

医事法講義

医療における リスクマネジメント

飯塚市立病院
武富章

医療事故の背景

現在の医療事故の背景

- 国民の医学的知識の普及
- 情報公開の潮流
患者や家族の「知る権利」意識向上
- 国民の医療に対する不信感
- 大学等の社会への説明責任
- 「開発・発展」から「生活・環境」への潮流

厚生労働省が定める医療安全対策の基準

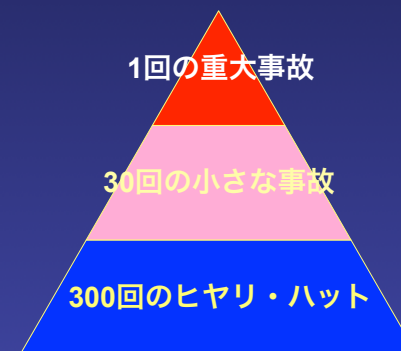
1. 安全管理のための指針が整備されていること
2. 安全管理のための医療事故等の院内報告制度が整備されていること
3. 安全管理のための委員会が開催されていること
4. 安全管理の体制確保のための職員研修が開催されていること

厚生労働省が定める医療安全対策の基準

これらの安全対策が未整備であると・・・

医療安全管理体制未整備減算
→入院基本料から減点される

ハインリッヒの法則



医療行為におけるリスク

有害事象

(広い意味の医療事故、Adverse event)

- ・ 医療過誤
(過失のある医療事故)
- ・ 医療による不本意な結果
(過失のない医療事故)

医療事故の頻度

医療事故は医療行為全体のうち3.7%

医療事故のうち

過失あり 30%

過失なし 70%

医療事故の分類

- 広い意味での医療事故は有害事象のことであり、狭い意味での医療事故は医療過誤のことである

過失のない医療事故 不可抗力や医薬品による副作用	過 誤 Error		
	過失による 医療事故	幸運事例	発見・ 訂正
	医療過誤	Incident	
有害事象 (Adverse event)			

医療過誤およびインシデント報告

日本病院会「医療事故対策に関する活動状況集計結果報告」

1	報告数	過誤報告	30%
		インシデント報告	70%
2	発生場所	内科系	32%
		外科系	27%
3	発生時	日勤帯	55%
		深夜・準夜	44%
4	報告者	看護師	82%
		医師	6%

医療過誤およびインシデント報告

日本病院会「医療事故対策に関する活動状況集計結果報告」

種類

1	転倒・転落	24.4%
2	薬剤の誤り	17.6%
3	患者誤認	7.4%
4	ルート・トラブル	6.5%

医療過誤およびインシデント報告

日本病院会「医療事故対策に関する活動状況集計結果報告」

原因

1	不注意	28.4%
2	思い込み	14.5%
3	患者状態把握不足	10.7%

人は「間違う動物」である

人間エラー Human Error

意図していない結果を惹き起こす人間の行為、ある許容限界を超えた行為

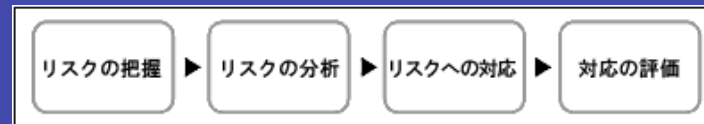
システムから要求された行動からの逸脱

エラータイプ (D.A.Norman)

- 1) **スリップ slip**
実行段階で意図どおりいかない
- 2) **ラプス lapse**
記憶段階で起こる忘却、不正確
- 3) **ミステイク mistake**
計画段階での不適切、判断の誤り

