

グループのプロダクト記録(KJ法による問題点の抽出)

1班 No.1

テーマ : なぜ医療事故は起こるのか

1. 医療行為者

- ・未熟な医師が多いため
- ・責任感がない
- ・注意深さが足りない
- ・医療者の「人の命を預かっている」という認識の欠如
- ・勉強不足
- ・毎日同じような仕事をしているという慣れから気が緩む
- ・説明不足(1人で解決しようとする)

2. 医療従事者間の連携

- ・医療チームのコミュニケーション不足
- ・勉強不足

3. 医療管理機関

- ・医師免許が剥奪されるケースがほとんどない ミスを犯しても医師会などに届け出る義務が課されていない
- ・医療ミスを調査する機構があまりない 開業医では尚更ミスをした医師を処罰する体制ができていない
- ・事前に事故、ミスを防ぐ為の防止策が徹底されていない

4. 教育

- ・医療教育の問題
- ・医療の情報量の増加
- ・教育の段階において、パターンリズムに陥りやすい状況がある

5. 患者

- ・患者が治療を医療者に任せすぎているから
- ・医療にかかる必要のある人が増えたからミスも増えた

6. 病院内の環境

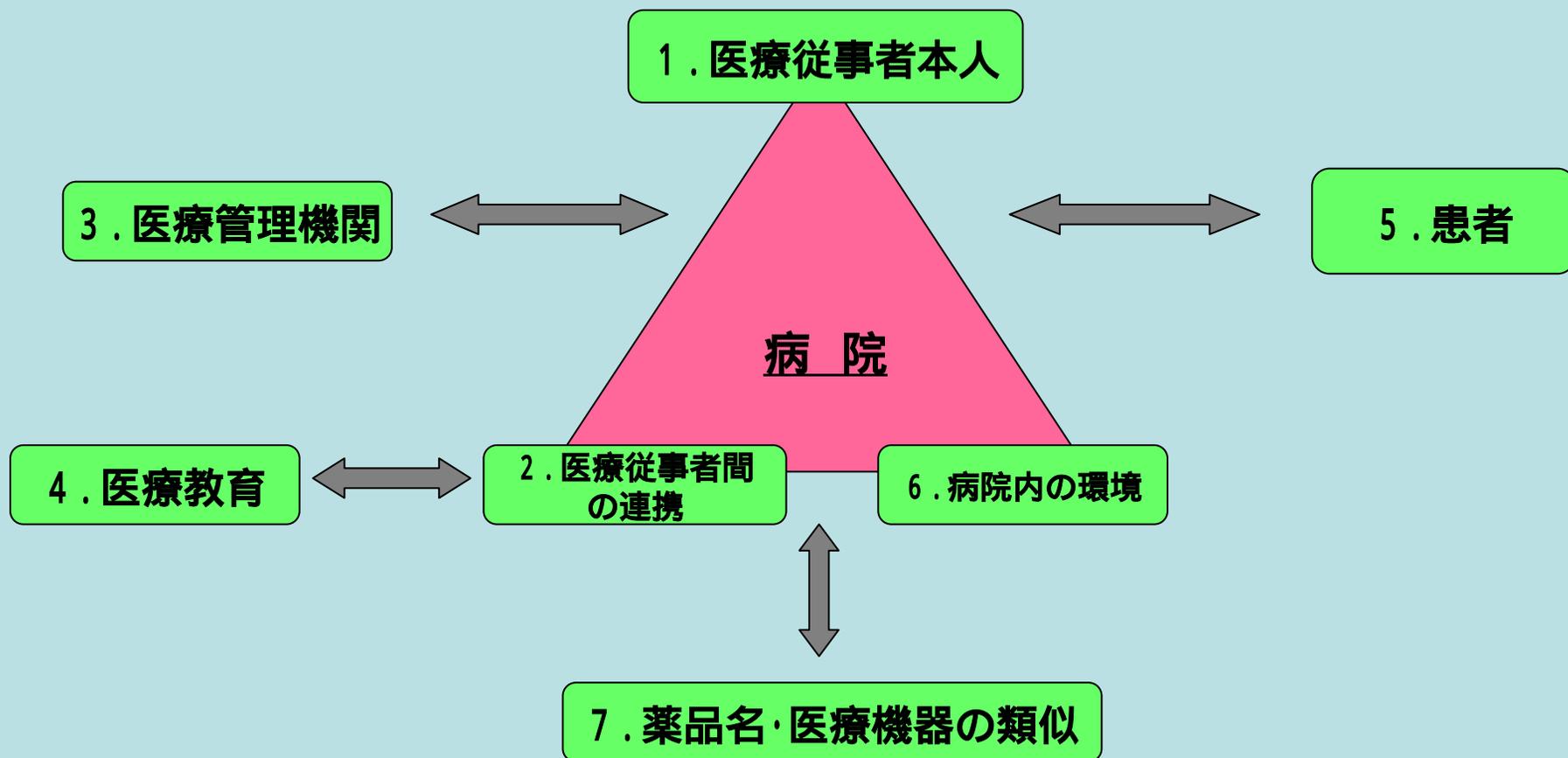
- ・人員不足
- ・連続勤務による疲れからくる判断ミス
- ・医療システムが煩雑になった
- ・病院内の医療過誤防止策の不備
- ・少しの手違いも気付かない環境にあるため
- ・患者を最優先にしていない
- ・毎日同じような仕事をしているという慣れから気が緩む

7. 薬品名・医療器具の類似

グループのプロダクト記録(KJ法による問題点の抽出)

1班 No.2

テーマ：なぜ医療事故は起こるのか



グループのプロダクト記録(KJ法による問題点の解決策)

1班 No.3

テーマ：なぜ医療事故は起こるのか

1. 医療従事者本人

教育と環境

医療従事者の一定水準を保つ管理制度をつくる

2. 医療従事者間の連携

チーム医療、コミュニケーションの徹底

3. 医療管理機関

医療ミスを起こした人への処罰の強化

1 - と同様

4. 教育

1と同様

5. 患者

脱パターンリズム

セカンドオピニオンを積極的に受け入れる

6. 病院内の環境

互いにスタッフ間で監視の眼を向ける

昇級制度の改善

7. 薬品名・医療器具の類似

複数のスタッフ間のコミュニケーションによるチェック

グループのプロダクト記録(KJ法による問題点の抽出)

