

事例1

リスクマネジメント対策

ストップ!!
アクシデント

潜在するインシデントを見逃さないために

医事課職員の 意識向上を図る

医療法人創和会 しげい病院 事務部 医事課 課長補佐 河原秀明

医療法人創和会しげい病院は岡山県倉敷市にあり、病床数259床（透析100床）を有し、10対1一般病棟、障害者施設等病棟、医療療養型病棟、回復期リハビリテーション病棟で構成された5つの病棟をもつケアミックス病院です。

特に「腎疾患・透析医療」「総合的リハビリテーション」「医療レベルの高い介護サービス」の3本の柱とした医療と介護を提供しています。

平成22年7月31日現在の入院ベッド稼働率は95%、一般病床の平均在院日数は20.2日です。

当院の職員数は医師16名（非常勤除く）、看護師233名、コ・メディカル135名（薬剤部11名、放射線部5名、検査健診部10名、臨床工学部12名、リハビリテーション部36名、通所サービス34名、栄養管理部23名、医療社会福祉部4名）、事務部門が44名、そのうち医事課が28名です（平成22年7月31

●病院概要

名称：医療法人創和会しげい病院

開設：昭和33年5月

所在地：岡山県倉敷市幸町2-30

電話：086-422-3655

診療科：腎・透析医療と回復期医療を主体

病床数：259床（5病棟）

一般病棟（10対1）：50床 平在20.2日

障害者施設等病棟（10対1）：51床

医療療養型病棟：透析中心（56床）

医療療養型病棟：一般患者（54床）

回復期リハビリテーション病棟（医療療養より）：48床

透析センター：透析ベッド：100床 透析患者数266名

DPC準備病院（平成19年度～）

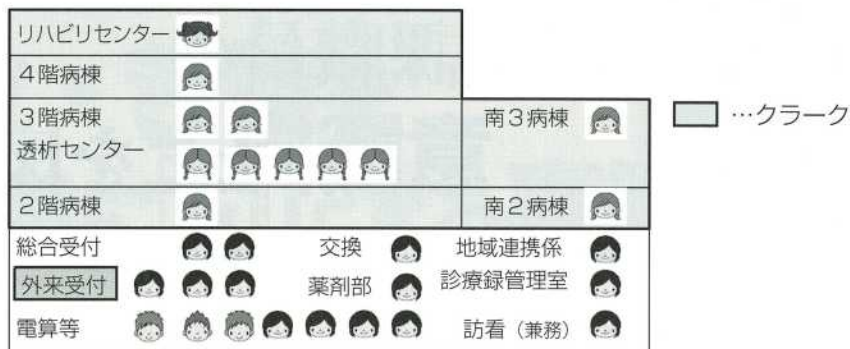
ホームページ：<http://www.shigei.or.jp/shigei/>

（平成22年7月31日現在）



図1 医事課の人員配置

実働医事課職員 計 82名 (7月1日現在)
 常勤 52名 パート3名 女性52名 男性3名



医師事務作業補助体制加算取得に向け進行中!

日現在)。

医事課の人員配置

厚労省は平成19年12月、事務職の医療に対する役割分担を明確化しています。

平成20年には医師事務作業補助体制加算が新設され、事務職のチーム医療への参画が進み、ますます医療に関する業務へのニーズが高まってきています。

図1は当院の医事課職員の配置を示しています。太線で囲った網かけ部分が医療現場で活躍するクラークを示します。当院では平成4年に1病棟に最初のクラーク1名が配置されてから、平成22年7月末時点で15名配置されています。

クラーク以外にも、総合受付、各診療科受付、電話交換、電算業務、診療報酬全般に関する業務、診療録管理業務、地域連携室事務担当者が医事課の所属となっています。

当院は紙カルテを使用し、オーダーリングシステムではありません。したがって、医

師からの指示は伝票の運用が中心となっています。医事課業務の中心は診療報酬点数に関する事、医療費に関係することです。特に当院は5病棟のうち4つの種類の入院基本料がありますが、それぞれの病棟クラークは専門的な点数解釈を熟知する必要があります。自分から学ぶ姿勢がなければ点数もれなどにつながってしまうため、経営面から見ても責任重大です。

