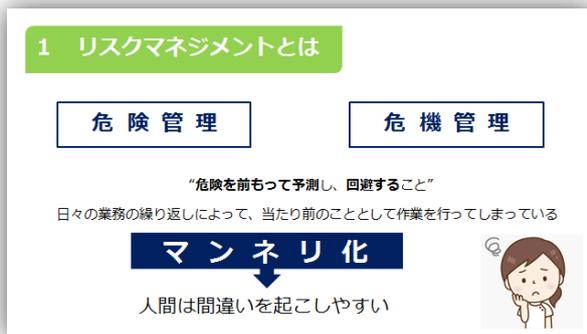


新人教育 リスクマネジメント 2

院内における医療安全管理

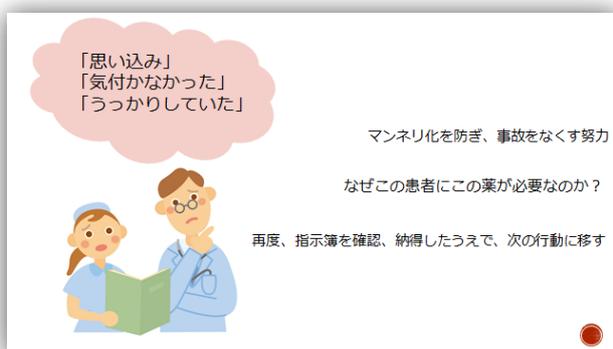
発表者用原稿



1 リスクマネジメントとは

リスクマネジメントとは、日本語で言うと『危険管理』または『危機管理』になり、意味としては“危険を前もって予測し、回避すること”このように考えてよいと思います。

“危険を前もって予測する”その為には、まず、日々の業務の繰り返しによって、当たり前のこととして作業を行ってしまっている、つまり、“マンネリ化”を改善する必要があります。ですが現状、日々の業務に追われ、知らず知らずのうちに“マンネリ化”になっていることも多いですから、それに気付くということは、とても困難なのです。そのことから確認を怠ったり、思い込んでしまったりという現状がうまれ、ミスや事故につながっていることが多いのです。



したがって、常に“人間は間違いを起こしやすい”ということを忘れずに作業を行い、そのことによって“マンネリ化”を防いでいくことが重要なのです。

今問題になっている誤薬事故の場合については、看護職員のミスだけではなく、医師の指示が間違っていたり、薬剤師の調剤ミスなどもあります。しかし、直接患者に投与するのは看護職員であり、一番責任がかかってくるのです。

例えば、与薬の準備中に指示されたものとは違う薬剤を用意したり、また、準備された薬剤を本来投与する患者ではなく、別の患者に配薬してしまうなど、様々なケースがあります。このことは、患者の生命にかかわる危険な行為だということは認識されていると思います。

これを改善するには、薬剤容器（アンプル等）の形を変えたり、ラベルを色分けしたり、目印としてシールを貼り、区別しやすいようにしたり、似たようなものは同じ場所に置かないようにするなどがあります。また、患者に対しては、確認の際に患者自身に名前を答えてもらったり、ネームバンドや、リストバンドを利用するなどの方法もあります。ですが、これで誤薬事故を軽減することはできても、100%事故がなくなるとは言えません。したがって、「思い込み」や「気付かなかった」や「うっかりしていた」などの“マンネリ化”を防ぎ、事故をなくす努力が必要になります。

今までみなさんが、当たり前のように行っている作業をリスクマネジメント的に考えてみると、例えば、“なぜこの患者にこの薬が必要なのか”を考え、処方箋と薬剤内容の確認だけではなく、再度カルテ指示簿を確認し、納得したうえで、次の行動に移すということが考えられます。



2 インシデントとアクシデント

現場におけるリスク情報（アクシデント・インシデント）については、普段から幅広く具体的な情報を収集することが重要になってきます。

院内での事例はもちろんですが、他の医療機関での事例（新聞やニュース）なども収集し、自分の現場に置き換えて、チェックするなど、事故やミス の再発防止、未然回避に利用できるようにデータとして集積しておくことも大切です。

医療事故は、下記のように区分されます

1) 医療事故（アクシデント）

医療現場で医療全過程において発生する全ての人身事故です。

- ・死亡、生命の危険、様々な身体的病状や精神的病状の悪化等の被害や苦痛、不安が生じた場合、また、患者が転倒し負傷したなど。
- ・医療従事者に被害が生じた場合、使用した注射針の誤刺しなど。
- ・医薬品の紛失や盗難などにより今後重大な事故に繋がりがねないもの。