2班 No.1

テーマ：なぜ医療事故は起こるのか

< 法律の問題 >

過失に対する罰が軽い

< 患者さんとのコミュニケーション不足 >

- ・患者とうまくコミュニケーションが出来ていない
- ・治療内容を患者自身が知らないから違うことをされているのに気付かない
- ・患者の病歴をよくわかっていない

< 病院全体の連絡ミス >

- ・外来の時に内科で受診したのに手術は外科で受ける
- ・病院内の協力関係の少なさ
- ・症状の似ている患者が近くにいるから
- ・担当医と実際に手術する教授の連絡不足
- ・取り違いが起こるのはきちんとチェックしていないから

< 医療従事者の数の不足 >

- ・人手不足
- ・医療従事者が少ない
- ・医師、看護師の数が不足している
- ・1人につく患者数の多さ

< 事故防止システムが普及していない >

医療事故防止システムの普及が徹底していないため

< 医療事故の表面化 >

- ・医療の実態のやや透明化
- ・医療事故がよく調査されるようになった

< 病院の経営 >

- ・患者数をかせぐために気があせるから

< 医師と看護師の過労 >

- ・医師の仕事が大変なので過労で集中が一時的にできなくなる
- ・業務が多すぎて1つ1つの確認が曖昧になる
- ・研修医の仕事が多忙すぎる
- ・労働時間が長い
- ・看護師の過労
- ・医師の過労

< 機械の複雑化 >

- ・機器の指導が行き届いてない
- ・機械化
- ・機械操作の複雑さ

< 医療従事者の怠慢 >

- ・慣れによる確認の怠り
- ・医師の怠慢

< チームの中での連絡ミス >

- ・勤務交替の時間になり情報伝達ミスが起こる
- ・医療者同志の連絡ミス
- ・たくさんの人で1人の患者さんを見るから

< 医療従事者の知識、技術、経験の不足 >

- ・病気に対しての知識不足
- ・能力(知識)不足の職員がいる
- ・未熟医が研修する

グループのプロダクト記録(KJ法による問題点の解決策)

2班 No.3 - 1

テーマ : なぜ医療事故は起こるのか

- | | | |
|------------------------------|---|--|
| <u>1. 医療従事者の数の不足</u> | → | 病院の統廃合・・・病院数の見直し、各地にちらばるようにする
分業化(業務の整理)・・・トイレやお風呂など細かいものに対して
ヘルパー、ボランティアに依頼 |
| <u>2. 医師と看護師の過労</u> | → | 労働時間を制限 ・勤務体制の確立 |
| <u>3. 忙しくて時間がない</u> | → | 医療従事者の不足を補う |
| <u>4. 医療従事者の怠慢</u> | → | 患者に対してアンケートをとる ・ 監視システム、能力給にする |
| <u>5. 知識不足</u> | → | 講習会参加の義務化 ・ 働きながら学べる教育システムの構築
免許更新制を取り入れる |
| <u>6. チーム内連絡ミス、病院全体の連絡ミス</u> | → | 情報管理システムの導入促進(病院間)
情報の共有化(ex 電子カルテ、わかりやすい記述にする)
違う人が繰り返しチェック ・ 医療チーム内の協調性を |
| <u>7. 法律</u> | → | 医師免許の更新 ⇔ (抜き打ちで一定期間ごとに)
悪質なものに対する刑罰を重くする |

グループのプロダクト記録(KJ法による問題点の解決策)

2班 No.3 - 2

テーマ : なぜ医療事故は起こるのか

8. 事故防止システムが普及していない → 導入を促進するために国や自治体の協力を！
9. 機械の複雑化 → 医療機器の統一化
10. 患者さんとのコミュニケーション不足 → 業務の整理(雑務削減)・・・整理してスムーズにさせることで、
コミュニケーションをとる時間を確保
人員確保
病気ではなく人を見る
11. 医療事故の表面化 → 情報の開示
12. 病院の経営 → 国の援助
仕事に合った給与を → 勤務時間制限により
的確な人員と給与削減 過労を防ぐ

グループのプロダクト記録(KJ法による問題点の抽出)

3班 No.1

テーマ：なぜ医療事故は起こるのか

コミュニケーション不足

医療者同志

- ・医療者同志のコミュニケーション不足
- ・カルテの字が汚い
- ・医学教育の中で他職種と関わるのが少なく互いの考えを理解し合えてない
- ・相互に注意し合えていない

患者・医療者間

- ・患者と医療者のコミュニケーション不足

ハードワーク

- ・忙しすぎる
- ・医師の負担の多さ

人員不足

- ・医療現場の人手不足

システムの不備

人事体制

- ・チェックシステムの不備

予防策の不足

- ・事故が起こりにくいような環境が整っていない

医療者の教育

- ・病棟のシステムの問題
- ・研究や医療者育成のための医療行為

医療器具の管理、点検

情報公開不足

- ・(患者 ← 医療者)の情報公開の不足
- ・社会に対して非公表

慣れ

- ・日常の行為が単調化し、注意不足
- ・現場に緊張感がなくなる

勉強不足

- ・新しい情報管理システムが次々出てきて追いついていけない
- ・似た名前の薬が多すぎる

人間性

- ・周りからの指摘を素直に認められない
医師のプライド
- ・かなりの努力をして医師となったのに「小さなミスによって人生が狂うのは嫌だ」という思いからミスを隠し、それがさらに大事となる

