

歯科医療現場におけるリスクマネジメント・マニュアル作成についての一考察 —リスクマネジメント教育を視野に入れて—

鈴木 温子

A Study of Risk Management Manual Making in the Dentistry Medical Care Spot —Put education about risk management in a field—

Atsuko SUZUKI

I. はじめに

日本における歯科の医療訴訟は医科に比べて割合としては少ないものの、医科同様年々上昇傾向にあるともいわれている。そこで、とくに調査の手が行き届きにくい個人開業歯科医院においては、医療事故として処理されないケアレスミスやヒヤリ・ハット事例がかなりあるのではないかと推測し、昨年度、本学科卒業生を対象にヒヤリ・ハット事例の調査を試みた。結果はほぼ予想通りで、96%以上の者がヒヤリ・ハット体験を持ち、そのうちの50%以上が4回以上体験していると答えていた。意外であったのは、そのリスクを回避するための必須条件の第1位に「危機管理意識の徹底（リスクマネジメント）」(図3)を挙げており、「院内コミュニケーション」をはるかに上回っていたことである。両者とも回避策として必須条件の双璧であると筆者は考えているが、リスクマネジメントの必要性をトップに挙げたということで、それだけ事態が逼迫している現状を垣間見る思いがしたのである。

昨年の調査結果をふまえ、今回は歯科医療現場におけるリスクマネジメント・マニュアルの必要性やその役割、またはリスクなども含めてその意義について考察を行なった。

II. リスクマネジメント・マニュアル作成のコンセプト

1. リスクマネジメント・マニュアルの必要性

平成12年8月22日に旧厚生省（現厚生労働省）は、リスクマネジメント・スタンダード・マニュアル作成委員会における5回の審議を経て、旧厚生省保健医療局国立病院部政策医療課名で「リスクマネジメントマニュアル作成指針」を公表した。この指針の第1「趣旨」には、「本指針は、国立病院、国立療養所及び国立高度専門医療センターにおける医療事故の発生防止対策及び医療事故発生時の対応方法について、国立病院等がマニュアルを作成する際の指針を示すことにより、各施設における医療事故防止体制の確立を促進し、もって適切かつ安全な医療の提供に資することを目的とする」と述べられている。したがって、医療事故の多発化に対応するためには、まずリスクマネジメントをきちんとすることが肝要であり、そのためにはマニュアルを作成することが必要であるとの方針をとくに国の管理する国立病院等について定めたものといえる。しかしながら、この思想は、国立病院等に限定して適用されるのではなく、当然のことながら、日本全国にあるさまざまな形態の病院・診療所についても適用されるべきものだと考える。なぜなら、医療の安全性を確

保することこそが、医療本来の目的である国民の健康の維持増進に資することになると思うからである。

2. マニュアルの意義

全国の私立病院のなかで赤字の病院は半数を越え、倒産する医療機関も年々増加している。人口当たりの病床数は、英国や米国の2倍、3倍であり、厚生労働省の試算では全国のベッドの5.8%にあたる7万5,000床が常時あまっているとのことである。一方で、「3時間待ちの3分診療」といわれるような患者が殺到する病院は、ごく一部にすぎず、待ち時間が2時間以上の施設はわずか6%にすぎないことが厚生労働省の調査で明らかになっている。要するに医療サービス業は、いまや構造不況業種そのものなのだという見方が一般化している。そして、医療過誤事件により病院の評判を落とせば、地域社会を基盤とする病院経営は、まさに危機的な状況とならざるをえない。

3. マニュアルの役割

マニュアルは、まず読まなければならない。読んで、書いてあるとおりに実行すること、これがマニュアルに基づく仕事のやり方になる。だから、マニュアル作成に際して、もっとも重要な点は、常にマニュアルを読むのは誰なのかということ、要するに「読み手」を意識して作成することにある。すなわち、難解な用語や表現を使用しないで、誰にでも分かる言葉を使用することが望ましいといえる。

マニュアルは、作業手順を示す場合と指示・命令を伝える場合とでその書き方・構成が当然違ってくる。しかし、マニュアルを作成する側が、適切な形で作業手順を示す意図で書いたとしても、読み手がそうしたマニュアル作成に際しての約束事を知っているとは限らない。そこで、作業手順を示す場合には、たとえば、

「次の作業手順に従って作業をしてください。文書の前の数字は、作業の順番を示しています。その順番どおりに作業を進めてください。

- ①患者さんの姓名をきちんと通る声で呼んで、本人であることを確認する
- ②診療台および周囲のインスツルメントの安全を確認してから高さの調整をする
- ③本日の診療内容を順番にわかりやすい言葉で説明する
- ④同意を得るとともに質問を受けつける
- ⑤……………」

というように手順ごとに文章に数字をふって示すことになる。

次に、指示・命令そして禁止・警告といった強い印象を読み手に与えなければならない場合には、作業指示文書の一番最初に、枠囲いの文書で活字を青または赤のゴシックにするなどの工夫をして、短い文書で書くことが望ましいとされている。

4. マニュアルの実践化

1) まずはよく読むこと

リスクマネジメントは、マニュアルをよく読み、そこに書かれていることを実行することにより、経営思想としてのリスクマネジメントの実践が図れる。そして、どうマニュアルが読まれ、実践されているかを定期的に監査することが必要となる。「さあ、マニュアルができました。ここにおいて置いておきますから、皆さんよく読んでください」では、何の役にも立たない。各部署ごとに、

