

医療リスクマネジメントの実践

——JRMS¹の医療リスクマネジメントへの応用のために——

森 宮 康

はじめに——医療リスクマネジメントのあり方と今後の課題——

- I. 医療リスクについての認識の共有
- II. 現状分析のための手法—JRMS の応用—
- III. 医療機関経営に関する質問項目
- IV. 医療機関経営とリスク対応
むすびにかえて

はじめに——医療リスクマネジメントのあり方と今後の課題——

医療事故・医療過誤の問題には、主として医療行為者が関与する場合と、医療施設・医療機器等が関係する場合に大別できる。ニュース報道で取り上げられる多くは前者の「人」が関係する場合である。しかも、医療設備の整っているはずの大学付属病院、大規模病院、高度専門医療センター等において発生し、同じ病院において同種の事故・過誤が繰り返されたことにもニュースとして取り上げられた原因がある。医療機関ならびに行政機関がこうした事態を重く受けとめた結果がまがりなりにも医療リスクマネジメントの導入に結びついたといえる。

しかし、すでに指摘してきたように行政並びに医療機関の対応は主として治療現場、薬剤部門、検査部門、施設部門等に関わる医療事故・ミスの防止を内容とするものであったといえる。その折、強調したのは、治療現場、薬剤部門、検査部門、施設部門のみならず事務部門等に関わる医療関係者が「リスクマインド」なり「リスクセンス」³をもち、医療機関に及ぼすリスク影響を認識し、総合的なリスクマネジメントシステムを構築することであった。そのためには、医療機関の経営という視点をもとに疾病予防、治療行為の改善、医療機関運営における医療事故関連情報のコミュニケーション、医療保険制度等から、医療現場における日々の努力によりリスク対応を行い、特定部署での部

-
- 1 『JIPDEC リスクマネジメントシステム (JRMS) 解説書～「企業経営と情報リスクマネジメント分析」手法～』(日本情報処理開発協会) 2004 年 (以下、JRMS と略称する)
 - 2 森宮 康「医療リスクマネジメント—わが国における医療事故対応の方向性を求めて—」『日本保険医学学会誌』(日本保険医学会) (以下、森宮「医療リスクマネジメント」と記載) 2004 年、1-17 ページ。
 - 3 森宮、前掲論文、2 ページ。そこでは、リスクマインド (risk mind) とは「リスクの発生からその影響について推論し判断するという考える力」、そしてリスクセンス (risk sense) については「リスクの重要性を認識する智恵なり感性」を意味するものとした。

分的最適も、他の部署において医療過誤が生じれば、医療機関全体として最適とはならないという現実を医療行為関係者が共有しておく必要があると思われる。こうした視点から描いたのが、医療リスクマネジメント機能の取組みのための関連図（第1図）である。医療リスクへの対応のために、喫緊の課題として少なくとも次の6点が重要と考え、指摘した⁴。

第一は、医師養成の仕組みのあり方である。

医師養成の根幹に関する問題として取り上げるべきは、医療事故・過誤に関わるリピーター医師の存在（医療技術・知見等の不備なり欠如）、腹腔鏡手術等における担当医師・院内承認付与組織責任者等の判断（ジャッジメントハザード、モラルハザード）等である。この点に問しては、後継医師の選別基準の明確化も問われるはずである⁵。もしも問題があれば、早急に改善のための取り組みがあつてしかるべきである。

第二は医学教育の在り方である。

これまでの医学教育においては、単に入学試験を課し、成績の良い志願者を選択するというのが一般的であった。日本における大学教育は、現在、人口構造の変化、特に18歳人口の激変から視点は、学部教育から大学院教育に移りつつある。USAではすでに20数年前、大学院教育が主であった。18歳人口の構造問題も重要な検討事項であるが、医師の質の面を含め医学教育のあり方にも変化を求めるべき時代がきている⁶。特に、患者についての医療情報であるカルテについて医大・医学部内でどのように指導しているのか⁷。さらに、医師資格取得後の医師への臨床研修制度が登場してきているが、この他に関連して考慮すべきは次の課題であると思われる。

第三は医師資格取得後の研修・免許の更新制等である。

医師資格を有すれば医療行為ができ、医療機関において医療に従事することができる。しかし、環境の変化や複合的な飼料・薬剤散布により育成された食物の長年にわたる摂取の影響と思われる我われ自身の体質変化や疾病の多様化等はこれまでにない複雑

4 森宮、前掲論文、14-15 ページ。ここでは前掲論文における表現を多少修正した。

5 診療科によっては医師の手先の器用さが極めて重要な側面といえる。かつては将来の仕事の適否を決める尺度にもなっていた。現在、彫刻刀やナイフ等を危ないとして使った経験がないまま大学でメスをもつといった不器用な医師が誕生した場合の責任はどこにあるのか。医師養成のプロセスにおける医大サイドの適性に関する判断が重要となる。

