

## 〈集談会報告〉

## 病院におけるリスクマネジメント

伊藤 正一

## 要旨

病院における医療事故防止対策について、一般的なことはすでに言い尽くされている。ただ、個々の病院によって事故の内容、起きる要因が微妙に違う。従って病院独自の視点、個性ある対応が必要といえる。すなわち、がんセンターは自治体病院であり、公的病院を代表する。そして基幹病院であり、高度専門医療を担っている。当院に対する安全性への眼は、他病院と比べはるかに厳しいものがある。“がんセンター”なればこそ求められる医療のレベル、注意義務があるといえる。

「人は間違えるもの」とすれば、単純なミスを防ぐための幾つもの関門を構築し、院内安全対策を徹底し、業務のハード面、業務体制の改善など組織的な取組みが必要である。

一方、診療の質の確保、日々向上する医療水準に適う医療従事者個人の研鑽と緊張感維持、インフォームドコンセントを十分に行うなどの情報提供と、患者－医療者の良き人間関係・信頼を築くことが肝要である。何よりも感性（これで大丈夫かな、なんだか変だな）を磨くこと、医療チーム間の連携の大切さを強調したい。

## I. はじめに

病院のリスクマネジメント（危機管理）として、医療事故管理、院内感染管理、診療情報管理が代表的である。院内感染は医療過誤のひとつであるが、これら3つの危機を防止することは患者の安全を守ると同じに病院の危機を回避することである。

これからの医療のキーワードは「医療の質」「情報開示」である。患者さんの安全と満足感を含む医療の質、それをきちんと患者さんに説明するということが、これは患者の視点に立った医療を進めるということである。

がんセンターは自治体立病院であり、公的病院を代表する。そして県全域の基幹病院であり、高度専門医療を担っている。当院に対する安全性への眼は、他病院と比べはるかに厳しいものがある。これに込めることが当院、当院職員の使命である。

## II. 医療事故の意味

医療事故と医療過誤とは違う。「医療事故」とは医療に関連して生じた患者に不利益な事象全てを総括する。したがって医療者側の過誤（ミス）の有無を問わない。

図1のように広い概念としての「医療事故」の中に医療過誤（医療ミス）という核があり、核小体部分が明瞭で重大なミスで、これは新潟県立病院では報告公表の対象となる。

医療事故の周辺に合併症・偶発症、副作用、ニアミスがあり、一部重なりはあるもののこれら全部が医療事故ではない。マスコミにもきちんと言葉の使い分けを望むとともに、病院職員は「医療事故」を口にする際、どのような意味で使っているのか、常に意識すべきである。

## III. 医療における安全対策と医療の質の確保

医療事故および医療過誤は大きく2つに分けられる（古川氏）。1つは実行上の過誤と2つ目は計画上の過誤とである。

1の実行上の過誤は医療従事者の基本的注意不足による過誤であり、誰にでも明らかに過誤と分かる。患者取り違え、投薬ルート間違い、血液型取り違え、体内異物残留などがこれに当たる。

2の計画上の過誤とは、医療従事者の裁量の逸脱であり、専門的に内容を検討しないと過誤かどうかは分からない。誤診、不適切な治療、インフォームドコンセントの不備などがこれに当たる。

この2つに分けると、これらを防止するための対応が分かりやすい。即ち1に対しては院内安全対策（Safety Management）を徹底し、業務のハード面、業務体制の改善など組織の取組みが必要となる。2に対しては、診療の質の確保（Quality Assurance）つまり日々向上する医療水準に適う医療従事者個人の研鑽が必要である。

児玉氏によれば、過失の要素は予見義務と回避義

### 医療事故の概念図 (伊藤) —医療「事故」の意味するもの—

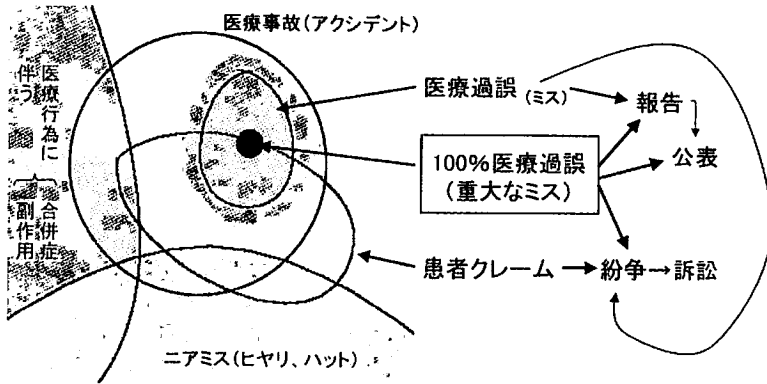


図1 医療事故概念図

### 法的過失の認定

過失の要素  
 予見義務  
 回避義務

予見能力、回避能力  
 病院のレベル  
 病院への期待度  
 時代、医学の進歩

県立がんセンターに求められるもの  
 予見能力・回避能力の高さ  
 公的病院であること

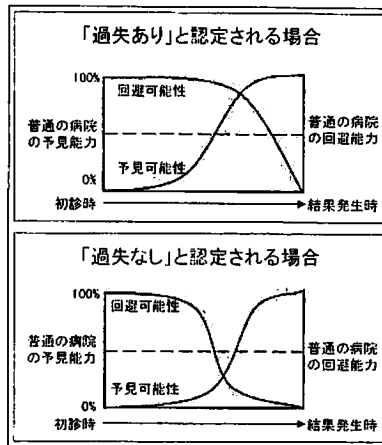


図2 法的過失の認定 (児玉安司氏)

