

日本透析医会—最近の動向—

山 崎 親 雄

この論稿は、平成 11 年 7 月 10 日（土）、アークホテル岡山にて開催された、岡山県医師会透析医部会平成 11 年度総会の記念講演として収録され、西崎氏が作成し、演者によって校正されたものである。しかし、講演の内容には平成 12 年度の診療報酬改定にかかわる部分もあり、すでに回答が出ていることもあって、これに関連した講演内容については削除または加筆（追記として表示）した部分もあることをおことわりしておく。

ご紹介いただきました山崎です。

まずお願いですが、1 つは今日ご提示されました、岡山県の広域災害に対するマニュアルを、是非、日本透析医会雑誌に投稿して下さい。といいますのは、広域災害のときのネットワークを透析施設だけの問題ではなく、地方自治体を含めたものとして構築するのが望ましいと考えていますが、すでに阪神大震災から 4 年が経っているにもかかわらず、まったくといっていいほどできていない県もあります。透析施設間だけに限っても、県別でいいますと、むしろこれだけきちんとしたものを作られたのは、随分早い方ではないかと思えます。何度もお願いしてきましたが、なかなか上手な話し合いが行われなくて、これだけきれいなものができたのはたいへんすばらしいことだと思います。是非ご投稿いただくようお願いします。

次に、透析患者さんに関するアンケート調査ですが、これも患者さんの思いみたいなものが詳しく出ておりますので、少し考察を加えられまして、日本透析医会雑誌のほうにご投稿いただいで、新しい透析医療に関

する提案としていただければと期待します。特に私を感じましたのは、アンケート集計のなかで、入院をされている患者さんの半分の方が、確か 1 年以上ということ、特徴的ではないかという気がします。たとえば、愛知県の場合ですと、約 10% が入院していて、そのうちの 10% が社会的入院というということで、長期入院は全体の 1% ぐらいと推測しています。それは何故かといいますと、愛知県で民間の透析医療機関で患者送迎をしていない医療機関はないといきってもいいくらい、送迎が行われており、この分、社会的入院が少ないかと考えています。一般的にいて、日本透析医学会の統計調査では、透析患者さんの 75% が民間の医療機関にいるということになっており、たぶん、当地でも民間の病院や、民間の有床・無床の診療所が 6～7 割の患者さんを診ているだろうと思います。しかし先ほどの総会で、岡山県医師会透析医部会の会員は、半分がオーナーで、半分が施設に勤めておられるとのことでしたので、民間の医療機関がそう多くないため、送迎でなく長期の社会的入院が多いのかなと思います。是非そういうところも含めまして、ご投稿いただきますと、たいへん他の県の透析医会のみなさんの参考になると思えます。（追記：このときお願いした 2 通の論文は、日本透析医会雑誌 Vol. 14 No. 4 1999 に投稿され、掲載された。）

もう一つ感心いたしましたのは、災害対策の中に、透析医の疾病に際して、透析医部会の中で互助作用を働かそうという考えを初めてきかさせていただきました。たいへん感動いたしました。日常的にも、そういうきちっとした互助精神でもってやられていくという

のは、もし災害が起こっても上手なネットワークといえますか、協力体制が作られていくだろうと考えております。

前置きはこれくらいにいたしまして、今日は「仲間うちのお話」ということで、現在、日本透析医会が抱えている、解決しなければいけない問題について、岡山県の透析医会の方々といっしょに考えるというくらいのつもりで、やってまいりました。

行く先々で、たとえば去年も大阪で、日本透析医会常務理事の立場でお話しさせていただきましたときに、日本透析医会は会費が高い割にはちっとも役にたたないんじゃないかという話が出てきました。一生懸命やっているんですが、なかなか思い通りにはいかないというのが本当のところでした、こういうお話の中では、日本透析医会が現実的になにをやっているか、本音の部分を変えまして、或いは、場合によっては、記録に残ってはまずいことがでてくるかもしれませんが、そういう話もあわせてやらせていただこうと思います。是非おしかりだとかご意見をいただくと同時に、いま透析医会はいへん人手の足らない状況でして、岡山県からも我こそはと思われる方がございましたら、日本透析医会の中で診療報酬に関する作業だとか、あるいはこれからでできますリスクマネジメントに関する作業なんかを一緒にやっていただきますと、大変有り難いと思っています。