人間関係

- ・縦社会

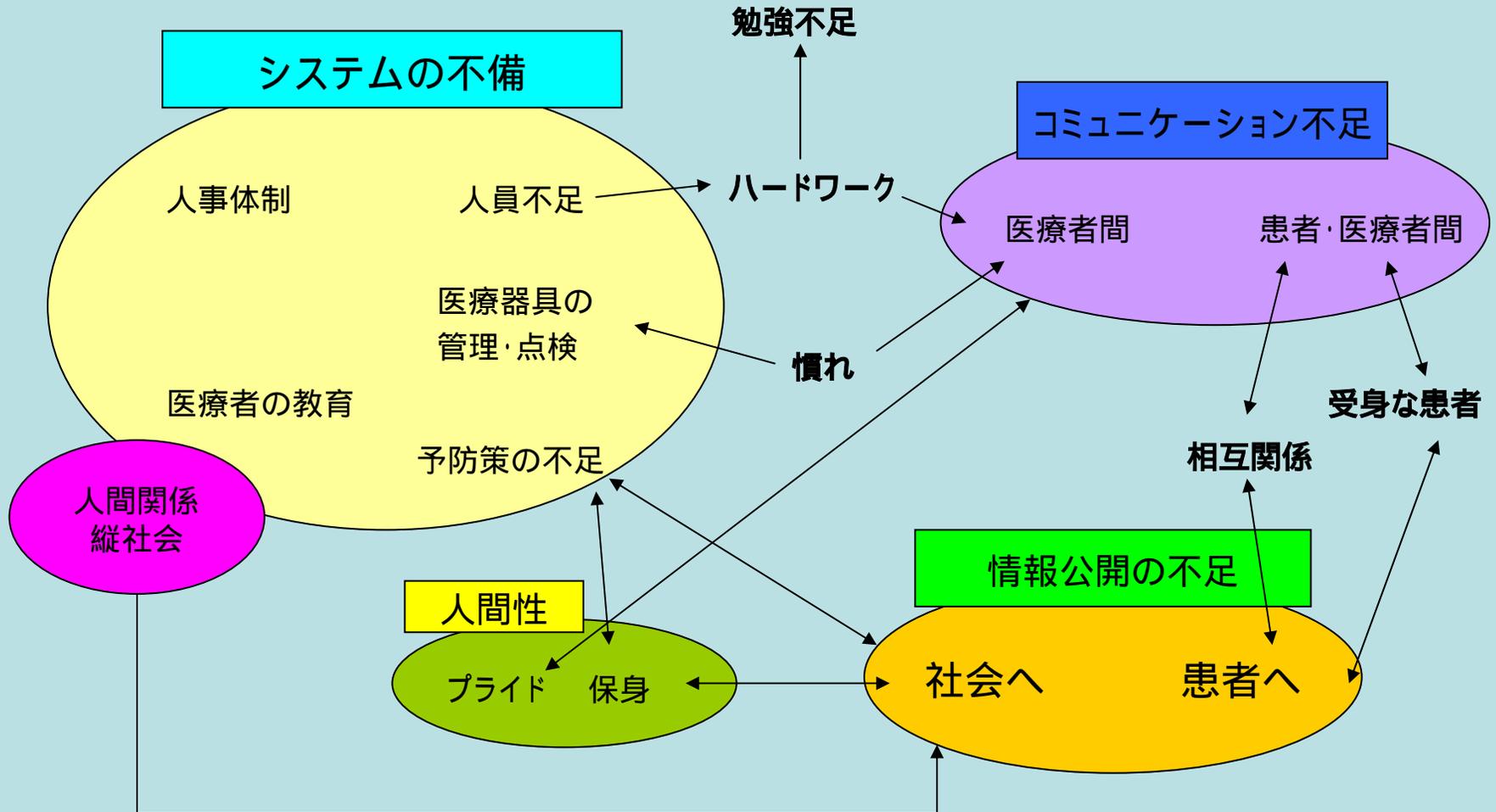
受身な患者

- ・医師まかせの医療

グループのプロダクト記録(KJ法による問題点の抽出)

3班 No.2

テーマ：なぜ医療事故は起こるのか



グループのプロダクト記録(KJ法による問題点の解決策)

3班 No.3

テーマ : なぜ医療事故は起こるのか

コミュニケーション不足

医師とその他の医療者と話し合う場を増やす
カルテを書く場とナースステーションを近くにする

縦社会

権力・責任の分散を行う(三権分立みたいに)

情報公開不足

[患者へ] 患者の欲しい情報を開示できるようにする
患者が自分の情報を見たか見ないか
わからないようなシステムを持つ

[社会へ] 匿名で医療事故を報告する
↳ それによって他の医療者の予防につながる!?

システムの不備

人員不足・・・医療者を増やす
↳ 本当に足りていないのか?
日本の中でもどの職種が不足しているのか、
いないかは場所によって違うのでは?

勉強不足・・・勉強会、テストなどを行う
↳ 余計負担がかかるのでは?

現場把握

対人関係(コミュニケーション)
・体制から

グループのプロダクト記録(KJ法による問題点の抽出)

4班 No.1

テーマ：なぜ医療事故は起こるのか

不注意

- ・薬の名前を間違える
- ・自分の目で確認せず行動し、ミスする
- ・経験による勝手な判断
- ・確認が不十分
- ・業務のマンネリ化により、注意力が欠ける
- ・仕事量が多いため、注意力が欠ける
- ・何か違和感があっても確認しない

医療者－患者間の問題

- ・本人の名前、顔を確認しているスタッフがいない
- ・患者に診療のリスクを伝えない
- ・医師と患者の見方違い
- ・患者の人物確認が不十分
- ・医療が商業化され、患者が軽視される

コミュニケーション(スタッフ間)

- ・コミュニケーション不足
- ・病院内の意見交換の不足
- ・指示や応答がしっかり行われない

病院内のシステム

- ・科同士の連携が不十分
- ・医療チームの連携の不完全さ
- ・医療スタッフが人手不足で、負担が大きい
- ・過密な勤務
- ・勤務時間が長い

広範囲のシステムの問題

- ・責任の所在が明確にならない
- ・マニュアルが不十分
- ・チェック体系の未確立
- ・実習期間の医療経験が少ない
- ・医療器具の故障
- ・カルテの書き方が統一できていない

