

医療リスクマネジメントの概要

「個人」から「組織」へ

「医療事故はあってはならない」  
「医療事故はあるべきではない」

↓  
個人の責任追及  
隠蔽

閉鎖性  
パターナリズム  
階層的秩序

↓  
組織的安全管理（リスクマネジメント）

医療リスクマネジメントの概要

「個人」から「組織」へ

医療現場での多くのエラー誘発要因の存在  
医療施設における組織の細分化・専門化

To error is  
human

↓  
個人レベルでは  
対応に限界

↓  
組織的安全管理（リスクマネジメント）

医療リスクマネジメントの概要

他業種（産業界など）での  
リスクマネジメント手法  
の導入

組織安全

医療リスクマネジメントの概要

医療リスクマネジメントの要諦

- ①リスク発生の予測、予知
- ②リスク発生の防止と回避
- ③リスクの拡大防止や最小化
- ④リスクの再発防止

- 個人単位→組織単位
- 責任追及→原因究明

誤用された器具の根管内破折（19歳女性[1]）

Ca(OH)<sub>2</sub>糊剤貼薬時にスクリュー  
バー（ポスト印象用）をレンツロ  
と誤認して使用し、根管内に破折

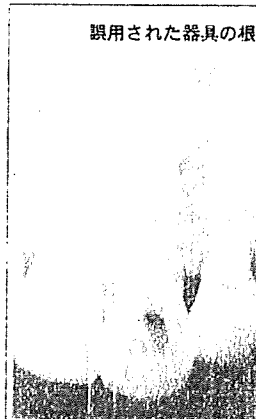


誤用された器具の根管内破折（19歳女性[1]）

Ca(OH)<sub>2</sub>糊剤貼薬時にスクリュー  
バー（ポスト印象用）をレンツロ  
と誤認して使用し、根管内に破折

個人の不注意  
知識の不足

器具の保管・管理方法  
誰が、どこで、どのように  
チェック体制は？  
器具の採用、選定  
類似の器具が必要か？  
研修指導体制  
指導医の所在、指導法



### 誤用された器具の根管内破折（19歳女性<sup>[1]</sup>）



Ca(OH)<sub>2</sub>糊剤貼薬時にスクリューパー（ポスト印家用）をレンチロと誤認して使用し、根管内に破折

「事故は人為的なミスやエラーを媒介として発生することは事実であるが、事故の発生までには複数の関与者による二重三重のミスやエラーが介在しておりしかもそうした複合的なミスやエラーの連鎖を許すシステムや欠陥こそが、根本的な意味での事故原因である」  
（日本医師会医療安全対策委員会）

### 医療リスクマネージメントの概要

#### 厚生労働省の取り組み

医療安全推進総合対策  
～医療事故を未然に防止するために～  
（平成14年4月）

<http://www.mhlw.go.jp/topics/2001/0110/tp1030-1y.html>

### 医療リスクマネージメントの概要

#### 厚生労働省の取り組み

- (1) 医療機関における安全管理体制整備
- (2) 医療機関における安全対策に有用な情報提供の体制整備
  - ・医療安全対策ネットワーク整備事業によるヒヤリ・ハット事例分析の対象施設を全ての医療機関に拡大（平成16年）
  - ・特定機能病院、国立高度専門医療センター、大学附属病院などを対象とした事故事例の報告の義務化（平成16年）
- (3) 医薬品・医療用具等に関する安全確保
- (4) 医療安全に関する教育研修の充実
  - ・国家試験の出題基準における安全に関する項目の拡充
  - ・医師・歯科医師臨床研修必修化—医療安全に関する研修到達目標の設定

### 医療リスクマネージメントの概要

#### 医療安全のための法的規制

- ・全ての病院と有床診療所について義務化（平成14年）
  - ① 安全管理のための指針の整備
  - ② 医療安全管理委員会の開催
  - ③ 医療の安全管理のための職員研修の開催
  - ④ 事故等の院内報告制度
- ・特定機能病院、臨床研修病院に義務化（平成15年）
  - ① 医療安全管理者の配置
  - ② 医療安全管理部門の設置
  - ③ 患者の相談窓口の設置

### 医療リスクマネージメントの概要

#### 医療安全に関するGIO、SBOs 歯科医師臨床研修「基本習得コース」

#### 医療安全・感染予防

##### 【一般目標】

円滑な歯科診療を実施するために、必要な医療安全・感染予防に関する知識、態度、技能を修得する。

##### 【行動目標】

- ① 医療安全対策を説明する。
- ② アクシデント、インシデントを説明する。
- ③ 医療過誤について説明する。
- ④ 院内感染対策（Standard Precautionsを含む）を説明する
- ⑤ 院内感染対策を実践する。