それでは、きょうは順番で、診療報酬改定についてお話しします。実際には本年度は行われるのかどうかまだわからないという噂もありまして、しかしまあ、中医協の動きからは間違いなく行われるだろうと考えます。でも、現在のわが国の経済状況から考えるなら、マイナス改定だって覚悟する必要があると考えています。そこで、最初に、日本透析医会の診療報酬改定に対する基本的な立場だけでもお話しておこうと思います。

さて、私どもが、診療報酬改定に関してどういう戦術で対応してきたかといいますと、私どもの交渉相手は唯一保険局医療課でした。この保険局医療課が診療報酬改定の具体的な作業をやっておりますので、もちろん、日本医師会には、保険局医療課に要望書を提出する前に、要望内容を説明し理解していただきます。

しかし、要望は日本医師会を通じてではなく、独自に提出します。俗に言う、たとえば国会議員さんをお願いして何かをやるということはありません。直接、保険局医療課の担当者にのみお願いする理由はいくつかありますが、最終的には日本透析医会執行部の伝統的な「潔さ」かと考えています。繰り返しますけれども、裸になって、直接厚生官僚の方々にあたって、誠心誠意、窮状を訴えながら、あるいは透析医療の本質を訴えながら、診療報酬改定で民間の透析医療機関の経営が圧迫されないような、ひいては少しでも患者さんに迷惑がかからないような要望をしてきたつもりです。こうした積年の努力の結果、少しずつではありますが、日本透析医会の誠意が認められてきていると信じており、平成4年および平成10年の検査の包括とその改定時や、平成6年の外来透析点数の包括化に際しては、予め日本透析医会の意見を聞いていただき、それなりの主張が通ってきたと考えています。製薬メーカーのような大きな政治献金や、日本医師会なみのパワーを持たない、日本透析医会の取るべき必然的な道だったともいえます。

以下に、具体的な要望および交渉を振り返ってみます。

まずはダイアライザーです。近年の診療報酬改定では、主たる改定財源として薬価差益と診療材料差益が充てられてきました。特に診療材料では、材料費全体の1/4ずつを占めるダイアライザーとX線フィルムが重点的な財源捻出のための「もの」とされ、改定財源の診療材料負担分の大部分を、この2品目で折半するという状況でした。このため、昭和56年に初めて公定償還価格が設定された時点でのダイアライザー価格9,300円（膜面積1.5m²以上）が、平成10年の改定では4,180円と半額以下になっております。

しかし、ダイアライザーは、薬剤と同様にその価格についてはメーカーが責任を負うものであって、本質的には日本透析医会の守備範囲ではないという考えで進めてきました。また、厚生省にとっても、ダイアライザー公定償還価格の決定は、保険局医療課と相談するものの、原則的には健康政策局経済課の担当するところとなっています。したがって、ダイアライザー価格の決定には日本透析医会は滅菌方法による加算、面積による価格差、グルーピングの3点を除いて、何らの関与もして参りませんでした。ただ、医師会でも主

張するとおり、ダイアライザーの差益は潜在技術料とでもいうべきものであって、実際には透析医療機関の医療収支差益の大部分をダイアライザーの差額が占めていることも事実です。そこで日本透析医会の診療報酬改定時の目標は、このダイアライザー差益の縮小を、どのような形で技術料に振り替えるかにありました。

そこで振り返ってみますと、毎回の診療報酬改定に対する要望の第一は、技術料の適正評価（ダイアライザーの値下げに見合った）でした。でもこれには大きな障壁があります。それは簡単にいって、透析医療機関は儲かっているという風評——厚生省にも医師会にもあると感じています——と、国民総医療費の3~4%にあたる約1兆円もがこの治療のためにかかっているという2点です。結果として世界一の成績を維持しているとか、どの医療分野よりも、チーム医療が実践されているという実績も、先の2点の障壁を乗り越えるためには脆弱な根拠でした。現在、平成12年度の診療報酬改定に向けては、適正な透析医療費の算出根拠として、たとえば外保連（外科系学会社会保険委員会連合）方式に基づく透析処置料の算出などを考えています。（追記：実際、平成12年の診療報酬改定に向けての要望では、外保連方式および経営実態調査に基づき算出された適正技術料が担当官に説明されたが、実現するには至らなかった。）