リスクマネジメントのプロセス

リスクマネジメントでは、「人間はエラーを起こす」ということを前提として、そのエラーが事故へつながらないようにマネジメントする。



事故の防止に向けて

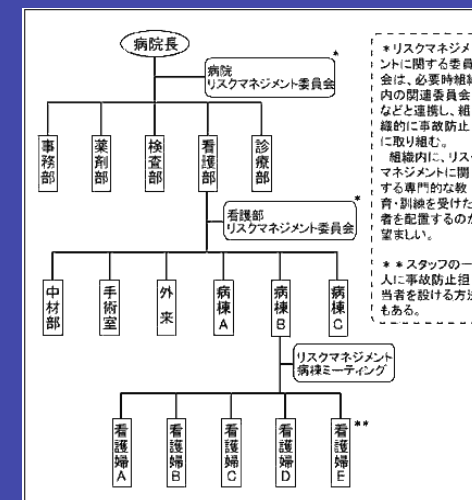
事故防止に取り組む3つのポイント

- 1) 組織として事故防止に取り組む
- 2) 情報の共有化を図り、事故防止に役立てる
- 3) 事故防止のための教育システムを整え、教育を行う

事故防止に取り組む3つのポイント

- 1) 組織として事故防止に取り組む
- 2) 情報の共有化を図り、事故防止に役立てる
- 3) 事故防止のための教育システムを整え、教育を行う

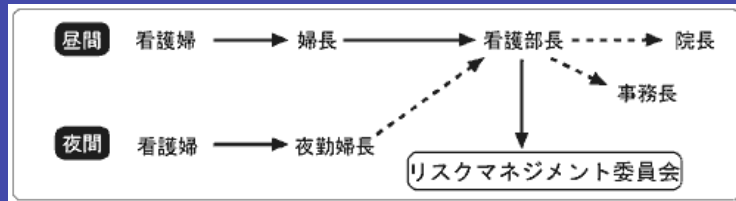
リスクマネジメントに関する委員会



報告システム

聖路加国際病院の例

(---線は担当責任者の判断による)



一般に看護師より医師のほうが報告には消極的

インシデントレポート

- 原則として無記名
- チェック式の簡略化したもののほうが報告しやすい
- 事故の原因分析はさせない
- あくまでも事実を把握するのが目的
- 人事考課には用いない

診療記録の記載上のルール

📌 記録作成上の注意

正確かつ簡潔であること、また、分かりやすく読みやすいことが必要。

「必要なことはもれなく記述し、必要でないことは一つも書かないことが仕事の文書を書くときの第一の原則である」

- ① 記入には黒インク、または黒のボールペンを活用する。
- ② 略語、記号は定められたものを使用する。
- ③ 記載内容の修正は横線を2本引いて書き改める。修正液は使用しない。
- ④ 日付と責任を明記する。

事故防止に取り組む3つのポイント

- 1) 組織として事故防止に取り組む
- 2) 情報の共有化を図り、事故防止に役立てる
- 3) 事故防止のための教育システムを整え、教育を行う

情報の共有化

医療事故情報の種類と管理

- 事故報告書（インシデントレポート）
- 個別報告書から個人名などを加工したもの
- 統計分析用シート
- 集計分析結果

事故防止に取り組む3つのポイント

- 1) 組織として事故防止に取り組む
- 2) 情報の共有化を図り、事故防止に役立てる
- 3) **事故防止のための教育システムを整え、教育を行う**

事故防止のための教育システム

針刺し事故は経験年数の少ないものに多く、思い込みによる事故は熟練者に多い

教育・研修の実施にあたっては、病院のすべての職員が、リスクへの感性を高め、リスクマネジメントの具体的な実践者として自覚できるような研修プログラムを企画することが重要

まとめ

医療行為の特殊性

個人の能力に依存する部分は
必ず残る！

知識、技術、注意力、経験、勘

専門化社会のブラックホール

- 自分の専門をこなしていれば社会に貢献することになるという視野狭窄
- 自分の専門分野の枠内でのみ物事を考え、生身の人間への配慮が希薄
- 権威や権力を振りかざす
- 自己防衛・自己利益の都合を優先