6 現行の医学部入試体制に関して、将来、医師にふさわしいか、その資質について「見極められない」という問題点の指摘がいろいろなされている（例えば、黒川 清「今後の医学教育の展望ーメディカルスクール導入の必要性」『医療白書 2003 年版』70 ページ）。何故、医科大学や医学部からメディカルスクールへの動きが見えないのか。この点に関して、森宮 康「医療リスクへの対応ーメディカル・リスクマネジメントの今後の在り方ー」『損害保険研究』第 65 巻第 1・2 号合併号（損害保険事業総合研究所）2003 年（以下、「医療リスク対応」）、207 ページ（注記）で、リベラルアーツを学んだ学生が医師を目指す USA の制度に触れておいた。

7 森宮、前掲論文、223 ページ（注記 35）。医療標準化の基本のひとつとして指摘した。カルテの電子化についても言及しておいた（227-229 ページ）。電子カルテの導入が進みつつあるというが、記載項目のみならず内容はどうか、重視すべきである。

な要素を医療現場にもちこんでいる。こうした側面に対応する卒後の研修制度、医療装置・器具の進歩に応じた操作等に関する受講制度の実態はどうか、いずれにせよ、医師資格を取得した後のケア、免許の更新制等の取組みが不可欠であるといえる。

第四は医療機関・医師等による医療行為についての機能評価である。

機能評価の内容・あり方等、医療費等の支払機関との関係も USA とはかなりの差異がある。一般的に見て、一般的な「社会の常識」と医療機関・医療従事者の「内部の常識」と違いがあって良いのかどうか。また、第三者による医療機関の機能チェック無くして、緊張感をもった医療行為が日々可能なのかどうか。この点は、医療機関（医療行為従事者）における第三者の目である監査についての受け入れ態勢を考慮すべきである。わが国では、第三者の視点といえども同業者が行うのであれば、その効果は限定的であるという見方もあるが、他からの目を意識するだけでも有効である。このところ、機能評価を受ける病院数の増加傾向が見られるのは、こうした環境変化を受けとめた状況を反映しているものと思われる。⁸

第五は医療機関内部のリスクコミュニケーションに関わる仕組みのあり方である。

医療機関内の医療事故関係の報告体制が構築されているとしても、リスクという視点からのコミュニケーション体制の確立は重要である。問題は、医療機関において医局制度が存在する場合、診療科が変わると医療事故・過誤情報の共有化は非常に困難になるといわれている。この点は、厚生労働省のリスクマネジメント部会がどのように機能するかが問われることになろう。医療リスク情報の双方交通（流れ）は基本的に重要であるため、機能的な仕組みを医療機関として整備すべきである。

第1図は、仮想の医療機関における医療リスクマネジメントシステムについて示した概念図⁹である。医療機関における内側の枠内に示されているそれぞれの線は、医療リスク情報の流れを表している。外側のすべてを満たす状況下が無い現状から、当面は医療機能評価機関と外部の医療監査機関との関係を含めることが望ましい。医療の機能評価には、日本医療機能評価機構があるが、内部・外部監査については、医療法や健康保険法における医療施設関連の規定があるが、¹⁰ここで指摘したいのは企業の場合と同様に¹¹第三者機関の視点に基づく監査である。