2) いつでも書き込みできる

こうした観点から捉えると、マニュアルは決して「聖書」のように普遍性をもった文書ではない。作業手順に間違った記述が行われている可能性もあれば、指示・命令に適切さを欠くものも含まれている可能性もある。こうした点に常に疑問をもち、それを記録し、質問などで明らかにしていくことが、さらに使いやすいマニュアルを作成するために必要だと思われる。従って、マニュアルにはどんどんメモを書き込めるようある程度の余白を設けておくことが望まれる。

3) わかりやすい表現

マニュアルは、まず読むものであることから、読みやすく、分かりやすいものである必要がある。読みやすいということのなかには、たとえば、字体や字の大きさが含まれている。年齢の高い作業者にも不自由なく読める大きさの字が好ましいといえる。また、文書を瞬間的に見て、すぐに適切に理解できる程度の文書であることが望まれる。

4) マニュアル見直しのポイント

- ・危険についての警告が的確に行われているのか
- ・警告に従わないとどのような結果になるか書いてあるか
- ・警告文書のなかに説明や作業手順といった他の情報が混在していないか
- ・読みやすい文字の大きさと書かれているのか
- ・使用されている用語は、統一されているのか
- ・文書は、わかりやすいか
- ・読み手が判断に苦しむ表現を使用していないか
- ・作業手順に関する記述は、作業の順番を時系列にしてあるか

5) 避けたほうが望ましい表現の例

- ・「原則として」＝表現としてあいまいさが伴い、読む側に混乱を与える
- ・「適正な」「正しく」＝主観的な表現であり、なにが適正であり、正しいのか読む側は判断できない
- ・「速やかに」「しばらくしてから」＝主観的な表現であり、「その場ですぐに」「3日経過後」と具体的な指示にするのがよい

6. マニュアルの持つリスク

1) マニュアルに書いていないこと

マニュアルは、作業の手順やチェックポイントなど実務の流れのなかで注意を払うべき点や重要なポイントなどを作業のために説明し、作業の標準化を図るために用いられている。従って、マニュアルを作成するに際して想定されたことをもとにして書かれていることが多いといえる。一方、医療などの作業現場では、想定を超えたさまざまな事情が発生する場面が多々ある。このように予測を超えた事態が発生した場合、すなわち、マニュアルに書いていない事態に対して、どう対応するのか取り決めておくことが求められる。「マニュアルに記載していなかったから、対応しませんでした」という事態は、不作為と呼ばれ、仮に、この不作為（何もしなかったこと）で患者が死亡した場合には、医療機関として尽くすべき義務を尽くさなかったとして責任を問われることになる。マニュアルに書いていないことについては、「すぐに上司に報告し、指示を仰ぐ」などの一文をマ

マニュアルの表紙に大きく示しておくのも一案である。

2) マニュアルはリスクマネジメントの道具にすぎない

マニュアルは、経験的に学習してきたことや、マニュアル作成時までに組織内で暗黙のうちに取り決めてきたことやその時々話し合いで整理してきたことなどを体系化し、仕事の流れをより合理的にするためにも役立つ。また、事故を未然に防止するために適切な作業手順を確認し、実施するためにマニュアルは効果的な手法となる。従って、マニュアルを作成すること、マニュアルに書かれていることを実施することは、リスクマネジメントを実施していくうえできわめて重要な一歩であると考えられる。そして、リスクマネジメントでは、指針が意図しているマニュアルの役割を「リスク・コントロール」の一手法として位置づけることになる。リスク・コントロールとは、偶発的な損失発生のおそれを少なくするための意識的な行動のことをいう。要するに、マニュアルは、事故防止を実現するための一つの道具に過ぎない。この道具を使って、日常の業務から事故発生の可能性を出来るだけ軽減することが求められている。そして、ヒヤリ・ハット体験報告を収集し、分析評価し、どうすれば事故の防止対策とすることができるかを組織として検討を続けていくことが必要であると考えられる。