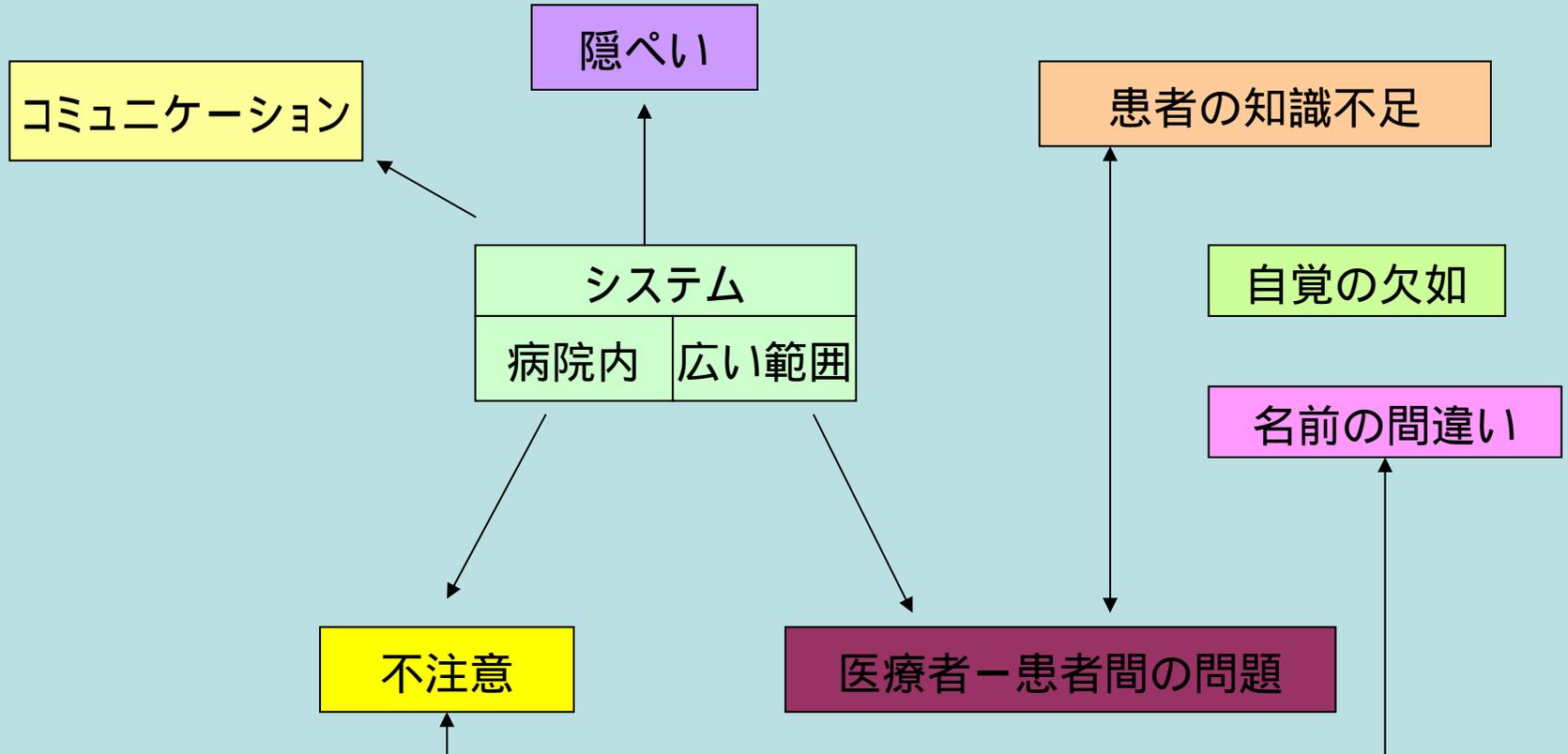
少数意見

- ・医師の自覚の欠如(医療者側の責任感がない)
- ・患者側の医療に対する参加態度
- ・医療ミスを隠そうとする病院の体質
- ・まぎらわしい名前の間違い
- ・薬品ラベルがはっきりしていない

グループのプロダクト記録(KJ法による問題点の抽出)

4班 No.2

テーマ：なぜ医療事故は起こるのか



グループのプロダクト記録(KJ法による問題点の解決策)

4班 No.3

テーマ：なぜ医療事故は起こるのか

広い範囲のシステムの問題

- ・チェック機構・・・まず、病院内でマニュアル化や確認を徹底させていく必要がある。これにより医療者個人の意識を高める。また、病院外の監査機関を設立し、院内でミスが隠蔽されてしまうことを防ぐ。医者と対等に話せる機関をつくる。
- ・マニュアル化・・・基本的な作業について、明確に文章でまとめることで意識を高める。その上で臨機応変な判断を上乗せしていく。

コミュニケーション(スタッフ間)の問題

- ・科同志の連携・・・科を超えた総合的な部所を新たに設立し科同士の連携をとりやすくする。
- ・スタッフの連携・・・様々な職種があるので、その中で会議やカンファレンスを定期的に行うことで、スタッフの意識を確認し、統一できるようにする。

薬品の取り違え

色や形による識別をする。機械を導入することで、人為的ミスを排除する。注意を呼びかけるプリントを作成。

医療者－患者間の問題

- ・患者の確認・・・患者の識別には、バーコードなどの機械を導入したりすることで、出来る限り人為的ミスを排除する。
- ・情報提供・・・患者と接する時間を出来る限り増やすことで、患者との信頼関係を築き、診療の方針やリスクの話はどこまで話せばよいか判断できるようにする。その範囲内で、情報提供を行い、医療ミスだと誤解されないようにする。

患者側の問題

- ・知識不足・・・医療者側からも積極的に働きかけていく。例えば、地域の人々を集めて、家庭での簡単な対処法の講習を定期的に関いたり、病院の待合室に少し専門的な本を置いてみたり、社会的に知識を得られるようにする。隠蔽も防げる。

グループのプロダクト記録(KJ法による問題点の抽出)

5班 No.1

テーマ：なぜ医療事故は起こるのか

<偶発的ミス>

- ・人為的ミスが多くなるから
- ・不注意
- ・勘違い
(人名、薬名etc)
- ・医療者の不注意

<スタッフの過労>

- ・働くスタッフのコンディション
(寝不足、女性の生理etc)
- ・医療関係者の過労
(労働環境)
- ・疲労などによって気のゆるみが発生する
- ・疲れ
- ・医療従事者に余裕がない(過労など)
- ・忙しいから

<コミュニケーション不足>

- スタッフの間
- ・病院内におけるスタッフ間のコミュニケーション、相互理解
- ・情報の伝達が行き届いていない
- ・一人一人が気を使ってもその間でコミュニケーションが不足していれば、ミスは起こる
- ・医療者同志の確認作業が足りない
- ・情報がきちんと伝わらないから
- ・情報が整理されていないから
- ・確認が少ない
- ・人手不足による相互確認不足
医療従事者と患者の間
- ・患者への説明不足
- ・患者とのコミュニケーション
- ・患者の医療者への依存