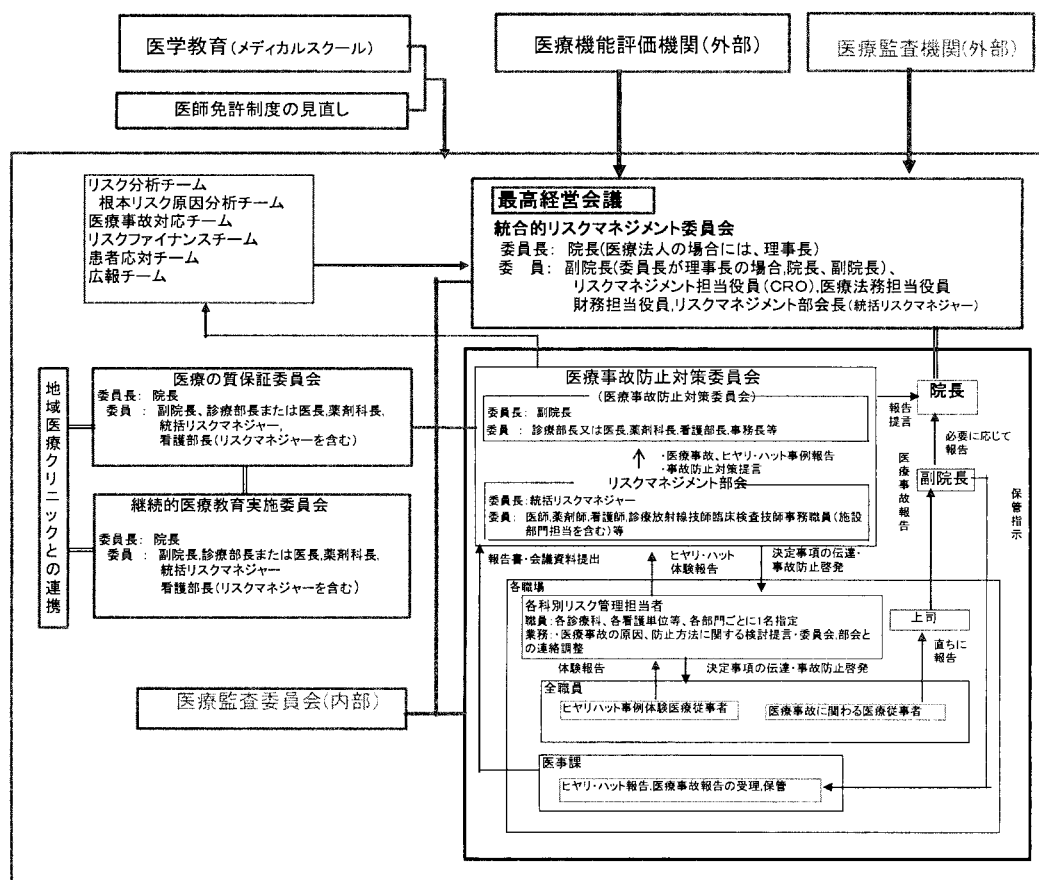
8 例えば、全病院数 9,239 のうち、2003 年 7 月 14 日の認定病院数 979 が約 1 ヶ月後の 2003 年 8 月 18 日に 1,000 に増加したという。その後の経過については（財）日本医療機能評価機構のホームページ（<http://www.jccqhc.or.jp>）を参照されたい

9 森宮、前掲論文「医療リスクマネジメント」16 ページ。

10 医療法第 25 条には医療施設の検査体制についての規定があり、同法第 26 条には国・都道府県による立入検査が医療監視員により行われるとの規定がある。監査という表現については健康保険法第 43 条の 10 の規定に示されている。

11 外部の目による監査には、医療機関の施設面にとどまらず、医療行為従事者に関する評価項目によるチェックを含める。また、内部については、東海大学において行われているような対応を想定している（2004 年 8 月 16 日）。

第1図 医療リスクマネジメント機能の取組みのための関連図



出所: 厚生労働省「リスクマネジメントマニュアル作成指針」における医療事故防止に関する各委員会の位置づけに基づき作成した図(拙稿「医療リスクへの対応」『創立70周年記念号 損害保険研究』第65巻, P. 230を修正, リスクマネジメントの側面を加筆した。今回, 統合的リスクマネジメント委員会の委員長について, 医療法人の場合, 実体に即した形をとるのが妥当と考え, 最高経営会議の議長としての理事長を括弧内に入れた。

上図において示した重要な点は, 医療機関内部の最高経営会議〔意思決定の最高責任者(医療法人とし理事長制をとる場合も含め)のもとで〕において統合的な視点からリスクマネジメント委員会を動かし, 線で結ばれた部分に関わる全体的なリスクコミュニケーションの流れを確保することである。特定の部署だけがリスクに関する視点を持ち, 日常の医療業務に従事していたとしても, 他の部署が自らの部署では問題ないとして他人事であっては, リスクマネジメントがシステムとして機能しないことになる。

第六は医療機関サイドの情報開示のあり方である。

医療機関として患者に対する「医療の質」をどのようにして確保しているのかが重要である。例えば, 「医療の質」の判定について客観的な基準はあるのか, 医師は医学教育をどこの大学で受け, 医師資格を得たのか, 臨床研修をどこで行ったのか, 所属学会等では継続的な研修制度を有しているのか。また, 医療行為従事者に取り医療を巡るカ

ルチャーは変化してきているのかどうか；医療報酬の決定メカニズム（出来高払い制）は改善される可能性があるのか，医療情報の開示の範囲についてはどうなのか，医療機能評価に関する動き（積極的ではない場合にはその理由等）などについての情報は必要と思われる。こうした側面に関する医療機関の経営陣の認識についても開示すべきである。

本稿では，こうした問題意識のもと，特に医療機関の経営陣が自らを含め，医療リスクマネジメントを展開するにあたって，リスクセンス・リスクマインドの重要性を認識し，組織の構成員のリスクセンス・マインドを高めるための方法を取り入れ，関係者の医療リスクに関する認識を共有することの重要性を論じ，第五に指摘したリスクコミュニケーションに関わる実践的な考え方（方法論）を論じることにした。そのためのひとつの試みとして，JRMSを医療リスク対応に向け導入することの意味について考察を加えることにした。