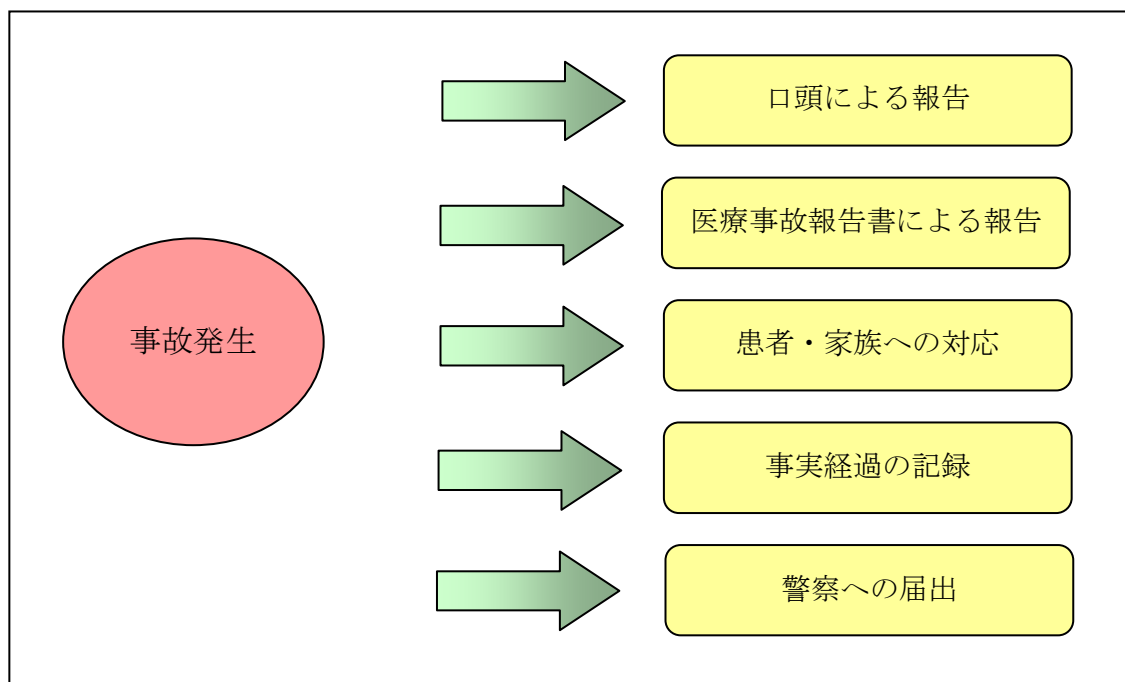
3) リスクの評価分析そして原因究明の徹底

日本病院会が1999年に約700の病院を対象に行った調査では、1年間に報告された医療事故やミスは未遂（ヒヤリ・ハット）を含んで約7万8,900件に達している。平均すると1病院で112件程度の事故が発生していることになる。これからは、これらの事故をマニュアルに従って報告することが求められる。そして、個々の事例について分析・評価を行い、改善策などの対応を行っていくことになるだろう。

大事故は、ある日突然なんの前触れもなく発生するという事はない。気に留める必要もないだろうと思われる些細な事故が、大事故の引き金となることはよくあることである。ここでいう些細な事故とは、「ヒヤリ」としたり「ハッ」としたりしたニアミスの状況、具体的な被害は発生しなかったもののもう少しで事故になったかもしれないといった状況を含んでいる。こうした事例を、事故にならなかったから「ああよかった」と胸をなでおろして、「ほっと」してそれでおしまいとするだけであったならば、なぜそのような状況が発生したのか、どのような状況だったのか、どうして最悪の事態が回避できたのかといった重要な情報が組織内に伝達されることなく、単に個人的体験として風化されてしまう。だから、こうした情報を記録し、分析し、どう改善するのかといった評価を加える作業を組織として地道に繰り返し、積み重ねていくことが求められることになる。いわゆるインシデント情報と呼ばれる「ヒヤリ・ハット」事例は、報告する側の積極的な協力姿勢を喚起しなければ収集することはできない。そこで、「ヒヤリ・ハット」事例は、人事考課に反映させないとか、いわゆる上層部と現場との関係が風通しのいい環境を実現することが肝要になってくる。

医療過誤は、原因がどのようなことにあれ、引き起こされた結果は、人の生命に直結することになる。従って、事故そのものの重大性は社会的にも深刻な影響を及ぼすことになる。それに加えて、どのように対処するのか如何によっては、医療機関という組織の存続に関わる危機的な状況が発生しかねない。事故が発生した場合には、早急に原因を含めた事実関係を明らかにし、責任主体としてどのような対応そして改善を行うのかを含めて社会的に公表することが必要であると思われる。

図1：医療事故発生時の対応の基本的概念



<医療過誤に関して知っておくべき基本知識>

- 医療に関する法律は、医師法、歯科医師法を始め、健康保険法など、多種にわたっており、いわゆる医事法として総括される。しかし、これらの法律は医療の枠組みを規制するもので、医療行為そのものに関する法律ではない。
- 医学教育でも、医療概論など法律を取り上げる講義内容は医事法にとどまっており、医療そのものの法律について臨床に即した教育は行われていない。そのような教育しか受けていない医師や歯科医師は、実際の臨床において、法律を意識することなく診療を行ってきた。
- しかし、昭和50年代後半になると、医療過誤訴訟について、最高裁は下級審の判決を覆し、医療側に厳しい判断を立て続けに下すようになってきた。すなわち、裁判での判断には厳密な科学（医学）的な証明を要しない、薬剤の添付書の記載に反した場合には患者の不利益な結果について医療側の責任にするなど、医療側にとって厳しい規範を示した。その後、下級審の判決に大きな影響を与えるようになった。
- 医療過誤訴訟があまりに患者側に不利であるとの認識は、これまで、ドイツやアメリカなどでもあり、これらの国々でも同様に、患者の不利を是正する傾向がみられている。今日では、日本も世界的にみても医師に厳しい裁判になりつつあるといえることができる。そして、医療関係者は、医療過誤訴訟は限られた当事者の対応の問題であると受け取っていたが、自分も当事者になるかもしれないことを自覚し始めている。最近では、医療過誤として訴えられる診療は、医療側から見ても明らかな過失と考えにくい場合も多い。しかし、訴訟での判断は、あくまで法的判断であり、客観的な医学判断がすべてではなく、医師の鑑定結果に反して法的判断を下すことができる。
- 一般に医療過誤を訴えた訴訟で、その判断の基準となるのは、患者からの損害賠償訴訟であれば民法、刑事訴訟法での中心は刑法となる。これまで、医療過誤は、患者からの訴訟がほとんどで、刑事事件になることは稀であったが、最近では、死亡、あるいは重篤な合併症がある場合には、

直ちに業務上過失として立件されるようになってきた。判決にまで至る事例の多くは、医療側に明らかな非がないとの判断や患者の訴える損傷の原因が不明である場合、治療は正当に行われたが患者への説明義務を問われる場合などである。

