

第1分野	リスクマネジメントとは何か(村上)
解説	患者様の「安全への欲求は限りない」ものであり、患者様は医療を受ける時点から「安全が確保される権利」を得る。医療機関は「安全確保の義務」が生じる。リスク(危機、危険性)は人間が活動する限り何らかの形で100%存在するものであり、患者様への安全の妨げとなる。医療事故へ発展すれば、将来の経済的損失へ繋がる可能性は大きい。リスクマネジメントとは、組織と患者様または、家族を組織から守る事であり、医療の目的に沿ってリスクを確認し測定する。「個人資源で捉えない病院固有のシステムの欠陥を是正する」事が目的である。 いわゆる、個人で出来る限りの努力ではどうする事も出来ない物に対し、病院が持つハード面、ソフト面を考え、把握、分析、評価、実行するプロセスがある。リスクマネジメントは、事前対応と、事後対応に分かれるが、事後対応については、再発防止であり、事前対応では事故防止が求められる。これらを実施する上で重要なのは、全職員共通のリスクマネジメントに対する意識の向上である。これがなくてはエラーで終わってしまう可能性が高い。全職員が統一したリスクマネジメントの意識の向上と緊張感を持ち、また目的意識を持って日々の業務を実施していくことでかなりのニアミスは減ると考えられている。 事故に発展する前に未然に防ぐ事がリスクマネジメントの最終目標である。そのためには、率先してレポート(報告書)を提出することが大切である。「エラーを起こしたものをすべてを報告する義務がある」という態度を示していかなければいけない。その情報を基に、事故防止に向けての対策を立案し実施することで、医療事故を未然に防ぐことが理想的であり、分析された結果を基に客観的に評価する必要がある。資源は限られたものである以上インシデントレポート、アクシデントレポートを活用し、そこから得られた情報を基に、組織のどこに、どのような問題があり、どう対策をとらなくてはいけないのか把握・分析・評価し、実行する。そのプロセスに第三者評価を加え、資源をどこにどのくらい必要なのか検討し実行していかなければいけない。事故に対しては、事故防止のために徹底して分析は行なう。すなわち、再発防止のために、なぜ、起きたのか、本質的原因はどこにあるのかをさぐり検証しなければならない。そして、確実に実施されているか必ず定期的に監査していく事があらたな対策案につながる。
	<看護業務に関連した医療事故の内容> 抑制帯の使用法に過失がありそれを用いて自殺したと認定されたケース 抑制帯による拘束により、両上肢のフォルクマン拘縮による運動障害 抑制帯でベッドに固定中、体動により、抑制帯が首に巻きついて死亡 痴呆性老人のシャワー浴時、温度を確認せず、熱湯を浴びせ、全身に火傷を負わせる 使用済みの浴室に鍵をかけ忘れ、その間に高齢者が入浴し、溺死していた てんかんの患者様の入浴中に看護師が離れた際に発作を起こし溺死
	多飲傾向が認められ、体重測定も行っていないながら、夜間帯に10kgも体重が増加し、対応が遅れて死亡 90歳の老年性痴呆の患者がベッドから転落し顔面打撲、同日、持病の心臓病で死亡(家族から転落事故との関係で家族から賠償を求められる) 異食傾向の患者が、処置用ビニール手袋を異食し窒息死。 看護師が閉鎖病棟で布団干しをしている間に、開け放したドアから患者が飛び降りて死亡 かねてから誤嚥を起こしやすいので注意してほしいと家族から申し出があったにもかかわらず、食事をつまらせて死亡 統合失調症で入院中の患者様が興奮が強いため、数人の職員で患者を押さえつけて注射した。その際、分娩麻痺があった上肢を骨折させた。 うつ状態で入院中の患者が、深夜喫煙室のライターで誤って自分の衣服に火をつけて火傷し救急搬送される
例題1	事故防止の基本事項を書きなさい。