I. 医療リスクについての認識の共有

医療リスクの発生には種々の要因が関係している。その大きな側面は医療行為が多く「ヒト」の力に拠っているという事実にある。しかも，「患者と医師の関係」が医療技術・医療器具の著しい進展から「医療チームと患者の関係」に変化してきた。もしも医療行為従事者が患者を五感のある「生身の人間」ではなく単なる「治療対象」と考えるとすれば，医療行為従事者のもつ種々のハザード¹²が顕在化することにもなりかねない。例えば，功名心に駆られて手術を強行するといった医の倫理にもとるモラルハザードや，手術の際の患者確認の無さといった注意力不足・過失等に関わるモラルハザードや，過去の症例等に関する勉強不足や経験不足による誤った診断といったジャッジメントハザード等が確認できる。進んだ技術を活用した医療装置・器具の導入はIT技術により可能となったが，医療行為従事者が患者の体質や病歴といった事実より，画像なり数値等に依存しすぎるといった側面もある。

なお，医師サイドからの治療情報はインフォームド Consent という形式で患者サイドに提示され，治療方針の同意を得る（または拒否される）プロセスにおいて示される。医療に関する信頼性の確保のために取り入れられてきたが，インフォームドされた内容について医師サイドと患者サイド双方の受け止め方が質的に同じであると言えない。インフォームド Consent の内容それ自体，医師サイドの患者に対する姿勢によっ

12 ハザード概念はリスクマネジメントにおいて極めて重要な意味を有している。種々の事故なり事件を考慮するとき，それらを起りやすく拡大させる要因を内包しているのがハザードで，それには種々のタイプがある。モラルハザード，モラルハザードの他に，医療施設・装置・器具等に関する物理的ハザードにも考慮すべきである。

て発信される医療情報や示し方に差異が見られることになる。

また、医療機関といえども、経営のあり方を考慮しなければならない。日本の現状に鑑みれば、患者が頻繁に治療に通えばそれだけ医療機関の収入増につながる保険制度の仕組みをベースとしたなかでの医療経営のあり方の問題である。患者サイドの医療機関間の移動が比較的容易な環境下であれば、¹³医療の信頼性が失われる事態の発生は患者を失うことになり、医療事故・過誤等の予防へのチェックが働き、患者数の減少が経営問題となり、それだけモラルハザードを減らすことになる。さらに、医療関連備品の使用に関しても、医療機関経営は経営陣のことで自分たちに直接関係ないとなれば、費用対効果という意味でのコスト意識が育成されず、備品等の無駄使いがコストアップ要因となりうる。¹⁴

こうした側面は、大規模・中規模の医療機関の場合、開設診療科数等の状況により差異がある。しかし、医療機関といえども、企業の場合と同様に、マイナスのスパイラル¹⁵に陥らないとは限らない。経営資源の節減が図られているような状況において、医療事故・過誤が発生した場合には、医療情報の隠蔽・改竄・消去等が行われる（モラルハザードに関わる）最悪のシナリオが登場しやすい。¹⁶医の倫理に反するモラルハザードのこうした実態に関して、医療行為従事者サイドにおいて異を唱えようとしても医療機関内部の医局の明暗に関わるため、情報開示によりリスク情報の共有を確保することが困難になる。¹⁷

医療機関における医療行為に問題があると思われた場合、医療情報の流れも大学病院・同等の医療機関内では医療機関同士の「見えざる暗黙のルール」なるものが存在し、相互不干渉の結果、医療・介護施設における悲しい現実が生じる場合も見られる。¹⁸

しかし、医療機関としての長期的な存続には、経営陣を含め、医療行為に従事する一

13 近隣に医院が無いような地域においては、ここでの指摘は妥当性を欠くことになる。概して、口コミに拠る医院の医師の上手いか下手かの評判は患者同士の意見交換により伝わり、医院の移動は容易となり、医院経営に影響を及ぼすことになるはずである。

14 無駄使いの点が強調されすぎると、医療行為において適切さを欠くようになる場合もないではない。ここでは、医師・看護師・医療技師等のスキルが不十分であれば、検査も一回で済ませることができず、数回も掛かるといった側面を想定している。

15 例えば、売上高が落ち込み、経営が悪化すると、リストラチャリング（良い意味での実施もありうる）を勧め、経費節減を行い、場合によっては、必要な人材を辞めさせ、人件費の削減を行うだけでなく、工場の装置・設備・器具のメンテナンスコストにも節約という名目で削減が行われ、やがては、製品やサービスの質にも問題が生じ、売上高が減少するというマイナスの循環に陥ることを指している。

16 この点に関わる問題の土壌は医局制の存在といえなくもない。医局制廃止に関する動きについてはすでに触れておいた（森宮、前掲論文「医療リスクへの対応」前掲論文、231ページ）。しかし、医局制をマイナス面だけで捉えるべきではないという指摘もある（森宮、前掲論文「医療リスクマネジメント」6ページ（注記9））。