<病院の医療事故に関する内部に向けたシステム問題>

- ・医療ミスは報告されない例も多いのでその経験が生かされない。従って同じような医療ミスが中々なくなるらない
- ・ミスが起きてからようやく対策がとられることが多い。未然に防ぐ為の予防策やスタッフの意識を上げるetc

<病院の医療事故に対する外部に向けたシステム問題>

- ・事故発生後の医者側の示す誠意の有無

<病院の運営上のシステム問題>

- ・人の少なさ
- ・行動する際の体制(組織)が単純でない
- ・病院内のシステム

<医者 of 精神的問題>

- ・看護師の立場が弱く医者が他人の話を聞かない

- ・ミスは起きないという慢心

<医者 of 技術的問題>

- ・医療者の知識が足りない
- ・治療者側の技術

<変更困難な問題>

- ・職場環境悪で、整理整頓されていない

- ・医療作業が難しい

<社会・行政に起因する問題>

- ・医者の言うことは絶対とする現在の医療体制

- ・医療過誤をチェックする機構がないこと

- ・事故が起こった後の医師に対する処置

- ・物品の名前がよく似ている
(特に薬品など)

単純作業が続くと事故の可能性が増える



グループのプロダクト記録(KJ法による問題点の抽出)

5班 No.2

テーマ：なぜ医療事故は起こるのか

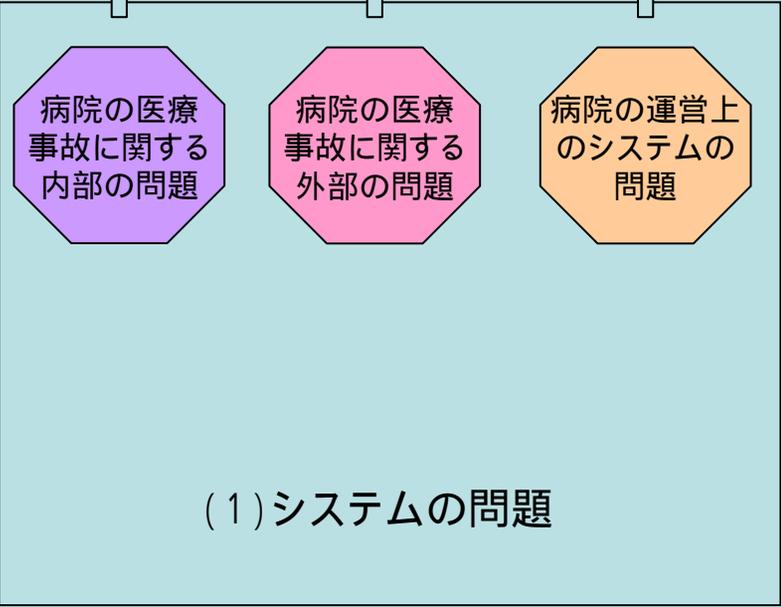
スタッフ間の
コミュニケーション不足

医者と患者間の
コミュニケーション不足

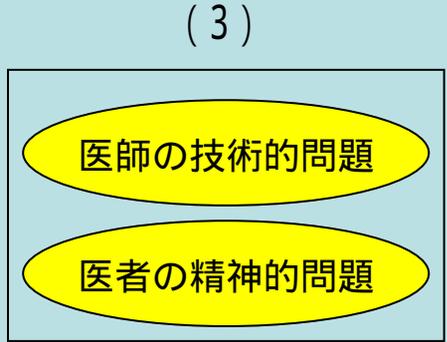
スタッフの過労

(偶発的)
ミス

(4)
変更困難な問題



(2)
社会・行政に
関する問題



グループのプロダクト記録(KJ法による問題点の解決策)

5班 No.3

テーマ：なぜ医療事故は起こるのか

1. システムの問題

(1) 病院の医療事故に関する内部の問題

インシデントレポート

院内に委員会を作り、安全対策をする

- ・インシデントレポートを集めて厚生省に報告する
- ・起きた事故を分析して、今後の対策をねる
- ・勉強会(セミナー)を開いて、スタッフの意識を高める

口頭だけでなく文書ももっと活用

(2) 病院の医療事故に関する外部の問題

誠意のある対応

- ・詳細な報告
- ・明確な謝意
- ・隠蔽をしない

(3) 病院の運営上のシステムの問題

人の少なさを補うための工夫

- ・機材の増加
- ・分業

経営に医療者以外の人に参加しやすいようにする

2. 社会・行政に関する問題

IC, SO, EBMの促進

医療過誤をチェックする機構を作るように働きかける

薬品名と商品名の区別簡略化、ラベルを見やすく(色分け等)

3. 医師の問題

(1) 医師の精神的問題

学生時代から医療者としての精神と知識を培う

(2) 医師の技術的問題

卒後教育に力を入れる

一定期間をおいて免許更新試験をつくる

4. 変更の困難な問題

よりよい作業環境のもと、ベストをつくすよう心がける

グループのプロダクト記録(KJ法による問題点の抽出)

6班 No.1

テーマ : なぜ医療事故は起こるのか

人手不足

- ・人手不足
- ・人材不足
- ・人が足りない
- ・人が足りないから

注意不足

- ・注意不足
- ・気のゆるみ
- ・注意が足りないから
- ・うっかり、 したつもり

おごり

- ・医師に任せれば大丈夫という周囲や医者自身の自信
- ・経験が多いゆえの判断ミス
- ・ミスの重大さをわかっていない
- ・謙虚さが無い

知識不足

疲労

- ・労働のしすぎ
- ・疲労

分析・対策不足

- ・何が原因なのか？
- ・誰が原因なのか？
- ・ミス・エラーの分析が浅い(あまい)
- ・失敗に対策が十分でない

金銭

- ・対策費用がない

確認

- ・作業の確認がされないから
- ・確認ミス
- ・すべてが人まかせ

医療体質

- ・まわりが発言しないから
- ・ミスが起こりやすいシステム

人のサガ

- ・間違えない人はいない
- ・仕方がない

孤立1.

- ・インフォームド・コンセント/説明不足
患者の理解した結果ではない

孤立2.