2) 医療過誤

医療の過程において、医療従事者が当然払うべき業務上の注意義務を怠り、患者に障害を及ぼした場合です。

3) インシデント（ヒヤリ・ハット）

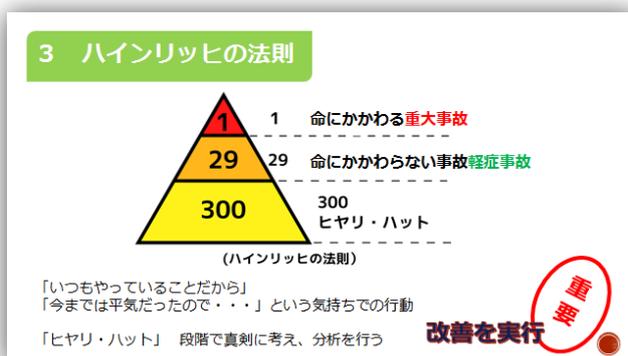
患者に被害を及ぼすことはなかったが、日常の現場で「ヒヤリ」としたり「ハッ」としたことです。

- ・患者に実施されなかったが、仮に実施されたとしたら、被害が予測されるもの。
- ・患者に実施されたが、結果的に被害がなくその後の観察も不要だった。

アクシデント（事故）やインシデント（ヒヤリ・ハット）の報告書は、とても重要な情報源なのです。インシデントやアクシデントレポートは、問題を起こした個人を避難するものではなく、ミスや事故の再発防止や未然回避する為の重要な情報であり、決して「始末書」ではないということを改めて理解する必要があります。

事故を起こした当事者だけでなく、事故やインシデントの発見者など全職員が気づいた時点で記録し報告されることが重要で、どんな小さなことでも「ヒヤッと」した「ハッと」したことは、隠さずに報告していくことが、これからの業務改善を通して患者サービスの向上に大きく左右してくるのです。

事故・ミスの多くは、当たり前に行なえる作業、つまり、患者の誤認や薬剤の事前準備などのように初歩的な作業を怠って起きているケースが多く、そのヒヤリ・ハット時点での対策が重要なポイントになってくるのです。



3 ハイリッヒの法則（1：29：300の法則）

この法則は、アメリカの安全技師ハインリッヒ氏によって、提言されたものです。

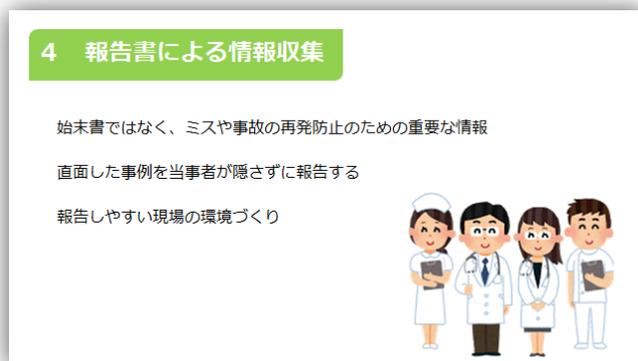
1回の重大事故は、海面上の氷山の一角であって、海面下に同じ原因で29回の事故があり、さらに同じ原因のヒヤリ・ハットが300回あったはずだとするものです。

ヒヤリ・ハットなどのミスを放置しないで、ミスのうちに対策を立て、大きな事故にならないようにするという考え方です。

図を見てわかるように、先入観なく全体を把握し、1：29：300という比率で表わされている「300」の部分（小さな目に見えないミス）について、きちんと考え対応していくことで危険を前もって予測することができます。（小さな目に見えないミス）とは「ヒヤリ・ハット」を意味します。

- 1：突然重大事故が起きるわけではない
- 29：その前に小さな事故がある
- 300：その前に無数のヒヤリ・ハットの問題点がある（表に出ていない部分）

「いつもやっていることだから」「今までは平気だったので・・・」という気持ちでの行動がいつ「ヒヤリ・ハット」を飛び越えて一気に重大事故になるかも知れません。ですから、「ヒヤリ・ハット」の段階で真剣に考え、分析を行い、改善を実行していくことが本当に重要なのです。したがって情報源となるヒヤリ・ハットなどの報告書はとても重要なものなのです。



4 報告書による情報収集

インシデントレポートや事故報告書は、その実態把握、防止策を検討するうえで重要な情報です。

これらの報告書は、始末書ではなく、ミスや事故の再発防止のための重要な情報であることを、スタッフが理解する必要があります。また、多くの情報を収集する為には、直面した事例を当事者が隠さずに報告することが重要です。その為には、報告しやすい現場の環境づくりが重要なポイントなのです。