17 こうした問題はリスクコミュニケーションの不備に起因するといえる。リスクコミュニケーションが機能しない組織では、内部通報制度なり内部告発制度を設けることも必要かもしれない。しかし、この点は、経営陣のリスクに関する認識・判断によるため、運用の仕方次第であるといえる。

18 例えば、小林篤子『高齢者虐待—実態と防止策』中公新書、2004年。

人ひとりの医療リスクに関する認識が重要であり、医療機関従事者の医療リスクに対するマインドなりセンスを養い、医療リスクに関する共通認識を共有することが不可欠となる。

Ⅱ．現状分析のための手法——JRMS の応用——

近年の問題解決の傾向については、医療事故情報の収集から原因分析を行い、安全管理指向型の対応が一般的に見られ、工学的な事故防止に重点をおいているように思われる。¹⁹ アメリカにおいては、医療事故・医療過誤の分析のため安全工学的な発想からの事故防止的なアプローチと共に医療過誤に基づく賠償責任への対応が重視されている。

医療事故・過誤防止のため、種々のアプローチを考え、医療現場に適用することは重要であるが、日々の医療現場での実践には時間との勝負という側面がある。しかも、その場その場での適切な判断が求められている。そのために有効となるのが訓練であるが、そこで大切なことは、最も基本的なものから専門的なことまでの訓練を繰り返し実践することにある。

ところでリスクセンス・マインド涵養のため活用すべきと考える方法論のひとつは、2004年2月に公刊された、『JIPDEC リスクマネジメントシステム（JRMS）解説書』である。JRMSは、2001年に公表された『リスクマネジメントシステム構築のための指針（JIS Q 2001）²⁰』におけるアプローチに基づき構成されたシステムである。JRMSでは、経営者層、リスクマネジメント部門、情報システム部門、ユーザ部門、それぞれが質問項目に回答することによりリスクマネジメントの実態について共通の認識をもち、改善のための方向を見出すガイドとなるものである。そこで、医療機関における医療リスク対応にとり JRMS の方法論が実践的であると考え、特に医療機関の経営陣・リスクマネジメント部門における応用展開のための予備的な考察を行うことにしたい。

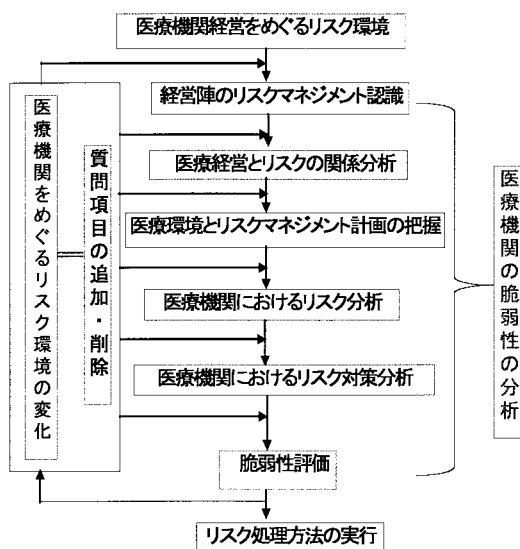
1 JRMS の医療機関への応用

JRMS の構造において示されたプロセスを医療リスクマネジメントとの関係からチャートで示せば第2図のとおりである。まず、医療機関の経営陣は、医療経営上の環境の

19 森宮「医療リスクマネジメントーわが国における医療事故対応の方向性を求めてー」前掲論文において示したように、安全管理指向型の解決が一般的で、安全工学的な発想からの事故防止的なアプローチも重視されてきている。厚生労働省の「リスクマネジメントマニュアル作成指針」における医療事故の情報の収集分析・提言作成におけるアプローチにもそうした側面がある。しかし、事故の発生には、非常に専門的な要因が関係する場合のみならず、日常の業務における単純なミスが大きく医療経営を圧迫する場合がある。安全工学型のみならず、マネジメントシステムの考え方の導入が重要である。

20 『リスクマネジメントシステム構築のための指針（JIS Q 2001）』（日本工業標準調査会審議，日本規格協会）はあらゆる組織を想定したマネジメントシステムであり、医療機関についても妥当する。

第2図 JRMS の構造 (医療リスクマネジメントの場合)



(注：『JIPDEC リスクマネジメントシステム解説書』, P. 8 をベースに医療リスクマネジメント向けに展開)

21 変化を認識し、しかもそうした変化の医療経営に与える影響を医療行為従事者と共通に理解しておかねばならない。そのためには、経営陣がリスクマネジメントの理解を「単なる用語」としてではなく、日々の実践的な課題として受け止めることが肝心である。しかも、医療事故・医療過誤に起因する医療リスクの経営に及ぼすインパクトを分析し、そのためのリスクマネジメント計画を医療機関の構成員に徹底させることが必要である。そのために、質問票をもとに医療機関としての脆弱性を把握することが求められる。