次に加算についてお話しします。

先ほどからお話ししていますように、現実問題として、種々の状況を考えれば、技術料の値上げは容易なことではありません。そこで、今までわれわれがやってきましたのは、加算点数でこれを補うことでした（表1）。まずは施設の経営に資する加算とでもいうのでしょうか。たとえば夜間加算は、昭和56年の改定時に、技術料に包括化されていたダイアライザーに公定償還価格が設定され、1回あたり130点引き下げられ、この時夜間加算として400点（当時）が新設されました。同時に50点の食事加算も新設されています。休日加算は平成2年の改定で、ダイアライザーが300円下げられた見返りに新設されました。これらの加算は、下がったダイアライザーの価格の一部を補うものでしかありませんでしたが、夜間にしても休日にしても、透析施設ではここに手当をつけた職員を配置していたわけですから、交渉に際して理解はしてもらいやすかったと考えています。次は、スタッフの

表1 診療報酬改定と加算点数

1. 施設の経営に資する加算
① 夜間加算
② 休日加算
③ 食事加算
2. スタッフの業務に関する加算
① 障害者加算（看護婦など）
② 水処理加算（臨床工学技士など）
③ 除水調整器加算（臨床工学技士など）
④ 導入期加算
②③は人工腎臓点数に繰入れ
3. ダイアライザーに関する加算
① 膜面積加算
② 滅菌加算→消滅
* 機能別分類

業務に関する加算とでもいうのでしょうか。たとえば障害者加算は、ダイアライザーが900円下がった平成4年の改定時に新設されました。これは、大幅なダイアライザー価格の値下げが噂される中で、少しでも技術料にと考えた日本透析医会は、保険局医療課のほうへは看護婦の技術料、たとえば、入院では看護体系に従って看護料というものがあり、透析だって4時間内はかなり濃密な看護が展開されているから、看護料をつけてくださいという要望を提出しました。日本透析医会支部長会議の中で、岩手県・愛知県からの要望だったかと記憶しています。しかし、あとでもお話ししますが、こういう看護料がつくためには基準が必ず必要です。たとえば、患者何人に対して何人看護婦が配置されなければならないのか、というような基準を持たないことには看護料はつけようがありません。そこで、要するに手間のかかる人の看護に対して加算点数をつけましょうということで、障害者加算（当初は特定疾患加算）100点が新設されました。ところで、ダイアライザーの値下げが1本900円ですから、全員がこの障害者加算を請求するということとなりますと、ダイアライザーの値下げ分が改定財源に回らないこととなりますので、制限が必要となります。この制限のための適応については日本透析医会が提案し、約30%の患者が適用されることとなりました。こういった申し送りというのは、厚生省担当者に必ず引き継がれていくと聞いています。先ほど当地の保険請求上の問題でもお話がありましたように、去年、全国で障害

者加算の請求比率について、会計検査院の指摘に基づく指導が行われたというのがありました。愛知県の場合にも指導医療官の方から愛知県透析医学会に対して、「会計検査院の方からこういう話がでていられるけれども、実態はどうか」という質問がありまして、「適用は約30%だと思います」とお答えしました。実際には30%を超す請求をしている医療機関もあったと思われませんが、具体的には障害者加算に重点を置いた指導というのはありませんでした。日本透析医学会でも、昨年、一昨年と6月分の診療報酬のコピーを特定の医療機関（全国で100施設ぐらいですが）からいただいて、診療行為別の透析医療費分析を実施していますが、その中で障害者加算の比率は、外来だけに限って見れば、約20%位の請求頻度となっています。昭和63年、ダイアライザーが500円下がった時点で30点の水処理加算が、平成6年、ダイアライザー価格が950円下がった改定では、除水調整器加算30点が新設されました。この両者は、臨床工学技士の技術料ともいえるべき加算でしょうか。ところで、一般的にいうと、加算点数は、その実施頻度が70%を超えると、むしろ基本技術料と評価されるようで、水処理加算は平成6年の改定（外来透析処置料が包括された）で40点人工腎臓点数が上がったその30点分として、また、平成9年の改定時には除水調整器加算30点が、人工腎臓点数に組み込まれることとなりました。