委員会の設置とインシデント・アクシデント報告

当院は平成13年にリスクマネジメント委員会・部会が設置されました。私は医事課の責任者としてスタッフをまとめる立場であり、病院のリスクマネジメント部会のメンバーでもあります。この部会は毎月第4木曜日の16時から17時までの1時間ほど行われ、医師2名をはじめ、それぞれの部門から各部署長や担当者の計14名が参加しています。

図2は部会がまとめた過去5年間のイン

図2 インシデント・アクシデント報告件数(全部署)

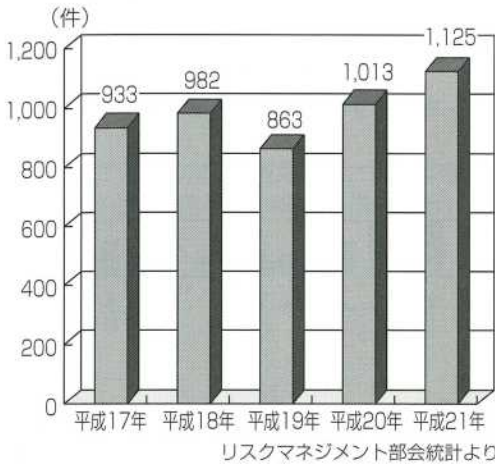
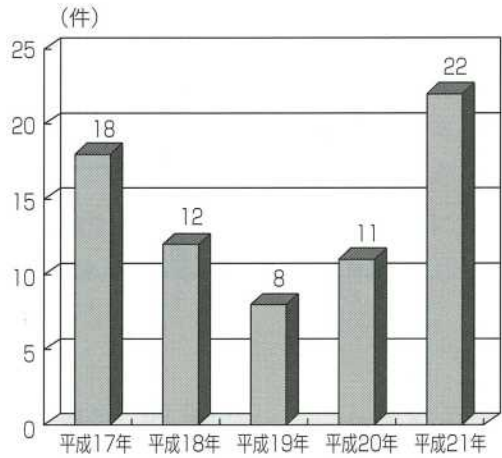


図3 インシデント・アクシデント報告件数(医事課)

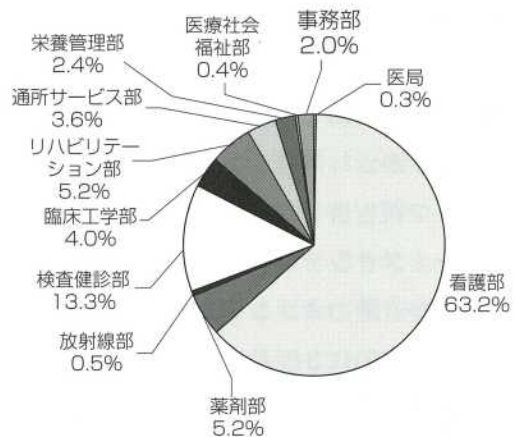


シデント・アクシデント報告件数です。

図3は医事課のインシデント・アクシデント報告件数です。

図4を見ると、事務部(医事課)の報告書提出件数割合は2%に留まっており、それに対して看護部は711件で63.2%を占めています。これで医事課からの報告がいかにかに少ないのかが分かります。

図4 平成21年度 報告件数 部署別比率



医事課への意識調査

通常の業務量からみて、またこの結果を元に、もっとインシデント・アクシデントがあるのではと考えました。そこで医事課メンバー全員に面談形式でアンケートを行い意識調査しました。アンケート用紙を事前に配布し、面談の際に提出してもらいました。

アンケートの主な質問項目は以下のとおりです。

①あなたはインシデント報告書を書いたことがありますか(図5)。

②報告書を書く、書かないの判断はどうし

図5 アンケート:医事課 28名に聞きました。あなたは報告書を書いたことありますか?

