

## 第 3 回作業部会までの主な意見

\* 下線部は第 3 回作業部会の意見

## 1 指針の目的

- 指針の目的は「集中治療を受けているような重症患者の医療事故を防止し、その安全の確保を図る」としてはどうか
- 想定する患者は、集中治療室（ICU）の患者だけでなく、ICUで受けるのと同じような治療を受けている重症患者も含めてはどうか。
- 施設基準にこだわらずに、集中治療を受ける必要がある重症な患者の安全の確保を目的としてはどうか。また、「集中」という意味を規定してはどうか。

## 2 指針作成に当たっての基本的考え方

- ICUは、非常に危険な部署であるということを前提に、ヒヤリ・ハット事例や事故事例を減らしていこうという考えのもと指針を作成していくべきではないか。
- 単なるマニュアルではなくシステムのアプローチをした安全管理の指針とすべきではないか
- 想定する患者に対して、どういう治療をやっていくのが望ましいのかについて、あるべき姿があるのではないか。それを指針としてまとめ、医療機関が指針に近づく努力をすることによって患者の安全が達成されるようにしてはどうか。
- ICUという場所や施設にこだわるのではなく、患者の視点から指針を検討すべきではないか。
- 広く集中治療を提供している部門が利用できるような指針を作成し、指針の冒頭に、「指針の読み方」「利用の仕方」を記述してはどうか。それをもとに、それぞれの医療機関でその実情や運用にあった指針や細かいマニュアルを作成するという趣旨。
- 一般病棟とICUとでは、運営方法の相違から、指針は異なるのではないか。一方で、留意すべき点については共通項目が多いのではないか。
- 患者の安全を守る、医療の質を良くするという意味では、一般病棟でも普遍的であるが、ICUとして特徴的なことを考慮していくべきではないか。
- 指針を作成したときの根拠を示すようにし、指針に沿った結果を評価できるようにすべきではないか。

- 指針の導入後、数年経過して指針の有効性を評価できるようにすべきではないか。
- 第1段階として、ICUというスペースにおいて、重症患者を診る場合の安全管理指針を策定することとしてはどうか。

### 3 想定されるヒヤリ・ハット事例、医療事故

- ヒヤリハット・医療事故の要因としてICUには以下の特徴があるのではないかと。
  - ・患者とのコミュニケーションをとることが困難
  - ・刻々と変化する患者の状態に対応して情報伝達と実施確認をすることが必要
  - ・多くの職種多くの診療科の医師が出入りする中で職員間の連携が必要
  - ・ヒューマンエラーの要因が非常に強い（機械の操作や輸液関連）
- ICUで発生する医療事故の実態はわからないが、医療事故による死亡者数はその病床数と比較すると多いのではないかと。
- 集中治療室と手術室では、医療事故やヒヤリハットの様相が違うのではないかと。
- ICUでは重症者がいるため、一般病棟ではインシデントとなることも、ICUではアクシデントになる可能性があるのではないかと。

### 4 指針の対象となる患者、医療機関等の範囲

#### (1) 患者の範囲

- 「集中治療を受けている重症患者」の範囲をどのように考えたらよいか。
- 患者の重症度には切れ目がないことをどのように考慮したらよいか。
- 集中治療とは、「内科系、外科系を問わず、呼吸・循環・代謝などの重要臓器の急性臓器不全に対し、総合的・集中的に治療・看護を行い、回復させるのが主題」と考えてはどうか。
- 「集中治療を受けている重症患者」とは、「傷病または処置により生命危機にあるが、適切な治療・看護により回復の可能性のある患者」と考えてはどうか。

#### (2) 医療機関の範囲

- 本指針の対象となる医療機関やICUの範囲をどのように考えるべきかと。
  - ・主として一般のICUを対象としてはどうか。
  - ・一般以外のICU（CCU、NICU、PICU等）は、一般のICUとは別に検討してはどうか。
  - ・診療報酬上ICUとして評価されていないユニット（HCU、ステップダウンユニット）も対象とするのか。
  - ・中小病院のICUも対象とするのか。