ところで、来年の診療報酬改定に向けてはどんな加算を要求するのかということになりますが、加古川で生じた肝炎の院内感染を逆手にとって、透析室の感染対策加算かと考えております。（追記：平成12年改定に向けての要望の第2はまさに透析室のウィルス肝炎対策加算であったが、認められなかった。）

もう一つ、検査についてお話しします。

検査は平成4年の診療報酬改定時に、日本透析医学会の検査マニュアルに準じて包括化されました。包括化の最大の理由は、医療機関や地域によって検査内容がまちまちで、請求点数が大きく異なっていたものを会計検査院から指摘を受け、標準化し包括したといわれています。外来透析が包括化されたとき、担当の課長補佐が社会保険旬報に「施設によって抗凝固剤の使用量や、特に低分子ヘパリンの使用頻度が異なることを会計検査院より指摘を受け、これを標準化するために外来透析点数を包括化した」と書いており、検査の包

括化もこれと同様の理由であったと考えます。その後平成10年の診療報酬改定時には、各地の保険審査で傾向的な包括外の検査が問題となり、日本透析医学会としてはダイアライザーの下がり分を、包括対象項目を若干広げたかたちで点数の引き上げを要望しました。結論的には、2,500点が2,900点になったことはご承知の通りです。しかしこれには多少の裏話がありました。といいますのは、この平成10年の診療報酬改定では、検査も「もの」という考えがはっきり示されたことです。これを「もの」として考えた場合、診療報酬点数と検査委託価格の間にはこの時点で24%の差益があるということになっていまして、最終的にはそのうちの8%をカットするということになりました。この話がなければ、2,900点は $2,900/(1-0.08)$ 点だったと考えられる訳ですから、惜しいことをしました。ついこの間、朝、病院に行きがけにラジオを聞いておりましたら、改めて今年度も、検査の差益がまた27%ぐらいになっているんだそうです。ということは、検査のほうもR幅が大きすぎるということで、保険医療材料だとか薬価と同じように、来年の診療報酬改定時には下げられる可能性があるのではないかと考えております。（追記：実際、平成12年の改定では、新しい検査項目が包括された上、2,900点が2,800点に下げられた。）

先の見えない診療報酬改定の話はここまでとして、次に透析室の施設基準についてお話しします。

表2は昔から使っておりまして、何度もスライドなどで見られた方もあるかとは思いますが、日本の透析がアメリカの透析に比べて非常に優れているという証拠です。「Death on Hemodialysis」というシンポジウムのまとめに出ているものです。これによりますと、年齢階層45~64歳に限って見た場合、一般国民の平均余命は日本では27.4年、米国では27.0年と日本の方がわずかにいいだけですが、透析患者では、日

表2 Life Expectancy

(45-64years)

	(A)General Population	(B)Dialysis Patients	$\frac{(B)}{(A)}\%$
JAPAN(1989)	27.4	12.2	44.5
USA(1988)	27.0	4.1	15.2

*日本の集計結果を、性・年齢・原疾患・透析方法で標準化 (Held PJ et al: Death on Hemodialysis<ed.Freadman EA>1994)