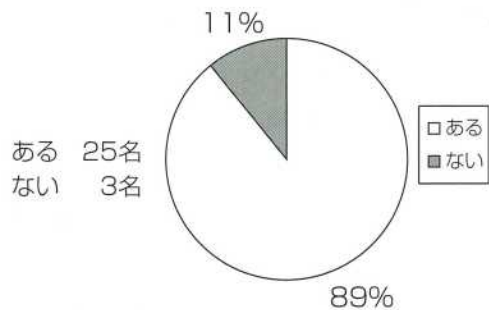
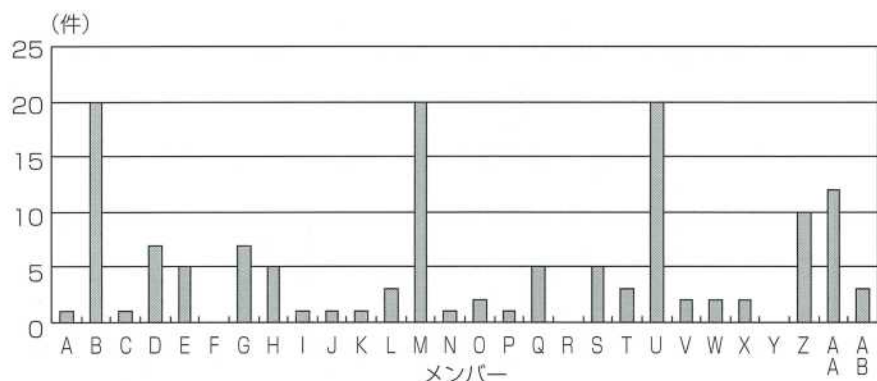


図6 面談から聞き取ったインシデント・アクシデントの月間件数



ていますか。

③書かないと判断した理由があれば教えてください。

④どのようにすれば、報告数が増加すると思いますか。

⑤報告書を提出した後、気になることがありますか。

⑥今まで報告書を提出していないインシデント・アクシデントが月間何件程度ありますか。そのインシデント・アクシデントを具体的に3つ教えてください。

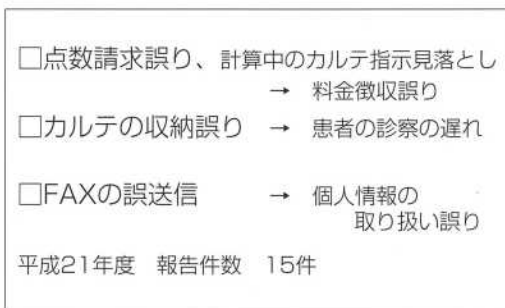
その結果が図5の報告書を書いたことが「ある」が89%、「なし」が11%です。)

(1) インシデント・アクシデントの月間件数

図6は、今まで報告書を提出していないインシデント・アクシデントが月間に何件程度あるかを各医事課職員に聞いた結果です。

自分が当事者になったもの、他人が起こして発見したことがどれくらいあるかを「見た」「聞いた」ことなど、感覚でいいので答えてほしいと質問したところ、個々で

図7 事務的要素の具体的インシデント・アクシデント



バラつきがありますが、1名あたり月平均で5件程度は何かしら経験していることが分かりました。個人により年間数件程度の人もいれば、月間で20件ある人もいました。

このことより、単純に計算して年間1,680件のインシデントが潜在すると推定されます。

(2) インシデント・アクシデントの事務的要素

実際に報告書に上がってくるインシデント・アクシデントの主な事務的要素(図7)は、以下の具体的内容となっています。

①保険請求および患者一部自己負担金に係るもの

- ・カルテの見落としによる点数計算誤り

図8 クラークがかかわる医療現場での具体的
インシデント・アクシデント

□検査指示見落とし、拾い間違い
→ 採血やり直し
→ スピッツの作り直し

□投薬・注射の指示の見落とし、拾い間違い
処方確認不足 → 間違った指示を施行

平成21年度 報告件数 7件

- レセコンの誤操作による点数計算誤り
 - 点数誤りによる金額の誤徴収
 - 保険証および公費証の確認不足よるレセプト返戻
- ②患者とのコミュニケーション不足により正しい情報が伝わっていなかったこと
- 退院時の計算書の行方（郵送する、来院いただくなど）
 - 案内が目立たないとクレーム（患者やお見舞いの方に駐車券の無料処理）
- ③紙カルテの収納間違え
- 収納場所を間違えたことによる、カルテ取り出しに時間がかかる。その結果、診察をする医師、診察を受ける患者にご迷惑をかけたケース。
- ④FAXの誤送信
- 本来送るべき場所に送れず、間違った医療機関、施設に送っていたケース