「医道審議会歯科医師分科会歯科医師臨床研修検討部会意見書」  
「歯科医師臨床研修必修化に向けた体制整備に関する検討会報告書」（平成16年）

### 事例に学ぶ

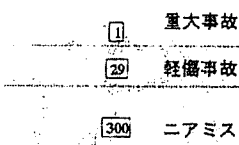
#### 事例の収集・解析

発生頻度や想定される影響を分析予想  
重要な事例の情報や対応策を組織レベルで共有

## 事例に学ぶ

### ニアミス（インシデント）事例の収集

- 事故の背景には同じ要因によるニアミス事例がより多数存在
- 事故の事例と比較して多数の集積が可能
- ほとんどは事故を防ぐことのできた事例に相当
- エラーの発生要因や防止策の検討に有利な点が多い
- 報告者には一切の不利益処分は課されない



ハインリッヒの法則

## 事例に学ぶ

### インシデントレポート

1. 職種
2. 患者への影響
3. 診療科名および部署名
4. 患者情報
5. 発生（発見）した日、時間
6. 発生場所
7. インシデントの種類

新潟大学歯学部インシデントレポート (全学共通用紙) 2024.4.7

報告者: \_\_\_\_\_ 報告日: \_\_\_\_\_

報告部署: \_\_\_\_\_

患者氏名: \_\_\_\_\_ 年齢: \_\_\_\_\_

発生日時: \_\_\_\_\_

発生場所: \_\_\_\_\_

インシデントの種類: \_\_\_\_\_

患者への影響: \_\_\_\_\_

発生原因: \_\_\_\_\_

防止策: \_\_\_\_\_

報告者: \_\_\_\_\_

## 事例に学ぶ

### インシデントレポート

8. 原因
9. インシデント発生の経過
10. 患者・家族への説明
11. どうして起こったか
12. 同じことを繰り返さない対策
13. インシデント報告者の区分
14. インシデント当事者経年数

新潟大学歯学部インシデントレポート (全学共通用紙) 2024.4.7

報告者: \_\_\_\_\_ 報告日: \_\_\_\_\_

報告部署: \_\_\_\_\_

患者氏名: \_\_\_\_\_ 年齢: \_\_\_\_\_

発生日時: \_\_\_\_\_

発生場所: \_\_\_\_\_

インシデントの種類: \_\_\_\_\_

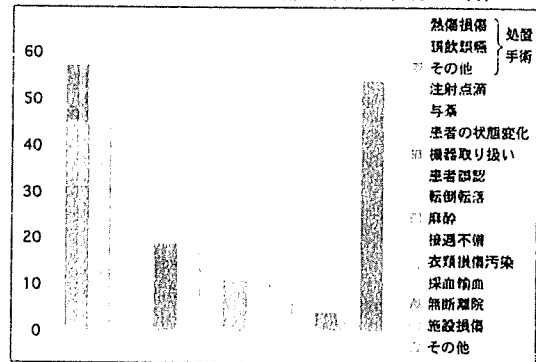
患者への影響: \_\_\_\_\_

発生原因: \_\_\_\_\_

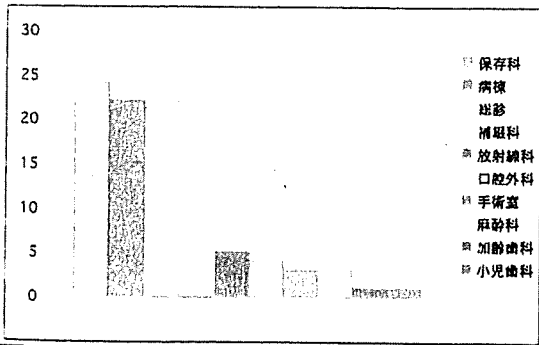
防止策: \_\_\_\_\_

報告者: \_\_\_\_\_

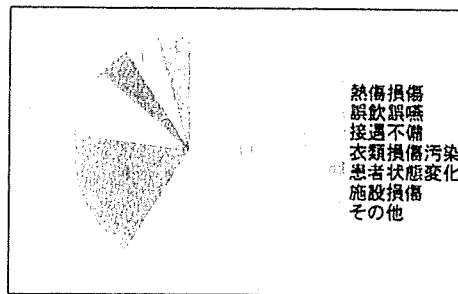
インシデントの種類別報告件数  
(全国国立大学歯学部附属病院 平成12年9月～12月)



診療科別インシデント報告件数  
(新潟大学歯学部附属病院 平成12年4月～平成13年9月)