- 診療報酬上の施設基準をとっていない医療機関内での重症患者管理が重要ではないか。
- 重症患者が一般病棟で管理されている現状があるのではないか。
- 「集中治療を受けている重症患者」の範囲によっては、診療報酬上ICUとして評価されていないユニットや中小病院のICUも対象になりうるのではないか。

## 5 指針に盛り込む項目

### (1) スタッフ

- 職種の配置と資質や職種間の連携が重要ではないか。  
\*医師（専従、専任）、看護師、臨床工学技士、薬剤師
- 専任のリスクマネージャーの配置が望ましいが困難な面もあるのではないか。
- 臨床工学技士の専任化が望ましいが専任で配置されているところは少ないのではないか。
- 病院の管理者によって考え方の相違はあるが、専門性を高めた重症集中治療認定看護師は専従として配置してほしい。

### (2) 環境、設備

- 面積、空調、給排水、医療ガス、電源 等
- 大災害などが起きて電気系統が全く作動しないときの対処法が必要ではないか。

### (3) 医療機器

- 指針の対象とする医療機器の範囲については、5年後の見直しを見据え、生命維持装置とモニター（患者監視）という基本的な機器に絞ったほうがいいのではないか。
- ICU内の医療機器の保守管理については、病院全体の医療機器の管理をする部門で行うことが望ましいではないか。
- 医療機器のマニュアルに関しては各医療機関が参考にし、現場で使用できるように情報提供が行われることが望ましいのではないか。

### (4) 医薬品

- ICUは、特別なやり方をせざるを得ない場所である（例：定数配置を禁じている薬剤の配置や、口頭指示はいけませんが禁じることができない）ことから、一般病棟と同じルールを適用することはできないのではないか。

- ICU内での薬剤に関する管理的問題点は、情報伝達と留意すべき医薬品に関する教育ではないか。
- 医薬品の適正使用、正確な情報伝達のためには、医師が処方箋を書いて、確実に実施することが重要ではないか。
- 緊急性があればICU内での口頭指示もやむを得ないのではないか。
- 薬の使用に関しては、誤投与しやすい薬のリストを作成すべきではないか。
- 薬剤師の関与によってICUの事故が減少するのであれば、指針に組み込むべきではないか。
- 第三者的に薬剤師が処方監査することが考えられるのではないか。

#### (5) 感染制御

- 国立大学附属病院ICU協議会の感染制御ガイドラインを参考にしているかどうか。

#### (6) 情報共有

- 情報システムをどこに構築して、どう使っていくかが重要ではないか。
- 標準的な治療法を共有するというのも情報共有のひとつの方法ではないか。
- ICU内外での看護師間の申し送りをはじめ、医療従事者間の正確な情報伝達をどのように確保するかが課題ではないか。
- 治療の標準化と情報の共有のためには情報化（IT化）が必要ではないか。
- 情報の電子化、共有化について今後のあるべき姿を述べてはどうか。
- 情報伝達や指示、治療など、既存のデータベースシステムからデータを取るような情報処理機能がある方がいいのではないか。

#### (7) 教育

- リスクの予測と回避のための再教育が必要ではないか
- 感性のトレーニングを行ってはどうか。

#### (8) その他

- ICU独自の安全管理委員会をおくことが理想的であるが、実際には難しいのではないか。
- 患者や家族が医療安全に参加するシステムを考えてはどうか。
- 自己抜去などを防ぎ患者の安全を守る上では、抑制の問題を検討することも必要ではないか。
- エビデンスを作りながら、5年毎に見直しを図るべきではないか。
- 数年後に見直しをする際の評価の指標が必要ではないか。
- インフォームドコンセントの取り方を統一した方がいいのではないか。