(3) 医療現場での具体的内容

患者の身体にかかわる主な報告（図8）は、以下の具体的内容となっています。

- ①医師の投薬、注射、検査指示の見落とし
- ②医師の投薬、注射、検査指示の書き間違い

い、拾い間違い、検査伝票への誤記入
病棟クラークは医師の指示を拾うと、その後、必ず看護師が確認を行うことがルールになっており2重のチェックをしています。ただ、確認をしても見落としてしまったことで間違った指示を施行していたケースがありました。ただ、幸いなことに深刻な結果に結びつくことはありませんでした。

(4) 報告しない理由

インシデント・アクシデントを報告しないと判断した主な意見は、①報告書として提出するもの、しないものの判断が明確でない、②提出しても次に生かされないと感じる、③書く時間がない。めんどろであった、④個人を非難する材料にならないか心配だ、という4点です。

上記の意見に対しては、自分にとっても考え深いものがありました。報告書提出の判断基準は、間違っ起こってしまったことはすべて報告書提出としています。分かっている朝礼等で連呼し、スタッフに周知徹底が必要であることに気づかされました。ただ、ミスについて個人攻撃になることを心配しているスタッフもいて、ミスについての注意の仕方、また、スタッフからの訴えを聞くことについても心配が必要だと感じました。

(5) 報告を増やすためには…

では、どのようにすれば報告が増えると思うかを尋ねたところ、①報告後の医事課職員での情報の共有化、②短時間で書ける

簡素化した報告書の採用、③ミス再発を防止する取り組み（他職種との連携（業務についての協議の場）、院内、院外教育を受けること）があげられました。

院外教育は今年6月、大阪で日本病院学会主催の医師事務作業補助者コースを3名のクラークが受講しました。

院内教育は、昨年から看護部門が主催する月1回の勉強会に参加させてもらっています。

毎朝の朝礼でリスクを 議題の一つに

情報の共有では、毎朝の朝礼で必ずリスクの話題に時間を割いて、昨日起こった出来事についてクラークから話を聞き出し、共通性の話題となればみんなで協議しています（写真）。

院内メールで事前に話題を提供し、準備を整えます。患者からの声、医師からの指導や、看護師からの指導、また、コ・メディカルからの意見等、見た、聞いたことを話題にしています。さらに、医事課役職者が2週間に1度、1時間の時間で医事課会議を行っており、そこで2週間の間にどのような出来事があったのか、常に聞くようにしています。

写真 毎朝行う病棟クラークの朝礼



インシデント・アクシデントはすぐに解決できることばかりではありませんが、話しやすい環境の場を継続してスタッフに提供できることを目指し、よい風土を継続的に続けていくことが目標です。

書式の変更： 記入しやすいレポート様式

報告書の様式については、現在の様式が文章を記入する部分が多いこともあり、書く時間がないとの意見が多数ありました。今後、図9の様式を参考にレポート様式にし、レ点を入れることで簡潔に短い時間で書けるように書式変更を行うことを計画中です。

医事課にとって 医療安全のキーワード

- 1) 情報共有：情報を共有することで、いかに再発防止策を講じられるか
- 2) 他職種連携：医師、看護師、コ・メディカルから正しい情報を伝えてもらうこと、また、それができない場合にはこちらから指摘できることで、お互いに意見交換ができる関係をつくり、より向上できるようにスムーズな連携を目指すこと
- 3) 教育・常に学ぶ姿勢：医事課職員は常に医療について学ぶ習慣を継続して身につける必要があること

個人の業務のレベルアップ、知識向上により回避できるインシデント・アクシデントもあり、院内での教育プログラムの充実と院外の学会などに積極的に参加することができればと考えます。