務からなる。この義務を果たすため、“こうなれば・これをやれば事故に繋がる”ことを察知する予見能力と、“そうならない・そうしない”ようにする回避能力が求められる。

この予見能力と回避能力は、病院のレベル、病院への患者からの期待度、時代の流れや医学の進歩、などによって変わるといって良い。すなわち当県立がんセンター新潟病院に求められるものは、予見能力・回避能力の高さである。公的病院であり、基幹病院・専門病院であり、したがって職員配置・医療機器整備といった資本投入もそれなりになされていることなどから、当院なればこそその高い注意義務が求められる。

#### IV. 当院における医療事故防止の体制

当院では各セクションに洩れなく「院内例規集」が配布されている。その中に「医療事故防止対策委員会の設置」「リスクマネジメント部会の設置」「県立がんセンター医療事故防止マニュアル」が綴じ込まれている。

県立各病院のこれらの事故防止対策をまとめるかたちで、「新潟県立病院医療事故防止対策委員会設置要綱」、「新潟県立病院医療事故公表基準」が定められ、病院局業務課が事務面を担当している。

これらに基づき当院では毎月リスクマネジメント部会が開催され、ヒヤリハット事例の取り纏めが

なされている。部会設置の理念は、「責任追及」ではなく「原因追求」であることを確認したい。

平成13年度における当院各セクションの事故防止への取組みは特筆すべきであり、とくに看護部での川村教授を迎えての真摯な取組みには感銘を受けた。

各セクションでの取組みの詳細は本誌に掲載されるであろう。マニュアルの制定もそうであるが、決めただけでは意味がない。理解し、実践し、リニューアルを続けることが肝要である。

平成14年秋からの診療報酬改定では入院基本料において「医療安全への体制整備」がない場合は、入院料は減算される。つまり安全への体制作りは全ての病院において、あって当たり前となっている。

## V. 当院におけるリスクマネージメントの重要課題

組織としての取組みは前述の通りである。ここでは具体的な点について考えてみたい(表1)。

### ① マニュアル整備

前述のように、作って事足りてはいけない。見直し、一層の簡素化が必要である。マニュアルは「現実」であり、「理想」ではない。緊急時直ちに対応で

表1 当院におけるリスクマネージメントの重要課題

1. 医療の質(安全性を含む)と説明責任がこれからの医療のカギ
2. 患者クレームは説明不足から インフォームドコンセントの重要性
3. 不十分な連携が事故を生む: 職員と患者・家族  
医師とコメジ、医師と医師  
禁句「なぜ呼んだ」  
病院と診療所、病院とメーカー・行政  
病院という組織: 職種で横に、科で縦に
4. 病院機能評価機構と医療の安全
5. 損害賠償保険加入について: 本人が訴えられること
6. 上司・管理者への報告・連絡・相談
7. 県立病院基幹病院旗艦病院であることの信頼感、責任
8. 安全推進者の配置: リスクマネージャー・院内感染対策コーディネーター・ME機器整備者(臨床工学士など)
9. 院内事故防止対策職員研修, 安全管理者養成講座受講
10. 感染症合併への対応
11. 院内感染防止対策

きるか、確認して欲しい。院内外、職場の交代にあたっての再確認、職員教育が必要である。

### ② 事故の届出

ヒヤリハットの届出については後述する。医療事故・過誤報告について、出来る限り速やかな第一報の報告をお願いしたい。爾後、院長ら管理部の指示に従って頂きたい。

「新潟県立病院医療事故公表基準」については、見直しの必要もありうるが、全国に先駆けての姿勢として評価されている面がある。該当する過誤のないように、当院は患者さんの安全に全力を挙げて取り組んできたが、その成果も確実に出ている。

昨年来県条例の変更で、150万円以上の示談金(保険会社から県・病院局を通じ支払いする)は、県議会の議決を必要とすることになった。病院長が出席し案件を説明するからといって、記者会見の席は決して医療過誤公表の場ではない。誤解を招く受け止めをされることは極めて不本意といわざるを得ない。マスコミ報道の在り方のせいなのか、説明会のやり方が問題なのか、多くの県民にあたかも医療過誤公表と受け止められる懸念が大きい。医療の透明性、情報開示は大切で、公的病院の使命でもあるが、そのための努力が報われず、むしろ逆効果になっていることが心配である。病院のイメージは傷つき、病院関係者は辛い思いをする。患者さんは誤解し、本来当院で受けられたであろう高度専門医療の機会を逃すことがあったとすれば、県民にとっての不幸といわざるを得ない。