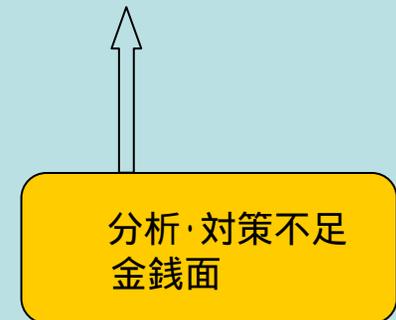
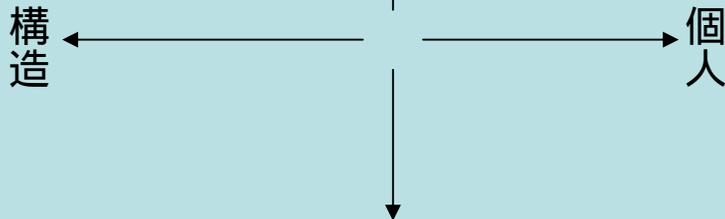
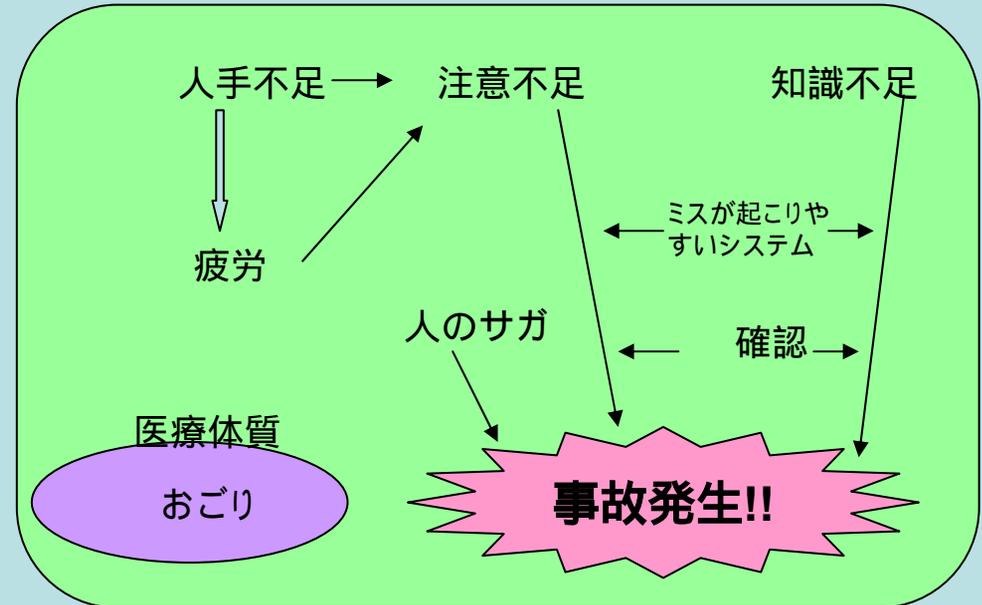
- ・どのようなミスでも患者にとって良いことはない

グループのプロダクト記録(KJ法による問題点の抽出)

6班 No.2

テーマ：なぜ医療事故は起こるのか

人手不足	金銭
注意不足	確認
おごり	医療体質
知識不足	人のサガ
疲労	孤立1.
分析・対策不足	孤立2.



グループのプロダクト記録(KJ法による問題点の解決策)

6班 No.3

テーマ：なぜ医療事故は起こるのか

人手不足

- ・社会的に見直す、取り組む
- ・患者ができることはする
- ・業務の合理化

注意不足

- ・個人への呼びかけ
- ・定期的に講習会を開く

おごり

- ・教育
- ・意識改革
- ・医療人間教育(入試制度・教育)

知識不足

- ・定期的講習会
- ・免許制度の見直し
→ 免許更新制

疲労

- ・人事管理
- ・研修医制度の見直し
- ・夜勤の見直し
(勤務時間・シフト組みの工夫)

分析・対策不足

- ・第三者によるチェック(内部の状態)
- ・内部(専任)からも外部からも定期的にチェック

金銭面

- ・予防のため医療事故対策費用を集める

確認

- ・再度確認
- ・マニュアルを作り、それを見直す
- ・体を書く
- ・資料提供
- ・管理強化
- ・患者にも文章化してわたす
(本人も確認)

医療体質

- ・話し合える環境をつくる

グループのプロダクト記録(KJ法による問題点の抽出)

7班 No.1 - 1

テーマ : なぜ医療事故は起こるのか

人手不足

- ・医療従事者の数が少ない
- ・足りていないところと多いところの差が大きい
- ・5分間診療

労働時間

- ・過密労働
- ・休みが少なく、集中力が途切れる
- ・研修医などは報酬が少なく、アルバイトをする必要がある

病院内のシステム

- ・二重、三重のチェックをするという体制に欠けている
- ・研修医に任せがち
- ・専門分野ごとに別れすぎていて、各分野間のつながりが薄い
- ・病院側の体制の問題、情報開示をする体制がない(カルテ開示)
- ・事故を防ぐ会議が少ない
- ・手術をする医師と外来をする医師が違う

薬

- ・カタカナだらけで区別しづらい
- ・ラベル表示が類似していたり、メーカー毎に違うなど分かりづらい

同業者間における仲間意識

- ・病院同士のつながりが少ない
- ・大学ごとに派閥がある

行政

- ・行政機関が視察に入りづらい(病院内にない)
- ・医師免許更新制度の不備
- ・ミスしても資格を奪われない

社会に対する姿勢、倫理

- ・ミスを公表しない、隠蔽しがち
- ・誠実さに欠ける
- ・一度謝罪すれば終わりという考えがある

医師

- ・慣れにより油断しがち、自覚に欠ける、責任感に欠ける
- ・他人事としてとらえている
- ・縦割り診療、検査をもっとするべき

技術

- ・医療従事者が高度化についていけない——→薬漬け
- ・医療機器の操作が複雑
- ・経験伝達などの不足
- ・若手が手術をする機会が少なく、上達しない
- ・研修期間が少なくゆとりがない
- ・学生教育の不足

看護師

- ・実技、研修の不足
- ・専門分野にたけている看護師が少ない

グループのプロダクト記録(KJ法による問題点の抽出)