図9 インシデント・アクシデントレポート

インシデント・アクシデント・レポート													
年 月 日 報告													
報告者 氏名	(省略可)												
担当者(上席者) 氏名	役職												
発生日時	年 月 日 () AM・PM 時 分												
発現場所	<input type="checkbox"/> 駐車場 <input type="checkbox"/> 外階段 <input type="checkbox"/> 玄関 <input type="checkbox"/> 待合室 <input type="checkbox"/> 受付 <input type="checkbox"/> 診察室 <input type="checkbox"/> 処置室 <input type="checkbox"/> 超音波室 <input type="checkbox"/> 内視鏡室 <input type="checkbox"/> 放射線室 <input type="checkbox"/> 集診室 <input type="checkbox"/> 心電図室 <input type="checkbox"/> 更衣室 <input type="checkbox"/> CT室 <input type="checkbox"/> 風呂場 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 階段 <input type="checkbox"/> 病室 <input type="checkbox"/> 廊下 <input type="checkbox"/> デイルーム <input type="checkbox"/> 事務室 <input type="checkbox"/> その他 ()												
薬物	<input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 静注 <input type="checkbox"/> 筋注 <input type="checkbox"/> 皮下注 <input type="checkbox"/> 皮内注 <input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 外用 <input type="checkbox"/> 麻薬 <input type="checkbox"/> その他 ()												
内容	<input type="checkbox"/> 処方・指示ミス <input type="checkbox"/> カルテ記入ミス <input type="checkbox"/> 誤飲剤 <input type="checkbox"/> 投与量 <input type="checkbox"/> 投与薬 <input type="checkbox"/> 投与時間 <input type="checkbox"/> 投与方法 <input type="checkbox"/> 投与忘れ <input type="checkbox"/> 人違い <input type="checkbox"/> 飲み忘れ・飲み違い <input type="checkbox"/> 点滴もれ <input type="checkbox"/> 点滴忘れ <input type="checkbox"/> 点滴速度 <input type="checkbox"/> 点滴順番 <input type="checkbox"/> 神経損傷 <input type="checkbox"/> 感染 <input type="checkbox"/> 副作用 <input type="checkbox"/> 機器の操作ミス <input type="checkbox"/> その他 ()												
検査	<input type="checkbox"/> 生検 <input type="checkbox"/> X線 <input type="checkbox"/> C.T <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> 内視鏡 <input type="checkbox"/> 採血・採尿 <input type="checkbox"/> 超音波 <input type="checkbox"/> その他 ()												
内容	<input type="checkbox"/> 人違い <input type="checkbox"/> 部位違い <input type="checkbox"/> 操作ミス <input type="checkbox"/> 実施忘れ <input type="checkbox"/> 損傷 <input type="checkbox"/> 器具・設備不具合 <input type="checkbox"/> その他 ()												
<input type="checkbox"/> 自己抜去 <input type="checkbox"/> 事故抜去	<input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> その他 ()												
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2">発生内容</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> <input type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> 転落 <input type="checkbox"/> その他 () </td> <td> <input type="checkbox"/> 診察時 <input type="checkbox"/> 検査時 <input type="checkbox"/> 自力歩行 <input type="checkbox"/> 補義具歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー <input type="checkbox"/> その他 () </td> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/> 診察拒否 <input type="checkbox"/> 電話応対トラブル <input type="checkbox"/> 患者間トラブル <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 自殺・自殺未遂 <input type="checkbox"/> 院内器具設備の破壊 <input type="checkbox"/> その他 () </td> <td> <input type="checkbox"/> 診察中トラブル <input type="checkbox"/> 盗難・紛失 <input type="checkbox"/> 窓口対トラブル <input type="checkbox"/> 無断離院 <input type="checkbox"/> 禁止品持ち込み <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 自傷 <input type="checkbox"/> 訪問者による乱暴 <input type="checkbox"/> その他 () </td> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/> 運配膳 <input type="checkbox"/> 誤配膳 <input type="checkbox"/> 誤指示 <input type="checkbox"/> 食物・飲み物を来院者にこぼした <input type="checkbox"/> その他 () </td> <td> <input type="checkbox"/> 未配膳 <input type="checkbox"/> 異物混入 <input type="checkbox"/> 食中毒 <input type="checkbox"/> 窒息・誤嚥 </td> </tr> <tr> <td> 生命危険度 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 低い <input type="checkbox"/> 可能性あり <input type="checkbox"/> 高い <input type="checkbox"/> 極めて高い <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他 () </td> <td></td> </tr> <tr> <td> 患者信頼度 <input type="checkbox"/> 損なわない <input type="checkbox"/> 余り損なわない <input type="checkbox"/> 少し損なう <input type="checkbox"/> 大きく損なう <input type="checkbox"/> その他 () </td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		発生内容		<input type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> 転落 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 診察時 <input type="checkbox"/> 検査時 <input type="checkbox"/> 自力歩行 <input type="checkbox"/> 補義具歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 診察拒否 <input type="checkbox"/> 電話応対トラブル <input type="checkbox"/> 患者間トラブル <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 自殺・自殺未遂 <input type="checkbox"/> 院内器具設備の破壊 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 診察中トラブル <input type="checkbox"/> 盗難・紛失 <input type="checkbox"/> 窓口対トラブル <input type="checkbox"/> 無断離院 <input type="checkbox"/> 禁止品持ち込み <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 自傷 <input type="checkbox"/> 訪問者による乱暴 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 運配膳 <input type="checkbox"/> 誤配膳 <input type="checkbox"/> 誤指示 <input type="checkbox"/> 食物・飲み物を来院者にこぼした <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 未配膳 <input type="checkbox"/> 異物混入 <input type="checkbox"/> 食中毒 <input type="checkbox"/> 窒息・誤嚥	生命危険度 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 低い <input type="checkbox"/> 可能性あり <input type="checkbox"/> 高い <input type="checkbox"/> 極めて高い <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他 ()		患者信頼度 <input type="checkbox"/> 損なわない <input type="checkbox"/> 余り損なわない <input type="checkbox"/> 少し損なう <input type="checkbox"/> 大きく損なう <input type="checkbox"/> その他 ()	
発生内容													
<input type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> 転落 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 診察時 <input type="checkbox"/> 検査時 <input type="checkbox"/> 自力歩行 <input type="checkbox"/> 補義具歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー <input type="checkbox"/> その他 ()												
<input type="checkbox"/> 診察拒否 <input type="checkbox"/> 電話応対トラブル <input type="checkbox"/> 患者間トラブル <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 自殺・自殺未遂 <input type="checkbox"/> 院内器具設備の破壊 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 診察中トラブル <input type="checkbox"/> 盗難・紛失 <input type="checkbox"/> 窓口対トラブル <input type="checkbox"/> 無断離院 <input type="checkbox"/> 禁止品持ち込み <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 自傷 <input type="checkbox"/> 訪問者による乱暴 <input type="checkbox"/> その他 ()												
<input type="checkbox"/> 運配膳 <input type="checkbox"/> 誤配膳 <input type="checkbox"/> 誤指示 <input type="checkbox"/> 食物・飲み物を来院者にこぼした <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 未配膳 <input type="checkbox"/> 異物混入 <input type="checkbox"/> 食中毒 <input type="checkbox"/> 窒息・誤嚥												
生命危険度 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 低い <input type="checkbox"/> 可能性あり <input type="checkbox"/> 高い <input type="checkbox"/> 極めて高い <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他 ()													
患者信頼度 <input type="checkbox"/> 損なわない <input type="checkbox"/> 余り損なわない <input type="checkbox"/> 少し損なう <input type="checkbox"/> 大きく損なう <input type="checkbox"/> その他 ()													
レポート詳細 《診療録、看護記録等にもとづく客観的な事実を記載すること》													
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> </table>													

日本医師会 医療従事者のための医療安全対策マニュアルより

まとめ

医療現場でクランクへの期待度は、今後ますます高まる傾向にあり、医療従事者として意識と能力をより一層向上させる必要があります。

「ミスは誰にでも起こり得る」「人はまちがえる」「言い出しやすい環境づくり」「聞くことの大切さ」を念頭に置き、報告が増えることにより再発防止対策につながり、患者を守り、職員を守り、経営を守ることになるでしょう。

常に慌ただしい医療現場では、いろんなリスクを抱えながら危険と隣り合わせで業務を行っています。ミスをしたいと思って

する人はいないはずですが、結果的にアクシデントが起こった場合には患者のみならず当事者を含め、全員が大変な思いをしなければなりません。それをできるだけ回避するべく医療従事者はリスクへの意識を高める重要性をいっそう認識する必要があります。医療機関に勤めている以上、事務職員といえども生命にかかわる仕事をしていると自覚するのは当たり前のことです。潜在的要因もできるだけ引き出し、少しでも経験したものをスタッフ全員で共有し、その中で見つけ出したよい方法を実践していくことが安全な医療サービスに結びつくと信じています。