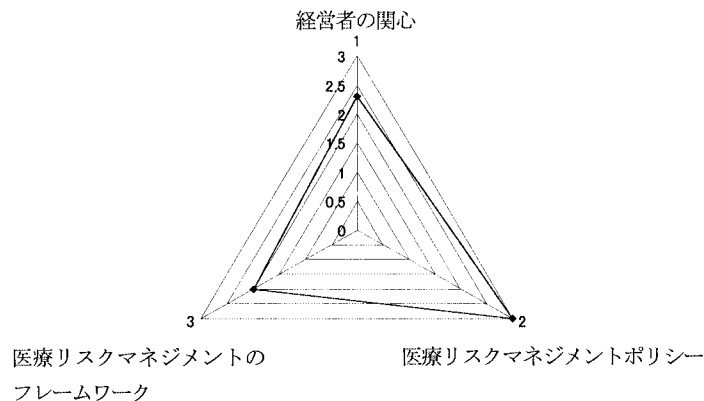
それぞれの医療機関においては、おそらくこれまでにチェックリスト（照合表）なり質問表を用意し、脆弱性を把握するためのチェック体制を取ってきていると思われる。重要なのは、チェックリストや質問表により回答し、結果を見直す一連の作業だけで適切なリスク処理方法の実行が可能になるとはいえないことにある。

チェックリストなり質問表を利用するとしても「上からの指示によるリスク対応の準備段階としての利用」だけでは形式論にとどまるきらいがある。リスクマネジメントにおいて基本とすべきは「医療現場におけるそれぞれの医療行為従事者の共通認識のもとでリスク対応」を行うことであり、前者との違いを理解することができるかが鍵となるのである。

ところで、JRMS では質問項目への回答を JRMS のシートに挿入することにより自動的にレーダーチャートが描け、それぞれの部署における脆弱性に対する差異が視覚を通

21 人口構造の変化は極めて大きな医療環境変化の要因である。少子高齢社会では、ステークホルダーのうち、特に患者・患者の家族の信頼なくして経営は成り立ちがたい状況になる。

第3図 レーダーチャートの例示



して把握できるシステムとなっている。JRMS における課題は、レーダーチャート（第3図は参考図）を作成すること（各部署の回答者の平均的回答結果の把握）ではなく、回答者それぞれの質問票についての理解度と組織としてあるべき実態との間に差異があれば、そのギャップの原因がどこにあり、何に起因しているかを把握し、是正が必要であれば、どのようにすべきか、改善の度合いを「その場」だけの問題とせず、時間軸²²の概念をもとにより良い方向性を見出すことにある。

ところで、質問項目については3に解説しておいた。上図は後述の第4表の経営者層から選出された3名の回答結果をもとに描いたものである。回答すべき質問項目については後掲資料に示したが、経営者層を対象に組織における位置づけから、1. 経営者の関心、2. 医療リスクマネジメントポリシー、3. 医療リスクマネジメントのフレームワーク（第4表では、この部分の回答について省略した）に限定し、図示しておいた。

2 現場における脆弱性改善のための考え方——成熟度モデル——

JRMS においては、質問項目への回答との関連で所属部署におけるリスクマネジメントの現状を認識・評価するために、「成熟度モデル」の考え方を取り入れている。「成熟度モデルとは、リスクマネジメントの各領域の管理プラクティスについて、どの程度のレベルに達しているかを評価するためのモデルである²³」。この考え方はいかなる組織においても応用できる重要な意味を有しており、とりわけ医療機関における医療行為従事者の現場においては不可欠な考え方といえる。

成熟度モデルの考え方はひとつではない。いくつかのスタンダード（基準または標準）があるが、歴史が古いことから一番よく使われているモデルは CMM（Capability

22 時間の経過により人は変化するわけで、前回のチェックリストなり質問表への回答時点と今回行ったとすれば、どこがどのように変化（改善）してきたかを時間の経過を視野に入れて考えることを意図している。

23 JRMS, P. 20.

Maturity Model) である。これは、カーネギーメロン大学のソフトウェアエンジニアリングインスティテュートが提唱したモデルで、ソフトウェア開発のプロセスを対象に作られている。²⁴ CMM の成熟度モデルでは、レベルを第1表のように定義している。

第1表 CMM の成熟度モデル

レベル1	個別実施	開発方法論が存在せず、ほとんどコントロールされていない。プロセスが達成できたとしても、評価尺度が存在していないために認識されない。
レベル2	反復可能	プロジェクトの結果を妥当な精度で予測するのに十分な一連の作業とプロセスが定義されている。しかし、改善点を予め見つけたり、複数の選択を比較する手法は含まれていない。
レベル3	定義	開発プロセスは実装され、理解されている。評価尺度が用いられ、新たなテクノロジーの実装の効果が予測できる程度に、プロセスの予測が可能である。
レベル4	管理	プロセスが管理され発展することで、数量的、品質的な改善が可能である。それぞれの技術の実装は、全体的なアーキテクチャの一部となっている。
レベル5	最適	環境がプロセスを推進する、開発組織における理想的なレベル。プロセスの実行よりも、改善に注力される。

(出典：ISO/IEC TR 15504-4 (<http://www.imslab.co.jp/SSE-CMM/>)；『JIPDEC リスクマネジメントシステム解説書』, P. 22.)

