



リスク・マネジメント

副会長 佐野文男

平成11年6月18日付の北海道新聞の一面に大きく「医療過誤訴訟 患者側勝訴 最高の45%」と報道された。これは最高裁が北海道新聞の取材に対して文書で答えたものである。それによると特に不適切なインフォームド・コンセントによる例を含め医療過誤訴訟の申立件数は全国で昨年度初めて600件を越え、10年間で1.7倍に急増、道内でも増加の傾向にある。係争中の同訴訟は全国で2700件に上っており、認容率（原告が一審で勝訴する場合）の上昇が医療事故の歯止めになるかどうか注目されると述べられている。さらなる詳細は同紙を読んでいただくこととして、それにしても全国の大きな病院での医療事故が続いているのはどうしたことなのだろうか？ 近年の医療技術の発達にはめざましいものがあるが、疾病に対するより有効な治療法が確立され、実施されるにしたがって、医療に対する期待が次第に高まり、より質の高い医療を求める声が多くなっていくのは当然である。しかし、それに伴い不幸な転機をとった患者の中から、医療提供者側の過失を問う医事紛争が多くなってきているのは誠に残念なことである。

一般に医事紛争とは医療行為に関連して患者側からクレームがついた状態をいう（医療事故：医療行為に起因して生じた全てのアクシデント、医療過誤：医療事故で医療関係者の注意義務が足りなかったために生じた不結果）。

医事紛争の持っている性質の中には、われわれが通常理想的に処理している事からは異なった性質がある。すなわち、実施した医療行為の良さ、拙さの程度と、事故の発生、あるいは賠償金額の量とは比例しないことである。それどころか手術や治療はうまくいったのに訴えられたケース

もある。すなわち、誠意を尽くしたとか、ベストを尽くして努力したということとは全く関係なく、当方に落ち度がないのに問題となることがあり、医療事故は決して他人事ではないのである。また、ごくごく些少な「ヒヤリ・ハット」が次にまた繰り返される時には、つまらないミスどころか、かえって取り返しのつかないといんでもない重大な事故に結びつくことがある。しかし、もう少しの配慮で事故を未然に防止することができたであろうと思われる事例も少なくない。最終的に裁判まで行き、判決が出たものは確実に件数やその内容を把握することができるが、それ以外の示談や取り下げなどの実数をつかむのは困難である。しかし、医事紛争の発生率は地域や、診療科別、医療行為別で異なっているが、裁判を起こされる件数は平成5年以後増加の傾向にあることは紛れもない事実である。

さて、医事紛争を起こさないためには、医療従事者が職能による専門性を十分に発揮された職務を遂行することは当然のことであるが、医療行為の中では不本意ながら、結果として患者の不利益になる事態の発生は不可避であるものとして対応することが必要である。日本医師会における医療安全対策委員会は平成9年7月23日、坪井会長から「医療における安全意識の確立と向上を図るために、リスク・マネジメントはいかにあるべきか、その対策について」という諮問を受け、平成10年3月、「医療におけるリスク・マネジメントについて」と題して答申されている。その中で、医療事故を予防するための視点として『マイナスの情報隠さず詳らかにする習慣を育てること』、『原因追及の作業を「犯人捜し」で終わらせてはいけないこと』、そして、『正確な情報に基づき事

故予防システムを構築し活用すること』は特に重要と思われる。また、医療事故予防対策に対して以下の7つの提言を示している。すなわち、(1)医療事故および紛争に関する情報収集体制とその組織の確立、(2)院内に事故報告体制等の組織を整備する、(3)安全対策マニュアルの作成と徹底、(4)医療現場の意識改革、(5)医療職の労働条件の改善、(6)生涯教育・啓蒙活動にリスク・マネジメントを導入する、(7)医学教育・医師養成のあり方に対する提言、となっているが、その内容はやはり総論的であり、今一つ具体性に欠けるのは答申としては仕方ないところであろうか。