本の平均余命は12.2年であるにもかかわらず、米国では4.1年しかないとされています。もちろん、透析患者については、性別や原疾患は補正されています。

日本の透析患者のほうが、米国より3倍長生きできるということになります。ただ、去年、平沢日本透析医学会会長が当地で講演された要旨を医学会の雑誌¹⁾で読ませていただきますと、米国よりも透析の成績が良いのは当然として、透析患者の余命期待値が一般国民のその44.5%というのはいかにも低すぎると述べておられます。日本の透析のお医者さんは欲張りなもんだと感じました。しかし、わが国の透析の現状を考えると、ダイヤライザー価格や診療報酬の切り下げ、新規の透析施設の無制限な増加など、むしろ透析の質を維持するのに困難な状況が出そろいつつあります。こうした中で、世界に誇る成績を維持するために、一定の透析の質を担保する基準が必要と考えました。これは、日本透析医学会設立時に掲げた事業の1つでもあります。このためにまもなく皆さんのところにアンケート調査が参ると思います。ただ問題は、一方で施設基準は一定の透析の質を担保しますが、他方では透析施設にとっての足かせとなる可能性を秘めています。しかし、将来的には、透析に関する看護婦や臨床工学技士の看護料・技術料が設定されるとすれば、基準は必須と思われます。そこで、さしあたって今考えておりますのは、一応施設基準を将来的には考えるにしましても、とりあえずは透析施設の機能評価、それも第三者が実施する仕組みは大変ですので、自己評価表のようなものがないかということを検討しています。施設調査の内容は概ね以下のようなものとなります。

ところで、いま多くの病院で、第三者機構による「病院機能評価」を受審したり、受審の準備が進められていることはご存じのことと思います。この中でも、医療機関の機能評価を試みる場合、施設の構造(structure)、診断・治療の内容(process)、治療の結果(outcome)から、総合的に施設機能を評価しようとしています。現在ワーキンググループで考えられています透析施設の機能評価(表3)では、たとえばstructureについては、透析ベット1床あたりの処置室床面積はどれくらいなのかとか、透析スタッフは1人当たり何人ぐらいの患者を受け持つか、などがこれにあたります。再び加古川の話になりますが、感染が届けられた後、兵庫県の要請を受けまして、2週間に

表3 透析施設基準について (抜粋)

-
- | | |
|--------------|--------------------------------|
| 1. Structure | ① 透析ベッドと床面積 |
| | ② 患者スタッフ比
スタッフ1人当たりの受け持ち患者数 |
| 2. Process | ① 合併症・シャントトラブル対応 |
| | ② 情報の公開→検査データの説明 |
| | ③ 事故対策・感染対策 |
| 3. Outcome | ① 医療機関別粗死亡率・再入院率 |
| | ② 診療の目安と達成率(表4参照) |
-

わたって1日お2人ずつ、兵庫県透析医学会の会員が当該医療機関へ出かけて透析をみてこられました。見てくるといふんじゃなくて、再感染防止のために、透析に立ちあうという表現が正しいかもしれません。行ってみると、とても透析室が狭かったそうです。もしかすると、そういうことも今回の感染に関係するのかなと考えますが、わかりません。スタッフの数の問題は、平成7年の東京都のB型肝炎多発に際して、全腎協から指摘されました。当時は、前年の診療報酬改定で外来透析が包括化されており、低分子ヘパリンの使用頻度が急激に低下したり、透析液流量を低下させたりする医療機関があると国会でも問題となった時期でした。全腎協ではこれらの合理化に併せて、透析施設がスタッフ数を減らしたことがB型肝炎院内感染の間接的な原因ではないかと推測しました。今回の透析施設機能評価のための調査では、これらの感染とは無関係に、透析ベッド1床あたりの処置室面積と、スタッフ1人当たりの受け持ち患者数を調査する予定です。outcomeとしては、医療機関別の粗死亡率だとか、再入院率みたいなものはどうだろうかと考えています。もちろん、粗死亡率といいますのは医療機関によっても全然違います。一昨年の透析医学会調査データでは、わが国全体としての年間粗死亡率は9.4%です。ところがこの資料をもとにわれわれがもう少し詳細に分析してみますと、たとえば、「公的医療機関・入院患者10人未満・導入患者30人以上」の医療機関の粗死亡率は22.4%になります。また逆に、「民間・無床診療所・導入患者0人」のところの粗死亡率は1.6%に

表4 1年死亡に対する相対危険度の最も少ない透析条件

透 析 条 件	達成率(%)
透析時間：5時間以上（週3回透析）	13.2
体重減少率：4～6%	40.3
Kt/V：1.6以上	16.3
%クレアチニン産生速度：100%以上	57.3
血清アルブミン濃度：4.0 g/dl以上（透析前）	41.1
血清磷濃度：4.0～6.0 mg/dl（透析前）	40.8
β 2-MG濃度：30 mg/dl以下（透析前）	38.9
ヘマトクリット値：30～35%（透析前）	44.8
心胸比：50%未満（透析前）	44.9
平均血圧：100～120 mmHg（透析前）	49.5