このほかにも参考とすべきモデルがあるが、²⁵ JRMS ではわが国の現状を踏まえ、スタンダードとして以下の判定基準を用いている。

第2表 JRMS の判定基準

レベル3	組織内で標準が作られ、大体それに従って実施されている
レベル2	組織内で概ね実施されているが、標準がない
レベル1	組織内で部分的にしか実施されていない
レベル0	組織内で全く意識されておらず、何もしていない

(出典：『JIPDEC リスクマネジメントシステム解説書』, P. 49.)

医療リスク対応についてこの判定基準を用いれば、レベル0の「意識されておらず、何もしていない」からレベル3の「標準が作られ、大体それに従って実施されている」までの4段階となる。この標準については、医療機関において当然それなりに作成されているものと思われるが、標準それ自体、組織の規模、専門領域等により、一様ではない。ここで JRMS のレベルを表示したのは、医療現場において各領域に係る確固たる

24 同上 JRMS, P. 24.

25 例えば、COBIT-Ⅲのモデルの場合、情報システムの業務を34のプロセスに分け、それぞれのプロセスについて成熟度を定義している (JRMS, PP. 20-21)。本論文では、医療リスクマネジメントの観点から展開しているが、リスク評価を行う場合、医療事故・過誤について、関連する医療行為の度合いにより、リスクが発生する確率は変化する。そこで、リスク評価を実施する際には、関連する内容の度合いについて評価を行い、ハザードとの関わりからリスクの発生を考慮すべきである。

「標準」を決め、実行状況を分析対象にすることにある。

JRMS では組織全体のリスクマネジメントシステムを視野に入れつつ、情報リスク対応に向け 1004 の質問項目を用意している。しかし、医療機関の経営を対象にしたものではないため、項目の内容については、医療機関経営に関する質問項目によっては医療現場に即したものにすることが必要がある。それぞれの医療機関においてすでにチェックリストや質問表が存在し、現に利用しているのであれば、その運用の仕方に関し医療リスクに対する「あるべき状態（標準）」と「実際の状態」との関係から改善の方向を見出すために、ここでの考え方を利用することに意味が有るといえる。

概して、標準があるとしても医療機関の医療行為従事者全体がその「標準」の存在を知っているのかどうか、知っているとして、「それに従って実施されているのか」どうか。考慮すべきは、標準を「知っている」と現実「実施している」とは同じではない。また、この違いを基本的に異なっていると認識できているのかも重要である。

わが国の組織では、概して標準を作ることには熱心であるが、それが現実には実施されているのかどうか、当初実施されていたとして、継続的に実施されているのかどうか。人事異動により人が代わると、部署のリスクセンスなりリスクマインドに変化が起きやすい傾向がある。人が代わったときにも、これまでと同じかそれ以上の実施状態にもっていける教育体制が必要である。もしも、実施状況について確認が取れ、現状がレベル 3 であれば、次の段階として、CMM のレベル 4、さらにレベル 5 を加えればよいことになる。

ここで成熟度モデルを示したのは、医療機関として医療行為従事者の医療リスクに関する認識の共有のための尺度を有する必要性を強調したかったことによる。

3 医療リスクマネジメントを視野に入れた質問項目の作成に向けて

JRMS の質問項目は階層構造になっており、次頁の第 3 表において医療機関の経営に関する「I. 経営とリスクの関係」について「I-1. 経営環境と医療リスクマネジメント」を参考のため示しておいた。

識別コードに示されている 1-1-1-1 はそれぞれの質問項目の階層を示している。この場合、経営者の関心はそれぞれ第 2、第 3 階層で示され、質問項目は第 4 階層および第 5 階層に置かれている。なお、第 4 階層については既述の JRMS の判定基準に従い 0～3 の値で回答を行う。

ところで、それぞれの回答者は、参考として添付した別紙資料の「経営とリスク」に関する質問項目の右側に●印が付いた項目に回答することが求められる。例えば、1-1-1-1 の場合は、経営者層が回答するようになっている。回答に関して重要な点は、質

第3表 JRMS の医療リスクマネジメント (試案)