### ③ 病院機能評価機構と医療の安全

一昨年、当院は病院機能評価機構を受審し認定された。本年から評価の内容が変わり、医療の安全、医療事故防止のウエイトが非常に高くなっている。当院でも新しい基準に対応出来るか検討すべきと思われる。

### ④ 損害賠償保険加入の要否

最近、病院設立母体たる県(病院局)のほか、主治医が訴えられる訴訟事例がでてきている。全国的には看護師個人が被告となるケースも見られる。

県立病院医師協議会では、このことに関し病院局と意見調整をおこなったり押田茂実氏の講演会を開催するなど、関心が高い。

### ⑤ 安全推進者の配置

リスクマネージャーや医療ME機器整備担当者の院内配置は極めて重要であり、県立病院長連絡協議会として当局に強く要望している。国立大学附属病院ではリスクマネージャーの専任配置が決定している。県立病院においては、定数枠、新職種、転勤人事などの面で壁の高いことは理解できる。しかしこれからの医療の安全確保に不可欠である。県内幾つかの病院では臨床工学士などの採用がなされてい

る。

⑥ 感染症合併への対策

当院は易感染性の患者が多い。原病あるいはその治療による体力低下、免疫能低下、白血球減少など、感染症合併は日常的である。日常医療の中で患者に対し診断や治療のため臓器摘出、カテーテル挿入留置、薬剤（抗がん剤・抗菌薬・ステロイドほか免疫抑制剤）投与、放射線治療など様々な医療行為が行なわれるが、これらが感染を助長する結果となる。いずれの病院においても、感染症対応は医療レベルそのものであるが、“見えない”が故に職員一人一人の意識にかかわることでもある。感染症合併偶発とその対応のプロセスにおける医療事故があいまいであることが少なくない。

今後、当院のがん医療の質の確保において、適切な感染症対策は最重要課題といえる。当院では、すでに感染対策委員会において「感染制御ワーキンググループ」を発足させた。このチームが病院内の感染に関する問題点を調査し、対策を実行し、院内環境を監視するなど、多角的活動を展開中であり大いに期待したい。将来的には院内感染対策コーディネーターの専任が求められる時代が来るであろう。

VI. 当院におけるヒヤリハット報告と事故報告

ハインリッヒの法則を知らない職員は殆どいないと思う。1件の大事故の蔭に29件の中規模の事故が起きており、その裏には300件の些細な事故の芽が起きている。

望まれるヒヤリハットの年間数といわれる病床数×2件を、当院ではクリアしており、特に医師による報告の頻度も高い。このことは評価すべきであり、ここであらためて、これが報告者に不利益をもたらさないよう保証したい。

本報告については表2にまとめた。大切なことはこれを分析し、いかに教訓化するかということで、この点については当院でも一考の余地がある。

VII. おわりに (表3)

医療事故とくに過誤の発生は、患者の安全・信頼を失い、医療の質・職員の志気を落とし、病院の存在をも危うくすることがある。

当院では職員個々、そして組織として、事故防止へのモラルは高いことを確信する。ミスはあってはならない。一方、医療事故を恐れるあまり、萎縮医療、防禦医療に傾いてはいけぬ。難しい手術・危険な専門的診療などでも、患者さんにとって最善と思われる医療を、十分なインフォームドコンセン

トのもとに行うことが、専門病院としての当院の存在価値であり、患者さんの信頼と自らの誇りを獲得することになる。

医療に不確実性はつきものであるが、それは言い訳、免罪符にはならない。医療事故を減らすこと、とくに医療過誤は決して起こさないことを決意したいと思う。

表2 インシデントレポートについて

意味：事故になる前の情報収集
日常業務の中の危険を認識する
積極的な提案（反省でなく提案）
限界：まとめるには問題意識が不可欠、共通認識への活用
医師の認識・報告が大切
コスト：一枚3,000円 病床×2/年
法的保護が必要
ヒヤリハットと事故報告との違い：
ヒヤリハット：事故予防・教訓共有
事故報告：過失判断・事後対応・再発予防

表3 医療事故予防---これだけは---

基本を守れ	マニュアルは簡素に	報告連絡相談
初心を忘れるな	ドッキリを風化させるな	
プロの自覚、ウデを磨く、ウデとハート(鬼手仏心)、誠意は通ずる		
診療させてもらっている		
分かり易く説明する、クレームに応える		
患者さんに親切に	自分の身内と思う	
何よりも感性(これで大丈夫かな、なんだか変だな)を研ぎ澄ます		

文 献

- 1) 古川 俊司：「消化器内視鏡における安全対策と質の確保」第13回日本消化器内視鏡学会甲信越セミナー（会長 加藤俊幸）講演要旨集 6~9, 2002.1.
- 2) 児玉 安司：「リスクマネージメントの発展をめざして」新潟県病院協会特別講演会抄録 2001.11.
- 3) Heinrich, H. et al: Industrial Accident Prevention. 5th ed. McGraw-Hill, New York, 1980 (ハインリッヒ産業災害防止論 総合安全工学研究所訳 海文堂出版 1982)