（日本透析医学会統計調査より）

なります。こういう差があるものですから、もう少し詳細な調査が必要と考えています。process としましては、特に長期生存に影響を与える可能性がある因子とその達成率については、透析医学会統計調査委員長の前田憲志先生が独自に条件を提示されており（表4）²⁾、これに準じて作られております（追記：平成11年9月に調査は実施され、その結果の概要は本号に掲載されている）。

最後に、今回、最も私が話したかった危機管理についてお話しします。

今年（平成11年）の3月の末だと思いますが、われわれの監督官庁であるエイズ疾病対策課のほうから呼び出しがありまして、2月に行われました感染症学会で、九州の透析医療機関が5年間にわたってHCV抗体マイナスの透析患者を追跡し、その陽転率をみた抄録を示されました。それによりまして、輸血などに関係しないC型肝炎の新規発生が、年に2%ちょっとあるということ（表5）、新聞などに載ったら面倒ですよというご注意を受けたわけです。HCV抗体マイナスの透析患者さん100人の方をフォローアップすると、1年後にそのうちの2人で、C型肝炎抗体がsporadicに陽性になるというわけです。そういうのを厚生省の人がみまして、透析医学会の会員に注意するよう指導を要請されました。たしか4月の始めに透析医学会の会員の皆さんに、こういうのは注意しましょうという通知を出ささせていただきました。こうした調査は従来でもありました。表6は厚生省の班研究として信州大学の清沢先生がやられたものなのですが、透析7医療機関を、HCV抗体の陽性の患者さんの比率が36.4、36.8、52.0と比較的高いグループと、

表5 九州大学グループの報告

HCV抗体陰性・HCV-RNA陰性 3～10年間（平均7.1年）追跡	169人
HCV抗体陽転例 陽転率	26人 15.4%
年間陽転率	2.6%
スクリーニング以前の輸血	1例

（平成12年感染症学会）

表6 信州大学グループの報告³⁾

HCV抗体陰性 5年間追跡	179人
HCV抗体陽転例 年間陽転率	9人/5年
HCV抗体陽性率30%以上（3施設）	2.2%
HCV抗体陽性率20%未満（4施設）	0.2%

16.1、19.4、18.3、19.0と比較的低いグループに大別してフォローアップしますと、HCV抗体蔓延率の30%以上の高い施設では2.2%/年に、一方低い施設では0.2%/年の陽転率だったというわけです³⁾。感染症新法が施行された本年4月以降は、こうした新規発生の急性ウィルス肝炎は届け出が必要な4類に分類されています。また、新規感染例を届け出するためには、患者への説明と同意が必要になります。この時、院内感染であったとすれば、この問題は透析医療機関にとって危機以外の何者でもありません。

ということがありまして、日本透析医学会は、昨年まで大規模災害に対する災害対策委員会を危機管理委員会とし、従来の災害時救急透析医療システムの構築を検討する委員会に加えて、院内感染症のための対策委員会、医療事故のための対策委員会の三委員会を立ち上げました。感染症対策委員会の委員長は東京医科歯科大学の秋葉先生です。事故対策委員会の委員長はこのたび和歌山のほうへ移られました秋沢先生に担当していただくこととなりました。災害対策委員会のほうは、2代目の日本透析医学会災害時救急透析委員会委員長でした吉田常務理事（千葉県）が担当することとなりました。感染症対策委員会ができることが総会で了解され、活動を始めようとした矢先に、あの兵庫県のB型肝炎が新聞報道されたというタイミングでした。したがって、感染症対策委員会の仕事始めが、加古川の情報収集と、感染防止マニュアルの作成になり