7班 No.1 - 2

テーマ : なぜ医療事故は起こるのか

医療従事者と患者の関係

- ・コミュニケーション不足により病状を正しく把握できていない。納得し合っていない(インフォームド・コンセント)
- ・患者も頼りきるのではなく、自ら勉強すべき

セカンドオピニオン

- ・患者が求めにくい社会である

医療従事者と患者の上下関係

- ・上下関係があり、賢者が相談しづらい
- ・患者の自主性が生かされない

患者

- ・自分にされている治療を理解していない
- ・泣き寝入り
- ・医師は絶対的なものだと思い込んでいる
- ・ドラマによる意識の固定(マスコミも)
- ・自分のことだという自覚に欠ける

第3者

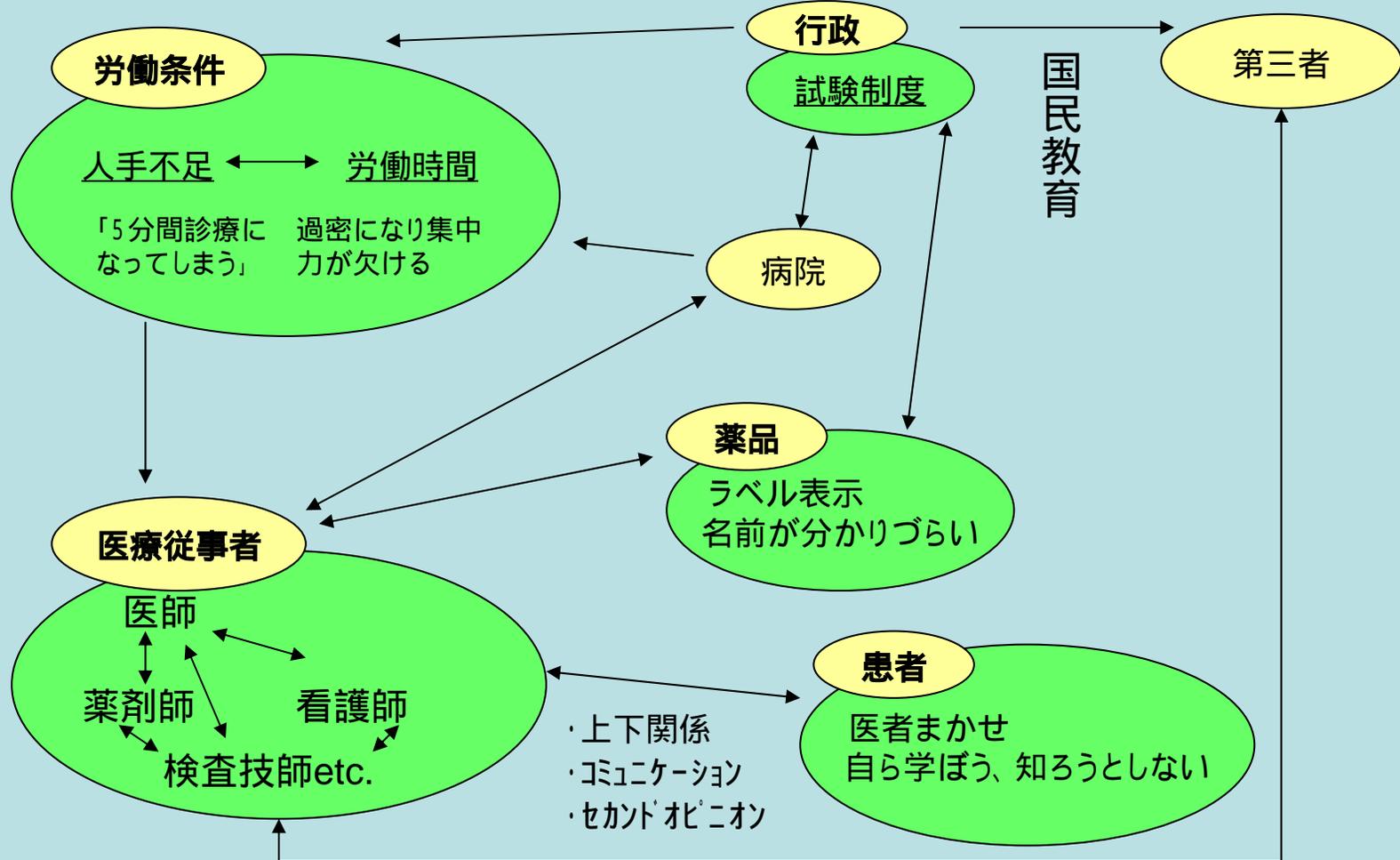
- ・損害保険の未整備
- ・弁護士に医療の知識がない
- ・意識に欠けている

どこからが医療事故か

グループのプロダクト記録(KJ法による問題点の抽出)

7班 No.2

テーマ：なぜ医療事故は起こるのか



グループのプロダクト記録(KJ法による問題点の解決策)

7班 No.3

テーマ：なぜ医療事故は起こるのか

- ・労働条件の改善(人手を増やす、休暇などを増やす)
- ・医療コーディネーターを導入し、患者と医療従事者の関係を対等にする
- ・患者の意見を生かす(患者が医療従事者を評価し、公表する機会をつくる)
- ・研修医がゆとりを持てるようにする(報酬を増やすなど)
- ・病院内システムの改善
- ・若手への教育を強化する
- ・事故を防ぐための会議、機関を設ける
- ・カルテ開示をすすめる
- ・各科における連携を強める
- ・薬のラベル表示の改善(区別のしやすさ、統一)
- ・免許剥奪や更新のシステムを導入する
- ・命を預かっている医療従事者の自覚を高める
- ・医療従事者の倫理教育を強化する
- ・元患者などから治療や病院の対応などを聞けるような機会を設ける
- ・医療従事者と患者のコミュニケーションを強め、インフォームド・コンセントを浸透させる
- ・患者の権利をマスコミなどが公表したり、病院内に掲示するなどし、患者に示す
- ・医師を選ぶことができる
- ・セカンドオピニオンを求められるetc

- ・医師が患者にセカンドオピニオンをすすめる
→ 事故が起きたとしても隠蔽が防げる
- ・手術などをビデオ撮影する
- ・病院の管理体制を厳しくする
(手術室の貸し出しなどを見直す)
- ・法的規制を医療従事者に今以上に厳しくする

病院全体の会議(せめて月2程度)だけではなく
現場で働くスタッフの間で頻繁に話し合う。
他の病院との間でも会議を行う。意見の交換

グループのプロダクト記録(KJ法による問題点の抽出)