病院の組織特殊性

診療科の違い 縦に分断

職種の違い 横に分断



コミュニケーションが困難

不十分なコミュニケーション

- 医療従事者と患者・家族
- 医師と看護師
- 医師と医師（他科の医師、研修医）
- 薬剤部、検査部等
- 病院間
- 医療機関とメーカー
- 医療機関と社会

確認会話の基本的ルール

- 質問者は何を何の目的で確認するのか確認事項を具体的に明示
- 尋ねられた側は、何を尋ねられたのか確認すべき事項を反復確認したうえで、その確認作業を行い、確認した事項を具体的に回答
- 相互に疑問を生じた点は、あいまいなままにしないこと、自分で勝手に推測したり、思いこんだりする自己完結型の会話にならないこと

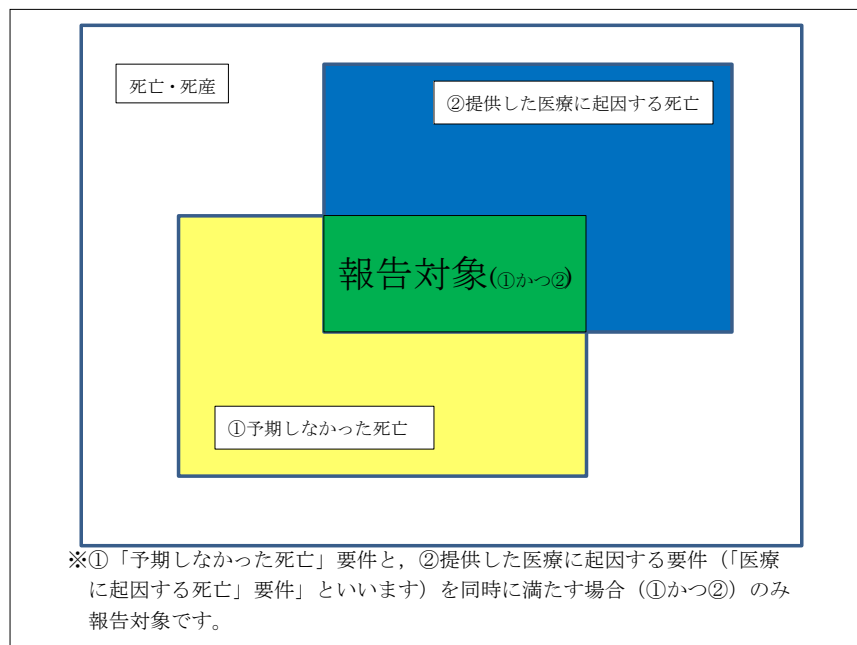
最も重要なこと

- 社会における「安全」の重要性の認識
- 医療関係者各人の「安全」の重要性の認識
- 医療における「安全」は、医療の質の根幹をなしている。

医療事故調査制度

医療事故とは

改正医療法第6条の10における「医療事故」とは、
「当該病院等に勤務する医療従事者が提供した**医療に起因し、又は起因すると疑われる死亡又は死産**であって、当該**管理者が当該死亡又は死産を予期しなかった**ものとして厚生労働省令で定めるもの」と定義されている。



医療に起因し又は起因すると疑われるものとは

- 「医療」の範囲に**含まれるもの**として、手術、処置、投薬及びそれに準じる医療行為（検査、医療機器の使用、医療上の管理など）が考えられる。
- 施設管理等の「医療」に**含まれない単なる管理**は制度の対象とならない。

院内調査

1) 調査の目的は医療安全の確保である

紛争解決・責任追及は目的ではない。

2) 施設ごとに事案に応じて行うべし

施設ごとの事情、事案の内容に応じて必要な調査項目と、調査主体、調査の詳細さを決定すべきである

3) 院内での通常の医療安全対策は別途これまでどおり行う

医療事故調査制度に基づく調査は、アドホックの院内医療事故調査委員会において行うことになるが、ここで得られた結果についても、再発防止策の検討については、常設の院内医療安全委員会での検討を行う。

医療機関からセンターへの発生報告

医療事故調査・支援センターへの報告が必要。

遅滞なく（1ヵ月以内）報告すること。