- こうした訴訟事例では、医療側は当然裁判所が患者側の要求を退けるものと判断して、あえて和解せず裁判での決着を選んでいる。しかし、医療側の確信に反し、敗訴となることが多くなってきた。その原因として、医療における判断や理論と法律における判断と理論が背反することがあげられる。
- これまでは、医師の医療裁量権が広く認められ、患者への説明を「ムンテラ」ですまされてきた。しかし、患者の人権意識が高まるとともに、こうしたパターンリズムは否定されるようになり、患者への説明不備による損害賠償が裁判で認められるようになってきたのである。
- 最近の訴訟の特徴としては、患者の医療に対する考え方の変化に医療関係者が対応できていないことがあげられよう。自己決定権、説明義務、セカンドオピニオンなどの用語が示すものは、患者が自分自身で判断して施術を選びたいということにほかならない。これらに配慮しなければ、医療側が、最善と思われる方法を選び過失なく施術し、その結果が医療的に成功したとしても、患者が医師を訴えることもある。また、安楽死を含めた末期医療、薬剤の副作用への対処、周産期を含めた救急体制の遅れ、など、臨床の現場に居合わせた医師だけでは対応しきれない問題もある。さらに脳死臓器移植、不妊治療、クローン人間を含むヒト細胞の取扱い、遺伝子治療といった最先端医療では、そのための法律が制定されてはいるが、その臨床では新たな紛争の発生も予想される。
- つまり、初歩的なミスの防止、そして生じてしまった事故への対応などのリスクマネジメントだけでは、医療に対する不信を拭い去ることは出来ず、深い倫理観に基づいた法律知識を臨床医が理解しなければならない時代になった。

Ⅲ. 歯科領域におけるリスクマネジメント・マニュアル作成時の留意点

1. 歯科領域においてとくに検証すべき項目

A. 診療室の環境

(標準：環境は交差感染をおこさないように維持されている)

- 1) すべての場所が清掃されていてゴミがないこと (清掃スケジュールが提示されている)
- 2) 診療室は、清掃されて散らかっていないこと
- 3) 滅菌物は床より上(30 cm以上)に保管されていること
- 4) デンタルチェアは、清拭されて、手入れが行き届いていること
- 5) すべての表面 (外観) が清拭されていること
- 6) 流し場は、清潔で周辺に医療器具が保管されていないこと
- 7) おもちゃ類は、清拭または清浄され手入れされていること
- 8) スタッフの着替えができる設備があること
- 9) スタッフ専用のトイレ、手洗いが設備されていること

B. 鋭利物取扱いと処理

(標準：鋭利物は、針刺し切創事故が絶対に起きないように安全に取り扱う)

- 1) 鋭利物廃棄容器は、ブリティッシュスタンダードに適合した容器であること

- 2) 鋭利物廃棄容器は、鋭利物を3分の2以上入れていないこと
- 3) 廃棄容器から鋭利物が飛び出していないこと
- 4) 鋭利物廃棄容器は、満杯（3分の2以上）になる前に集められていること
- 5) 鋭利物廃棄容器は、使用部署とサインが明記されていること（ラベルに記載されている）
- 6) 鋭利物は、使用後直ちに使用した本人がその場で直接廃棄容器に処理していること
- 7) スタッフは、針刺し切創事故などが発生したらどのように対処（報告・応急処置）するのか熟知していること
- 8) 鋭利物廃棄容器は、子供・訪問者の手の届かないところに保管されていること
- 9) 歯科用注射器など鋭利な器具の取扱いは、事故が起きないようにトレーニングされていること

C. 手の衛生・手洗い

（標準：手の衛生・手洗いは、交差感染のリスクを軽減させる）

- 1) 手洗い設備には、液体石鹸が準備されていること
- 2) 手洗い設備には、ペーパータオルが準備されていること
- 3) 手洗い設備にネイルブラシが必要に応じて使用できるよう配備されていること
- 4) 手洗い設備は、アクセスのよい場所に配置されていること
- 5) 手洗い専用シンクで器具・機械類の清浄はしていないこと
- 6) シンク（流し台）は、飲料に適した水（常水）が出ること
- 7) スタッフは、手洗いのテクニックを指導できること
- 8) スタッフは、宝石のついた指輪および時計をしていないこと
- 9) 手洗いの設備は、湯と水が出て温度が自由に調節できる混合栓が設備されていること

歯科医療現場において感染予防対策をすべてのスタッフに実行してもらうためには、口頭ではなく、前述してきたような明文化されたマニュアルが必要不可欠であることは言うまでもない。その上で、感染予防対策がマニュアルに沿って正しく実施されているかどうかを監視・検証・記録すれば、その診療所に特有の問題点を把握することが出来るはずである（オーデットまたは内部監査という）。

オーデット項目には、主に上記A～Cセクションが考えられるが、ここでは、昨年筆者が行なったヒヤリハット調査結果でも多かった「針刺し事故」（B. 鋭利物取扱いと処理）を取り上げ、リスクマネジメント・マニュアル作成に向けて一考した。

2. 針刺し切創事故

前述2の事項を守っていても、なかなか防げないのが針刺し事故である。歯科医療従事者によるウイルス性肝炎の患者さんの注射針を誤って刺してしまう事故（あるいはメスを刺してしまう事故）は、現在もなおよくみられる事例である。歯科領域における針刺し切創事故には、浸潤麻酔や伝達麻酔針、あるいは翼状針や留置針のみならず、先端の鋭利な器具で起こる事故はすべて含まれている。何故なら、非常に内径の小さな針よりも、むしろ血液が大量に付着した手用スケーラーの方が感染のリスクが高いからだと思われる。現場の歯科医師や歯科衛生士は勿論のことであるが、実習生のような初心者にはとくに注意が必要である。