8班 No.1

テーマ：なぜ医療事故は起こるのか

< 危機管理システムの問題 >

誰でもミスをし得るという可能性の認識不足
確認作業の不足
チェック機構の少なさ

< 病院の構造の問題 >

機械の開発、速度、医療システムの変化速度の不一致
現在利用しているシステムに対する過信
看護分野における専門家の遅れ
緊急時における冷静な対処ができない

< 人手不足 >

一人の患者にかけられる時間が少ない
過労、体調悪い
人手不足、看護師不足
多忙
疲れ、慣れ
医療者一人一人の負担が大きい

< 倫理感の欠如 >

生命倫理への理解の乏しさ
わからないことを他の人に確認できない雰囲気
生命の大切さ、失敗が及ぼす影響の重さを忘れている

< 教育体制の不備 >

研修医の重要な手術を任せている
実習が不十分
教育体制の不備

< 勉強不足 >

医療者の勉強、努力不足
新しい医療に医療者がついていけない

< 患者への関心のなさ >

医師が患者の顔を知らない
医師は患者の「声」に耳をかさない

< 気持ちのゆるみ >

責任感の持続ができない
基本的な仕事ほど注意力欠如
慣れによる油断

< 権威権力主義 >

医療知識の独占
内側から報告、検討をしていく体制ができていない
知識、技術の過信
権威権力主義
医師、患者の立場に上下関係がある

< 金もうけ主義 >

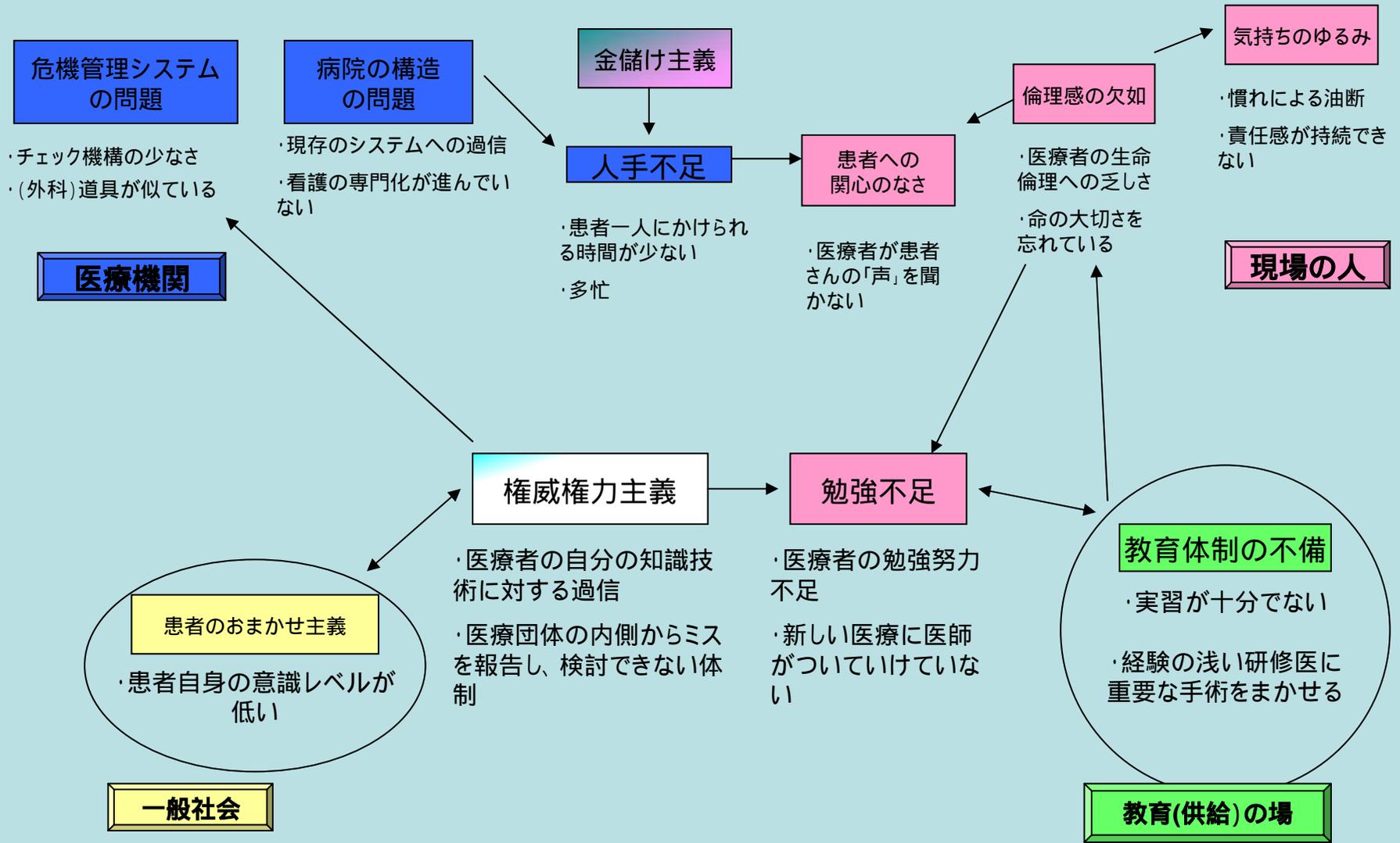
< 患者のおまかせ主義 >

患者自身の意識レベルと積極性
マスメディアが医療に対する不信感がある

グループのプロダクト記録(KJ法による問題点の抽出)

8班 No.2

テーマ：なぜ医療事故は起こるのか



グループのプロダクト記録(KJ法による問題点の解決策)

8班 No.3

テーマ : なぜ医療事故は起こるのか

< 教育機関 >

- ・ライセンスの更新
- ・リベラルアーツの充実
- ・危機管理教育の充実

< 権力主義 >

- ・スタッフ間のコミュニケーション

< 医療機関 >

- ・(金銭面における)
評価システムの見直し
- ・過去の事例から学ぶ
- ・構造改革
- ・ITの利用

< 現場 >

- ・社会からの圧迫
- ・過去の事例から学ぶ
〔ヒアリー、ハット
第3機関〕
- ・現場の教え合い
- ・カルテ公開の強化
- ・情報公開