回答	医療従事者は常に「危機意識」をもち業務にあたる。患者様最優先で医療を徹底する。医療行為は、確認・再確認を徹底する。円滑なコミュニケーションをインフォームドコンセントに配慮する。記録は正確・丁寧に記載する。情報の共有を図る。
例題2	鍵の使用上の注意事項を書きなさい。
回答	開けた鍵は責任を持ってはならず自分で締めること。施錠後は、施錠が完全であるか確認すること。鍵は手に持ってあるかない。鍵は患者様尾目の届くところには置かない。鍵は予防衣のポケットには入れない。使用後は速やかに所定の場所に戻す。万が一、鍵を紛失した場合には病院内のすべえの鍵を取り替えることとします。その際の費用は個人負担となる。
例題3	ハインリッヒの法則について説明しなさい。
回答	1件の重症事故の背景には、29件の同種の軽症事故、300件の障害のない事故が存在し、さらに数千・数万件の危険行為が存在しているという法則
例題4	事故報告書を提出させる意味を書きなさい。
回答	事故報告書を作成することにより、事故を起こした当事者は事故の背景にある自分自身の行動を客観的に振り返ることができ、自分が気づいていない自分自身の行動の癖を把握することができる。また、報告書を提出することで、周囲に事故に関する情報提供をすることができる。それによって、組織全体で事故防止をすることができる。
例題5	医療事故発生時の対応を簡潔に書きなさい。
回答	応急処置に全力を尽くす 家族連絡 説明担当者の決定 家族への説明 院内連絡体制の徹底 正確な記録の作成 証拠物品の保存 患者様死亡時の対応を明確に
例題6	医療事故発生以降の対応を簡潔に書きなさい。
回答	事故後の医療に万全を尽くす 事実経過の整理・確認と記録 警察署への連絡 調査委員会の設置 病院としての説明
例題7	精神科における医療事故の内容を書きなさい。
回答	転倒や誤嚥による窒息などの不慮の事故 自殺 患者様間の暴行・傷害・致死 誤薬などの医療行為に伴うもの 突然死 身体合併症 精神保健福祉法の適用・解釈をめぐする事故 第三者への暴行・傷害・致死
例題8	自殺手段を書きなさい。
回答	縊死 飛び降り 飛び込み 入水 刃物 焼身
例題9	自殺の起きる場所を書きなさい。
回答	隔離室 自室 トイレ 自宅 病棟内 病室 ベランダ 個室 屋上 敷地内
例題10	自殺の道具を書きなさい。

回答	タオル (ハンガー) 衣類 ローブ 紐 コード シーツ ベルト カーテン 抑制帯 針金
例題11	静脈内注射を行う際のリスクについて書きなさい
回答	薬効速度が速い反面、感染、肺塞栓、空気塞栓、注入速度による障害、薬剤エラー、出血、神経損傷、針刺し事故等のリスクが高い。
例題12	誤注射時の対応を書きなさい
回答	誤注射した患者の姓名、年齢、病名、誤注射した薬剤名、量などの正確な情報を報告し、指示を受ける。 医師の指示に基づいて必要な対応を行う。 患者の状態を観察し、医師に報告する。 患者及び家族への説明は誰がどのように行うか、相談の上誠実に対応する。 看護記録には誤注射の事実とその後の患者の状況を経時的に記録する。 事故報告書を提出し、職員間で情報を共有し、事故防止対策に活用する。
例題13	誤薬を防ぐための5つのRを書きなさい
回答	正しい患者 (Right Patient): 病棟、病室番号、患者の姓名、疾患名、症状、薬物投与の目的、アレルギーの有無 正しい薬剤 (Right Drug) : 指示薬の名前、薬理作用と副作用、剤形 正しい量 (Right Dose) : 投与の単位 (○錠、○カプセル、○滴、○mg、○ml、○個など) 正しい時間 (Right Time) : いつからいつまでの指示なのか、どの時間帯に与薬するのか、薬効が出る時間と持続時間など 正しい方法 (Right Route) : 内用 (内服・舌下)、外用 (うがい、吸入、点眼、塗布など) のどの方法か、治療処置で紛らわしい治療が同時に行われていないかなど