1) 歯科医療従事者の保護の基本

歯科医療従事者の保護の基本は患者間の交差感染防止の場合と同様である。すなわち、①手洗い、②うがい、③手袋・プラスチックエプロン・マスク・ゴーグルの装着、に関する正しい知識と実行である。

また、回転切削器具や超音波スケーラーから発生するエアロゾルの飛散防止には、口腔外バキュームの設置が理想的だろう。ゴーグルやシールドに付着する水滴が格段に減少することから、感染対策の側面のみならず、視界の確保になる治療の効率化にも有効であると思われる。

2) 針刺し切創事故によって問題となる病原体

表1：針刺し切創事故によって健康被害を生じる病原体

針刺し切創事故によって健康被害を生じる病原体の主なものを表1に示す。ユニバーサルプレコーション（すべての患者の体液・排泄物を感染の可能性のあるものとして取り扱う）の考えに基づくと、針刺しによってまったく未知の病原体に感染する可能性があることも忘れてはならない。

B型肝炎ウイルス（HBV）
C型肝炎ウイルス（HCV）
ヒト免疫不全ウイルス（HIV）
成人T細胞白血球ウイルス（HTLV）
梅毒トレポネーマ
クロイツフェルト・ヤコブ病（CLD）

3. 針刺し事故防止対策

血液・体液暴露事故のなかで特に問題になるのが針刺し事故であることは言うまでもない。注射針は中空針であるため、血液が体内に挿入されやすい。以下、針刺し事故防止対策、針刺し事故発生後の管理について具体的に示す。

針刺し事故感染率	
B型肝炎	30%
C型肝炎	3%
HIV	0.3%

1) 針の取り扱い方法の原則

針刺し事故の防止対策としてもっとも基本的なことは、針を使用した使用者がその場で使用した針を針捨てボックスに捨てることである。針の取り扱いの大原則を表2に示す。

表2：針の取扱い原則

- ①針を含めて鋭利物は、使用未使用に関わらず、感染性廃棄物である
- ②針を持って歩いてはいけない
- ③針を人に手渡してはならない
- ④針をリキャップしてはならない
- ⑤使用済みの針はその場で責任を持って、使用者自身で、耐貫通性の針捨てボックスに廃棄しなければならない
- ※リーマー、ファイル、バー、ポイント類、ブローチ、クレンザーなどを含む

しかし、実際は多くの歯科診療室で歯科用チェアごとに針捨てボックスを配置する所はめずらしい。また、浸潤麻酔は追加する場合があるので、その場で針を廃棄することに抵抗のある方も多い

かも知れない。そこで、どうしてもリキャップしなければならない場合には、最低限ワンハンドテクニックを用いてリキャップすることを勧める（写真1）。そのためにも、それらの方法を全てのスタッフが習熟し、徹底することが必要であると考える。

写真1：ワンハンドテクニック



2) 針捨てボックス

使用後の針はすぐに針刺しボックスに廃棄することが、針刺し事故を防止する近道である。以下に針捨てボックスの所要条件を示す。（表3）

表3：針捨てボックスの所要条件

<ul style="list-style-type: none">①耐貫通性のプラスチック容器であること②そのまま焼却することから、塩素を含まないプラスチックであること③手に持って歩くことも考慮して、大きすぎないこと④転倒しても内容物が外に出ない構造であること⑤針をひっかけて、左右に軽く振って針だけ取り外せる構造も加味していること⑥使用中に封ができること⑦底や側面からの漏れがない構造であること⑧目立つ色で入れ過ぎ防止メッセージが記載されていること⑨バイオハザードマークがついていること⑩安価であること
--

3) 針捨てボックスの管理

針捨てボックスの管理については、以下のような注意が必要であると思われる。

- ①使用中に倒れないように管理する
- ②75%程度まで入ったら、封をして交換する
- ③設置場所は針を取り扱う場所の近くに設置する（針捨てボックスは使用済みの針以外にも鋭利物（ファイルやバー類など）に対しても必要）



写真2：針捨てボックス

4. 針刺し切創事故発生時の対応

1) 針刺し切創事故を起こした直後の対応

肝心なことはまず、大量の流水で洗い流すことと消毒である。そして、感染源患者の情報と受傷者の採血である。できれば、感染源患者の採血も行う。針刺し時点でのベースを知ることが大変重要である。

表4：針刺し事故発生時の対応

<p>①受傷後直ちに（血液を押し出し）、大量の水で洗浄する。石鹸を使って汚れをよく落とすことも次の消毒効果を高めるのに大切である。切創の場合は、創部に対するブラッシングを行うとよい。</p> <p>②次亜塩素酸ナトリウム液0.2～1%、または、ポピドンヨード液1～10%に3～5分間創部を浸す。</p> <p>③感染源患者の氏名、ID、病名、ウイルスマーカーなどをメモして、院長に事故の状況を報告・記録をする。この報告・記録は、後の労災保険手続き上、欠くことのできないステップである。ユニバーサルプレコーションの考え方を基本として、すべての事故が直ちに報告されるべきである。（現行ではウイルスマーカー陽性者に対する事故のみが報告される傾向にある）</p> <p>④受傷直後に採血し、受傷者本人の血中ウイルスマーカー、肝機能のチェックを行う。この検査は、その後の定期検査のデータを判別する上で必須である。</p>

