表の番号を両括弧数字で記す。雑誌の場合、全著者名・表題・雑誌名・年号・巻数・頁一頁、の順に記すこと（下記、「引用文献スタイルについて」を参考のこと）。

責任著者 署名： \_\_\_\_\_

署名日付： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

## ● 学会活動の概要と年会費支払方法について

### ・ 入会金

ご入会の際には、正会員・学生会員とも、年会費とは別に入会金 5 千円が必要です。

### ・ 団体としての入会方法

団体会員の場合は賛助会員制度があり、下記のホームページに記載されています。 <http://www.jpscs.org/support.shtml>

### ・ 年会費

年会費は毎年 1 月 1 日が起点日です。振り込まれた会費に対して領収書が必要な方は、日本学会事務局にお申し付けください。(正会員)7 千円、(理事)9 千円、(学生会員)3 千円  
会員は日本学会での参加の割引料金の適用、ならびに日本学会学術雑誌「医療と安全」の投稿と購読、日本学会会員専用ホームページ閲覧を無料とします。学生会員は学部生が対象です。学生証のコピーを提出ください。なお、大学院生は正会員扱いです。

年会費の振込方法：銀行振込

#### (1) ゆうちょ銀行口座への振込の場合

支店名：〇一九(ゼロイチキュウ)店  
口座種類：当座  
口座番号：0292830  
シャ)ニホンイリョウアンゼンガツカイ  
口座名義：一般社団法人 日本医療安全学会

銀行振込の際には、氏名、連絡先住所、電子メールアドレスおよび会費年度を日本語で明記の上、振込書の写しと共に日本医療安全学会本部事務局に郵送ないし FAX: 053-435-2236 ください。

#### (2) ゆうちょ振替口座への振込の場合

店名：〇一九(ゼロイチキュウ)店  
口座番号：00190-1-292830  
シャ)ニホンイリョウアンゼンガツカイ  
口座名義：一般社団法人 日本医療安全学会

### ・ 日本医療安全学会機関誌「医療と安全」購読

日本学会の会員以外の方は、年間 8 万円にて購読ができます。年数回刊行予定。

年間購読料の振込先：

銀行支店名：三東京 UFJ 銀行本郷支店  
口座名義：JPSCS 理事長 大磯義一郎  
口座番号：普通 0130476

### ・ 国内学術集会の参加

集会ごとに別途の参加料が必要です。会員には割引料金が適用されます。



## ● 日本医療安全学会 届出用紙

下記をご記入の上、次の学会本部事務局宛に電子メールまたはFAXにて送信ください。

(メールアドレス) office@jpscs.org (会員登録・変更窓口) regist@jpscs.org

(FAX 番号) 053-435-2236 へ送信ください。

該当項目に○を記入	( ) 入会届	( ) 変更届	( ) 退会届
	新規 / 退会 または変更前	変更後 (変更時のみ該当項目を記入ください)	
氏 名			
所 属			
医療の資格			
職位 (学生の場合は、 在学期間を明記)			
郵送先の住所			
電子メールアドレス			
電話番号			
FAX 番号			
機関誌印刷物の年間購読希望 (年間 2 千円の加算)	( ) 希望する ( ) 希望しない		

1) 入会の際には入会金と年会費が必要です。ご申請後に、振込用紙を郵送します。

詳細は下記 (日本医療安全学会ホームページ：入会手続きの方法) をご覧ください。

<http://www.jpscs.org>

2) 学会定款 11 条 会員はいつでも退会することができる。ただし、理由を付した退会届を 1 ヶ月以上前までに本会事務局に提出しなければならない。

3) 本用紙は国際医療リスクマネジメント学会には適用できません。

4) 国際医療リスクマネジメント学会の場合は下記をご覧ください。

<http://www.iarmm.org/Uregistrationmanner.shtml>

<http://www.iarmm.org/J/>

## ● 編集後記

今年の夏は、猛暑の中、依然に続く COVID-19 パンデミック第 9 波では、医療機関で働く方々は本当に大変であったと思います。本年 5 月以後に第 5 類に下げられた COVID-19 ですが、世間では宴会なども復活して、マスクをされる方も激減しました。しかしながら、変異を繰り返す中で弱毒化してきた SARS-CoV2 ウイルスといえ、感染力は益々増強し、第 9 波に至っては、多くの医療機関において、院内感染クラスター発生の対応や、多数のコロナ感染職員休務者を抱える状態となって、苦境を乗り越えられて来られたことと思います。本当にご苦労さまです。

病院の経営は、進行する少子高齢化社会の中で、ウクライナ戦争などの影響で、光熱費の急騰、医療器材医薬品比率上昇、人件費高騰の中、いよいよ医師の働き方改革も待ったなしの状態となり、どうやって対処すれば経営が上向くのかかわからない厳しい時代に突入していく感があります。経営の効率化だけを考えて、医療安全への投資を怠れば、必ずや重大な医療事故発生に繋がることはこれまでの医療安全の歴史が示してきたことでもあり、多職種協働の医療安全文化の醸成を推進する上で、日本医療安全学会の果たす社会的な役割も益々重大であろうと感じています。

そのような中で、今回は、藤井千枝子先生（慶應義塾大学看護医療学部）をお願いいたし、特集「看護安全文化の醸成に向けて」を企画・編集頂きました。おかげさまで、執筆の労を頂きました多数の方々の精力的な論文によって、たいへん充実したものになったと自負しております。本号の編集より、新たに 7 名の編集委員の方に加わって頂き、今後も一層に充実した内容を、日本医療安全学会の会員の皆様に、お届けいたしたいと思っております。

日本医療安全学会機関誌「医療と安全」編集委員長  
佐和 貞治（京都府立医科大学附属病院 病院長）

## ● 日本医療安全学会機関誌「医療と安全」編集事務局

〒 602-8566 京都市上京区河原町通広小路上る梶井町 465 番地

京都府立医科大学附属病院医療安全推進部内「医療と安全」編集事務局

（編集：佐和貞治、校正：中村猛、内山裕美、木村美樹）

電子メール：journal@jpscs.org、FAX; 075-251-5843( 医療と安全編集事務局宛 )

日本医療安全学会機関誌「医療と安全」通巻 17 号（2023 年 10 月）

発行責任者：大磯義一郎 発行者：日本医療安全学会

ISSN 2187-8269 定価：1000 円（税込）

〒 431-3192 静岡県浜松市東区半田山一丁目 20 番 1 号

浜松医科大学総合人間科学基礎研究棟 306 号内

Email: office@jpscs.org TEL: 053-433-3812 FAX: 053-435-2236

ホームページ：http://www.jpscs.org/

日本医療安全学会機関誌「医療と安全」編集事務局

〒 602-8566 京都市上京区河原町通広小路上る梶井町 465 番地

京都府立医科大学附属病院医療安全推進部内「医療と安全」編集事務局

電子メール：journal@jpscs.org FAX; 075-251-5843( 医療と安全編集事務局宛 )

印刷所：（株）北斗プリント社 〒 606-8540 京都市左京区下鴨高木町 38-2

電話 (075)791-6125 FAX(075)791-7290



**No. 17 Iryo to Anzen 2023**

**ISSN 2187-8269**