ました。(追記:日本透析医会の作成した感染症対策マニュアルは、その後班研究の成果とされ、平成12年3月に会員をはじめ全国の透析施設に配布された)。

マニュアルの作成以外にも、厚生省保健医療局エイズ疾病対策課の担当官には、患者毎に手袋を替えたり、その他の感染対策には費用がかかるため、保険局医療課の方に診療報酬で手当をしてもらおう——先ほど述べました安全対策加算など——応援をして下さいと頼み、実際には保険局医療課の担当官へは申し送りがされたと聞き及んでいます。

院内感染症以外にも、透析室の危機は数多くあります。10年ほど前に当院で経験した事故ですが、10台ずつ3列に並んだ透析ベッドの1列分の患者に、急激な大球性貧血が生じたことがありました。ちょうどエリスロポエチンを使い始めた頃ですが、どんどん使用量を増やしても貧血は進むばかりでした。最終的には10人用供給装置のルーチン点検時に、消毒液を注入するノズルの小さな部品を落としていたため、ごく微量の消毒液が透析液に混じって流れ込んでいたことが発見されました。結果的にはノズルの調整をしましたら、一気に貧血は改善されました。これはまた全然ちがう透析液の事故例なんですけれども、当該医療機関の先生がご自分で公に発表されておりますので、私も今日つかわさせてもらいましたけれども、透析に過酢酸の消毒液が流れ込んだ例です。この事故では、2週間ぐらいの間で、3/4程度の患者さんに輸血が必要な貧血が生じました。メーカーの点検ミスが原因で生じたものでした。結局、ここの病院の先生は、すぐ患者の皆さんと家族の方全員に集まっていただき、全容について説明されました。最終的には弁護士さんと相談の上、賠償金をお支払いになりましたが、メーカー側に責任のある状況だったものですから、その大部分はメーカーのほうが出しました。幸いに、誰も亡くなりませんでしたし、すべての患者さんは納得されて事故は収拾されました。

さて、そこでこのリスクマネジメントなんですけど、今、新聞やTVなどで病院の事故や医療過誤の問題が、ひっきりなしに取りあげられています。その背景には、もちろん報道関係の姿勢なども関係しますし、レセプトやカルテの情報開示という流れが関係しますが、なんとといっても患者さんの権利意識が向上したことや、患者の権利擁護を目的とする弁護士グループが

全国ネットをこしらえて活動していることが大きな原因とされます。

ということで当院では、①患者と職員の事故防止(安全)のために、②紛争の防止のために、事故対策委員会を中心とする危機管理委員会が活動を開始しました。後者の紛争防止には医療訴訟防止だけではなく、職員と患者または家族とのトラブル(紛争)防止も含まれています。

たとえば当院の透析室について振り返ってみますと、当院の透析室は安全で正確な透析のためのマニュアルがこしらえてあるんですね。これを忘れてしまった行為についてはA、それによって患者さんに迷惑がかかった行為がありますとB、生命の危険や入院が必要であった行為になりますとCとして分類してみますと、毎月6,500透析のうち、約1%、60から70件にA項目にあたるミスがあるんですね。そのうち10%は患者さんに迷惑をかけているようなB項目、たとえば、エリスロポエチンを回路から注射するのを忘れて、後で「ごめんなさい、お願いします」と言って静脈注射させてもらうというものなどです。ただしBに該当すると考えられるシャントの穿刺ミスについては、政策的な見地からこれには集計していません。幸い事故にあたるC項目については、去年1年間なかったんですけども、幸運としかいいようがない状況かと考えています。これは透析の部分についてですけども、入院だとか外来の方でも、病院の存続に影響を与えるような危機は数多くあると考えています。

もう時間がなくなりましたので、このあたりで講演は終わりとさせていただきます、介護の問題に関しましてはまた懇親会の場所でもと思っております。

ご静聴、有り難うございました。

文 献

- 1) 平澤由平:透析診療報酬の変遷と透析医会の歩み。日本透析医会雑誌, 14(3); 3, 1999.
- 2) 前田憲志:透析療法とは。治療, 80; 2086, 1998.
- 3) Kobayashi M, Tanaka E, Oguchi H, et al: Prospective follow-up study of hepatitis C virus infection in patients undergoing maintenance haemodialysis: comparison among haemodialysis units. J Gastroenterol Hepatol, 13; 604, 1998.