針刺し切創事故などが発生した時には、患者の感染症の有無に関わらず、すべての事故の正確な記録を作成し、歯科医院の担当責任者（院長）に報告する。事故発生場所の他に、患者の感染性、受傷部位、原因器具、事故発生時の状況などが正確に把握できることが必要である。記入が容易で、あとから事故原因が追究でき、防止対策にいかせる報告書を使用することが望ましい。また、事故直後の抗体検査や殺傷予防処置、フォローアップなどが必要となるが、スタッフの検査有無やその結果については秘密を守る義務がある。個人情報保護に配慮し、責任者体系を明確にした報告システムを構築することが望ましい。

2) とくに注意の必要なウイルス

以下のウイルスは、感染したことが疑われてからの時間がその予後を大きく左右する点で注意が必要である。これらの対応を行うには、きちんとしたマニュアルの整備や歯科医師とスタッフとの密接な連携が欠かせない。個人的な対応が困難であれば、医師会や歯科医師会との連携が必要となるだろう。

HI V：感染源者から明らかにHI V感染者である場合もしくは、HI Vに感染していることが非常に濃厚な場合には、拠点医療機関に連絡し、担当者の指示に従って、2時間以内に抗HI V薬を服用する。

HB V：感染源者がキャリアでかつ受傷者が抗体を持っていない場合には、48時間以内に免疫グロブリンを投与する。

5. 血液・体液暴露事故と歯科医院の組織的対応

多くの病院では、病院が組織として感染予防対策を行っているが、一方、多くの歯科医院ではスタッフが少なく、医院単独で感染予防対策を講じるのが困難な場合もあると思われる。針刺し事故を含む血液・体液暴露事故への対応もその一つである。事故発生時の迅速な対応、その後の適切な処置はスタッフの健康を守る上で非常に重要である。そこで、各歯科医院はそれぞれの地域での歯科医師会、歯科衛生士会、歯科技工士会が中心となり、医師会や病院とタイアップした血液・体液暴露事故に対応する組織を構築すれば、確実により効率的な検査・治療を行うことができる。静岡県内の歯科医師会と地元の総合病院との病診連携は徐々に構築されつつある。

1) 患者の受け入れと守秘義務

歯科医師は応召義務を有しているので、単に患者が血液の暴露によって感染する感染症を有しているからといって診療を拒否することはできない（歯科医師法19条1項）。正しい標準予防対策（医療水準）を行い、歯科医療機関に来院するすべての患者の感染症有無に関わらず同様に診療し、同様の治療を提供する体制を確立することが重要である。

歯科医療従事者は業務上知り得た患者の秘密を守る義務がある（刑法）。得られた情報の一部であっても、患者の許可を得ずに親類を含む任意の第三者に公表できない。とくに一般人の偏見や差別あるいは興味対象となっていく感染症や遺伝性疾患などについての情報を安易に漏洩してはならない。患者の個人情報カルテのような文章だけでなく、コンピュータにデータベース化されて保存されていることが多い。このような場合、データベースにアクセスできる人間を制限するなどの患者情報のセキュリティに対する責任を負っている。歯科医師や歯科衛生士に限らず、歯科医療従事者は、守秘義務を正確に理解し実行することが必要である。

2) 感染している歯科医療従事者

自分自身が血液媒介ウイルスなどに感染した可能性がある判断される歯科医療従事者は、倫理的に必要な血液検査などを受ける責任がある。もし感染していることが判明したら、適切な医療処置を受けるとともに、自分自身が医療を提供することに関して第三者からカウンセリングを受ける必要がある。場合によってこれまで行なってきた歯科医療行為を制限することを要求される。それには、自分自身の血液を患者やスタッフに暴露させやすい歯科医療行為は止めることが含まれる。図2、図3は、筆者が昨年実施した調査結果である。ヒヤリ・ハット事例は、自院での予防標識または潜在リスク認識として組織全体で重く受け止め、同じ愚行を繰り返さない感性と智慧を一人一人が持つべきであると考え（調査結果については前回分析済み）。