インシデント・アクシデントの種類  
—新潟大学歯学部附属病院総合診療部—  
(平成12年度4月～平成13年9月)



## 事例に学ぶ

### 事故発生を想定した防止策の立案

#### 高速切削器具による軟組織の損傷の防止策

1. ハイリスク患者の把握  
患部の部位、処置内容、舌の不随意運動の有無  
巨舌症、口腔前庭が狭い、治療に非協力的
2. 単独での診療を避ける（介助者とのチーム診療）
3. 術者の体勢を整える
4. 切削時の確実なレストの設定
5. 適切なミラー、パキューム操作による軟組織の保護
6. 防護用器具（ラバーダム、開口器など）の適切な使用

## ヒューマンエラーへの対策

### ヒューマンエラーの認知心理学的分類

- ・ミステーク (mistake) :  
行動計画の誤り、誤った行動の選択 (意識的)
- ・スリップ (slip) : うっかり間違い } (無意識)  
ラプス (lapse) : やり忘れ、ど忘れ }

## ヒューマンエラーへの対策

### ヒューマンエラー防止の方策

#### ミステークの防止

- ・行動計画の適正化、周知徹底  
(医療安全対策マニュアルの整備)

#### スリップ、ラプスの防止

- ・エラーの発生が予測される状況の改善  
過重労働の緩和  
複数の業務を同時に行うことを避ける  
取り違え防止のための保管法の改善
- ・フェール・セイフやフル・プルーフの導入

## ヒューマンエラーへの対策

### ヒューマンエラー防止の方策

#### フェール・セイフ (fail-safe)

危険時に機械を自動的に  
停止させる機構

#### フル・プルーフ (fool-proof)

エラーが生じて直ちに  
故障 (事故) が起こら  
ないような機構

## ヒューマンエラーへの対策

### ヒューマンエラー防止の方策

#### フェール・セイフ (fail-safe)

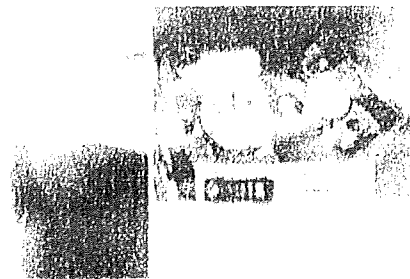
危険時に機械を自動的に  
停止させる機構

#### フル・プルーフ (fool-proof)

エラーが生じて直ちに  
故障 (事故) が起こら  
ないような機構

## ヒューマンエラーへの対策

### ヒューマンエラー防止の方策



## 歯科医師臨床研修必修化と医療安全管理

### 医療安全のための法的規制

- ・ 全ての病院と有床診療所について義務化（平成14年）
  - ① 安全管理のための指針の整備
  - ② 医療安全管理委員会の開催
  - ③ 医療の安全管理のための職員研修の開催
  - ④ 事故等の院内報告制度
- ・ 特定機能病院、臨床研修病院に義務化（平成15年）
  - ⑤ 医療安全管理者の配置
  - ⑥ 医療安全管理部門の設置
  - ⑦ 患者の相談窓口の設置

## 歯科医師臨床研修必修化と医療安全管理

### 歯科医師臨床研修施設の確保すべき安全管理体制

- ① 安全管理のための指針の整備
  - ② 医療安全管理委員会の開催
  - ③ 医療の安全管理のための職員研修の開催
  - ④ 事故等の院内報告制度
  - ⑤ 医療安全管理者の配置
  - ⑥ 医療安全管理部門の設置
  - ⑦ 患者の相談窓口の設置
- 協力型研修施設では  
努力義務

「医道審議会歯科医師分科会歯科医師臨床研修検討部会意見書」  
「歯科医師臨床研修必修化に向けた体制整備に関する検討会報告書」（平成16年）

## 歯科医師臨床研修必修化と医療安全管理

### 「安全管理のための指針」に含まれるべき内容

- ア 医療機関における安全管理に関する基本的考え方
- イ 医療に係る安全管理のための委員会その他医療機関内の組織に関する基本的事項
- ウ 医療に係る安全管理のための職員研修に関する基本方針
- エ 医療機関における事故報告等の医療に係る安全の確保を目的とした改善のための方策に関する基本方針
- オ 医療事故発生時の対応に関する基本方針
- カ 患者等に対する当該指針の閲覧に関する基本方針
- キ その他医療安全の推進のために必要な基本方針

## 歯科医師臨床研修必修化と医療安全管理

### KEY WORD

### 文書化

- ・ 安全対策指針の文書化
- ・ 事故・ニアミス事例の文書による収集（報告）
- ・ 文書によるフィードバック（職員研修）