リスク・マネジメント (risk management) とは「経済的損失のリスクを見つけ、評価し、それに対処する科学」と定義されている。医療機関におけるリスク・マネジメントの第一歩はまず院内に医療事故防止対策検討委員会(仮称)を設置し、リスク・マネジャーをおくことから始める。病院内には人体への障害のみならず、物損や病院のイメージダウンを引き起こすさまざまな要素が潜んでおり、それらの要因を発見することが、経済的損失を未然に防ぐことに役立つことになる。医療機関内で発生した事故、患者からの苦情、職員からの苦情、ヒヤリ・ハット等の情報を一カ所に収集し、迅速に対応することである。情報収集の方法にはいろいろな方法があるが、アメリカで行われている主な方法は(1)職員からの自発的な事故報告を待つ方法 (incident reporting)、(2)報告すべき事故のリストを作成してそのリストに含まれる事故が発生した時に自発的に報告するよう要請する方法 (occurrence reporting)、(3)データスクリーナーが院内の各部署に出かけて行き、前もって作成された基準に該当する事例を拾い上げてくる方法 (occurrence screening) 等がある。incident reportingによって把握できるのは全体の5~30%、occurrence reportingによつては40~60%、occurrence screeningでは80~85%と報告されている。また、occurrence screeningにincident reportingや病院内感染症サーベランスの情報を加えた場合には、患者に生じた障害の90~95%まで把握が可能であるとされる。当然のことながらリスクを発見し、評価するための情報を収

集するためには、診療記録のチェック、診療場所の視察、医療スタッフからの聞き取りも積極的に行っている。アメリカで使用されている occurrence reporting form の1例を示す。各項目にはさらに多くの枝項目を有す(表)。

日本医師会は今回の度重なる医療事故を深刻に受け止め、平成11年2月8日に坪井会長による『声明』医療事故の発生防止について』を発表し、都道府県医師会会長、日本病院会会長、全日本病院協会会長、日本精神病院協会会長、日本医療法人協会会長、全国医学部長病院長会議会長宛てに送付されたところである。

われわれの不注意やちょっとしたミスが大きな事故につながり、その結果が患者さんとその家族に、また、当事者たる医療関係者の苦悩を引き起

表 OCCURRENCE REPORTING FORM
(オカレンスレポート用紙)

説明:

1. 本資料はベス・イスラエル病院(BIMC)において実際に使用しているレポート用紙のコピーである。
2. このオカレンスレポートは、リスクマネジメントシステムの核となるもので医療訴訟を念頭において選んだ16項目のリスクに対し、報告義務を課し、コンピューターによるデータの収集分析を行うものである。
3. 16項目のリスクは事故頻度が高く、患者から見て事故の発生が容易に確認出来る以下の項目からなる。

1. FALLS (転倒)
2. SKIN (皮膚損傷)
3. LOST PATIENT PROPATY (患者の所有物の盗難、紛失)
4. INSTITUTIONAL CONDITION (火災、爆発等の施設事故)
5. FOREIGN BODY (体内異物遺残)
6. STATUS (患者の予期せぬ容態変化)
7. DIETARY (病院食)
8. EXPOSURE (被曝、感染)
9. CONSENT ISSUES (患者の同意事項)
10. OBSTETRICS (産科での事故)
11. OPERATING ROOM (手術室での事故)
12. BLOOD (輸血、血液製剤等の血液の事故)
13. PATIENT ASSOCIATED (患者、訪問者によって起こされた事故)
14. INSTRUMENT (機材に関する事故)
15. MEDICATION (薬物治療)
16. PROCEDURES (処置、検査)

こすことを思う時、医事紛争は「明日の」ではなく「今日の」わが身であるように思えてならない。医療事故予防対策の確立とその実施は急務である。

参考資料：

1) 浜島信之：日本医事新報、No 3504：95（平成3622.）。

2) 日本医師会医療安全対策委員会：答申「医療におけるリスク・マネジメントについて」、平成10年3月。

3) 平成8年度都道府県医師会医事紛争担当理事連絡会：資料⁽³⁾リスク・マネジメントについて、平成9年1月30日。

4) 平成10年度都道府県医師会医事紛争担当理事連絡会：資料⁽⁶⁾声明、資料⁽⁷⁾医療事故防止の徹底について、平成11年3月11日。