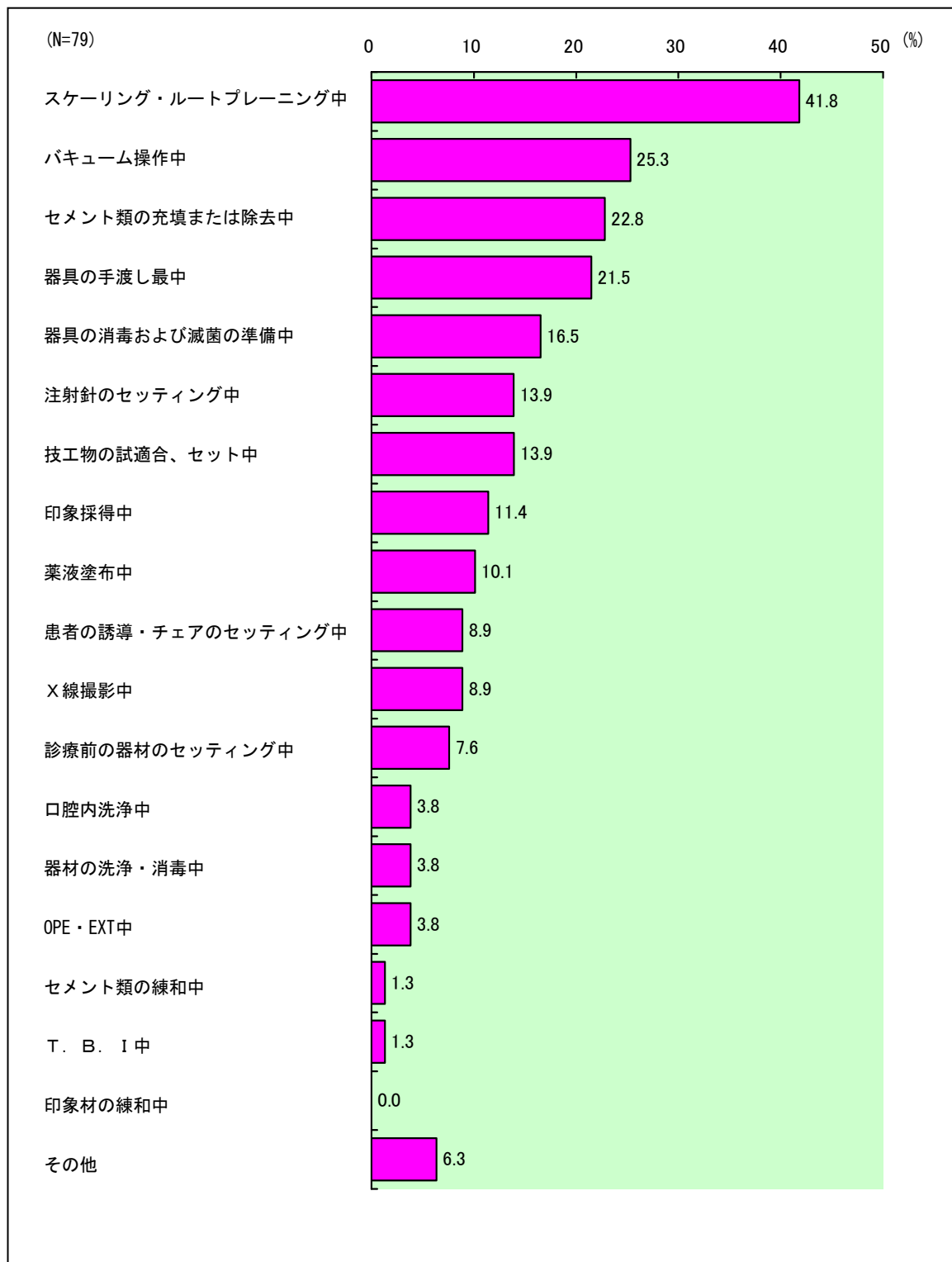


図 2 : ヒヤリ・ハット体験 (本学科を卒業した歯科衛生士対象)

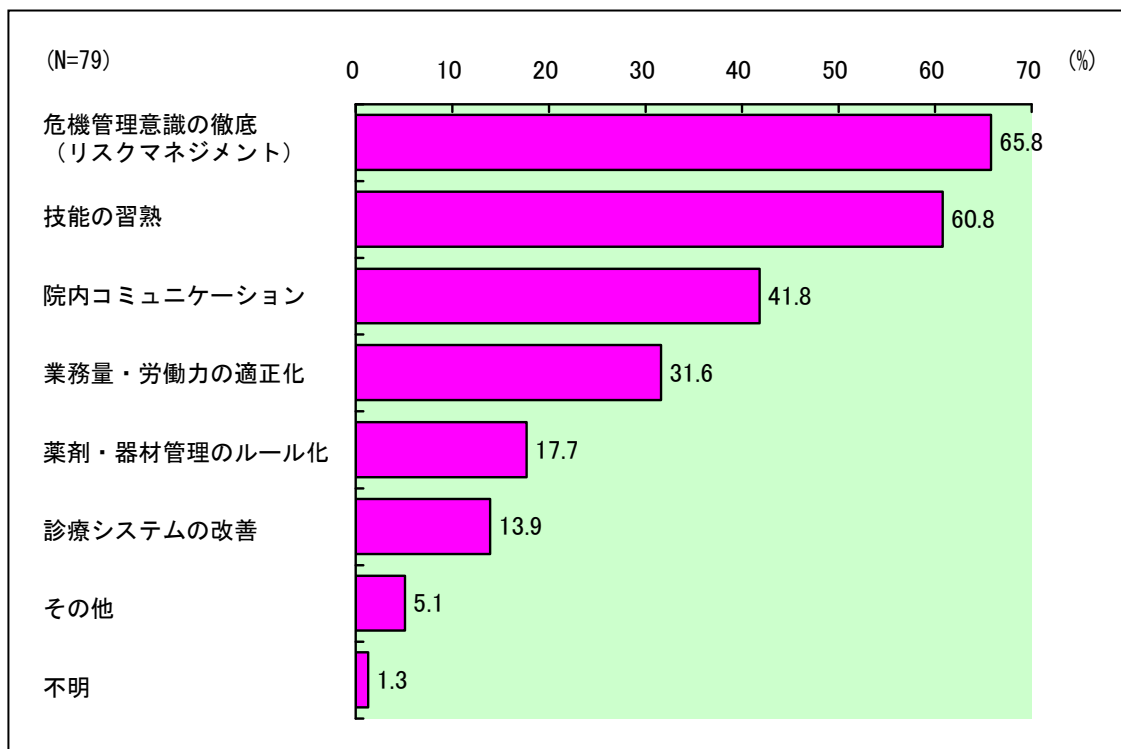


図3：リスク回避策（本学科を卒業した歯科衛生士対象）

IV. 考 察

一般に危機管理とリスクマネジメントは同義語として用いられることが多いが、本来は、危機管理（クライスマネジメント）は実際に発生した緊急事態に対処し、組織や資産の確保や損失の軽減を図る一連のプロセスであり、一方リスクマネジメント（危機管理）は事故や危機が起きないように対処して、リスクの影響から組織や資産を守るための一連のプロセスをいう。ここでは双方を包括した総合的なリスクマネジメントとして捉えた。

一般的なリスクマネジメントの目的は、事故や危機が起らないよう対処することを示すが、歯科医療の場合には以下の2点に集約されると思われる。

- 1) 歯科医療の質を確保すること = 主に患者を損失から守ること
- 2) 歯科医療機関を社会的損失や経済的損失などから守ること

リスクマネジメントのプロセスについては、

①リスクの把握

事故やミス、トラブルの発生のためには、歯科医療が抱えるリスクを把握する必要がある。その方法としては、報告書（レポートシステム）やスタッフミーティング、カルテチェック、患者との会話や満足度調査などが挙げられる。

②リスクの分析

上記①による事例の収集やデータの集計から、問題点を明確にして防止策を検討する必要がある。そのためにはスタッフも含めた自己分析が必要であり、さらに各歯科医院で共通するリスクについては、より客観的かつ専門的な分析（大学・研究機関などによる）が不可欠となると考える。

③対処法や防止策を決める

それぞれのリスクに対して、予防や防止、緊急対応のためのマニュアルやガイドラインを作成す

る。その内容は、それぞれの歯科医院の現状によって異なるであろうが、実施可能なものであるべきであり、何をするのか(プログラム)、どのように行うのか(システム)、何を使って行うのか(ツール)、について明確にする必要があると思われる。

④対処法や防止策の実施と評価

決定した対策は確実に実施することが重要であるが、それ以降もマニュアルのためのマニュアルになっていないか、努力目標になっていないか、高水準過ぎないか、などの評価をして、だめなら改めるなどの柔軟な対応を執るべきである。

マニュアルは、本来経験的に学習してきたことやマニュアル作成時までに組織内で暗黙のうちに取り決めてきたこと、またその時々話し合いで整理してきたことなどを体系化し、仕事の流れをより合理的にするためにも役立つものである。しかし、リスクマネジメントに関してはマニュアルを作成するだけでは実現できるものではないと考えている。そこに書かれていることを実際に実行してはじめて経営思想としてのリスクマネジメントの実践が図れるものだと考える。そのことをふまえ、リスクマネジメント・マニュアルとは、あくまでマニュアル作成のコンセプトを念頭に入れて作成することが重要となり、また、定期的に内容を見直し、定期的に再作成すべきものであることを再認識した。

V. おわりに

歯科医療現場で活躍する歯科衛生士は、歯科医師を含めた院内スタッフ全員のリスクに対する意識改革の必要性を訴えている。そのためにはすべての面において、院長（歯科医師）を含めたスタッフ間のコミュニケーションを常に図っておくことが最も重要だと指摘している。「歯科医師である院長に院長自身のミスを指摘することができず、ギリギリまで待ってから言うことが多い。言っても言わなくても激怒される」、「歯科医師が常に頼りになるとは限らない」など、少々の不満分子も見られたが、「まず第一に患者さんの安全を確保し、歯科医師やスタッフと協力して事故につながらないようにする。自分ひとりでは絶対判断せず、周囲のスタッフから指示をもらうなどするとスムーズに行く。その日の診療の中で、『こういうヒヤリとしたことがあった』とスタッフ同士で報告し合ったり情報交換することが、その後のリスク回避に大きく影響する」などの発展的な回等がほとんどであった。

従来の院長（歯科医師・経営者）傲慢な姿勢やものの考え方からは、どのような発展性も期待することはできない。むしろ、組織内の硬直化、対立を生む結果となり、事態の悪化を促進することになりかねない。医歯学会の権威主義構造は、病院という組織のなかでも院長を司令塔とするピラミッド構造を形成しがちである。医師の傲慢な姿勢が現在においてももしあるとしたら、スタッフのみにとどまらず、患者との会話を拒み、患者が伝えようとしている情報を拒否し、正しい判断を阻むことになりかねない。また、たとえば、薬のもつ有用性と副作用や手術の必要性和危険性といった患者に対して伝えるべきさまざまな情報を患者に正しく明確に伝え、適切な形でのインフォームド・コンセントを患者から求めるためにも、患者、医師、スタッフとの関係を対等なレベルに維持することが必要なことであると考えられる。まずは歯科医師の側から徹底した意識改革を行うことが、リスク回避のために最も重要なポイントといえないだろうか。医療者として技能の習熟を図ることは当然のこととして、歯科衛生士の挙げた「危機管理意識の徹底（リスクマネジメント）」や「院内コミュニケーションを図る」（図3）は、両者とも回避策として必須条件の双璧であると考えている。

引用・参考文献

- 1) 医事紛争入門、平沼 高明（労働基準調査会）
- 2) 医療と法、塚本 泰司、尚学社
- 3) 歯科医療倫理 Q&A、大井 賢一・木坂 昌知、太陽出版
- 4) 東京都感染症マニュアル改訂版、東京都健康局医療サービス部感染症対策科編
- 5) 歯科医療における感染予防対策と滅菌・消毒・洗浄、I C H G研究会編、医歯薬出版
- 6) 医療で求められるリーガルマインド、加藤仁資、医歯薬出版
- 7) 歯科医師のための法によるリスクマネジメント、稲葉一人、医歯薬出版
- 8) 臓器の移植に関する法律・医師法・歯科医師法
- 9) 最高裁判例・高裁判例・地裁判例