キーワード	キーワード	識別コード				質 問 項 目	
経営とリスク	医療機関経営とリスク	Ⅰ. 経営とリスクの関係					
経営環境とリスクマネジメント	経営環境とリスクマネジメント	Ⅰ－1. 経営環境と医療リスクマネジメント					
1. 経営者の関心	経営者の関心	1－	1－	1－	1	Q 医療機関の経営者は役員会において経営に関する医療リスクについて議論をしていますか？ (経営に関する医療リスクは、医療現場の判断によるところが多いと思われますが、議論の内容によって役員のリスク認識が問われることになります。)	
2. 医療リスクマネジメントポリシー	組織全体を視野に入れた医療リスクマネジメントポリシー	1－	1－	1－	2	Q 医療機関として全体的な医療リスクマネジメントポリシー（方針）を有していますか？ (用語解説：組織としてのリスク対応の全体の枠組みを示し、リスクマネジメントの基本目的・目標や行動指針・実施基準を組織の構成員に明示する方針をいいます。)	
	最高経営者の承認	1－	1－	1－	2－	1	Q 医療リスクマネジメントポリシーは、最高経営者の承認のもと医療機関全体を視野に入れ策定されていますか？ (組織全体を視野に入れることによりリスクマネジメントの実効性が確保できるため、それには最高経営者の承認を得ていることが必要です。医療リスクマネジメントポリシーがそのように策定されているかを確認します。) (医療機関において、誰が最高経営者であるかの明示は必要です。)
	医療機関の経営理念との整合	1－	1－	1－	2－	2	Q 医療リスクマネジメントポリシーは、貴医療機関として理念に基づいて定めていますか？ (医療リスクマネジメントポリシーが当該理念を明確に反映して定めているかを確認します。)

(注：日本情報処理開発協会『JIPDEC リスクマネジメントシステム解説書』の質問項目をベースに、医療リスクマネジメントに対応させ、表現を修正した。)

問項目について回答者の理解の程度に差異があれば、それだけ回答結果にバラツキが生じることにある。そこで、質問項目の次にカッコ書きで用語なり、質問の意図について説明を加えている。ここでも同様に医療リスクマネジメントの視点から説明を加えた。

また、2. 医療リスクマネジメントポリシーについては、組織全体を視野に入れた医療リスクマネジメントポリシーに関する質問項目を (下線で示した) 第4階層 (1-1-1-2) に用意し、第5階層に最高経営者の承認を挙げておいた。第5階層への回答は、「はい(yes)」「いいえ(no)」で行われる。この点の詳細については字数の関係から、JRMSの解説書に委ねたい。

本稿では、JRMSにおけるコンセプトに基づき医療リスクマネジメントについて論じるにすぎないが、医療機関といえども情報システムに依存している現状から (JRMSのすべての項目が有効であると断言しがたいが) それなりに利用可能なシステムであるといえる。

4 質問項目への回答者と回答結果の意味

回答者はすくなくとも、経営者層、医療リスクマネジメント担当（それぞれの診療科等）、医療現場（医療行為従事者）等が行うことになる。経営者層に関しては、第1図「医療リスクマネジメント機能の取組みのための関係図」における最高経営会議の構成メンバーが該当する。しかし、第1図では院長（医療法人の場合には理事長）を委員長とする構成になっている。したがって、医療機関の実体に即した役職者が関係することになる。回答者数については、理事長、院長、副院長を含めるとして少なくとも3名以上が望ましいと思われる。

医療リスクマネジメント担当（別紙の質問項目では回答者欄に RM 担当と表示）については医療事故防止対策委員会、リスクマネジメント部会、医療の質保証委員会等のメンバーから選出し、人数については、医療機関の規模等によるが5～7名程度に回答を求めるのが望ましい。

医療現場の場合、各部署、特に各科別の診療科からリスク管理担当者等の関係者を選び、回答を求めることが必要である。人数は少なくとも上記と同程度を考え、選出するのが良いといえる。組織相応の回答者数を考慮するのは、質問項目に対する回答結果に差異（ギャップ）が生じることに着目点があるからである。

例えば、参考資料で示した医療機関経営に関する質問項目を用いて、上記の回答者が各自の判断で第4階層の質問項目に回答するとしよう。第2表は、参考のため「1. 経営者の関心」と「2. 医療リスクマネジメントポリシー」について、仮に医療機関の経営者層から3名の回答者を選出し、回答した結果である。既述の判定基準に基づき回答結果は、0～3の範囲で示される。重要なのは、1-1-1-1の「医療機関の経営者は役員会において経営に関する医療リスクについて議論をしていますか？」という質問に対して経営者層の回答者（A氏）は3と回答し、また回答者（B氏）と回答者（C氏）は2と回答している。第4表はそうした回答結果を示したものである。回答結果から描かれるレーダーチャートは回答結果の平均値である。第3図では平均的な結果である2.3の値が表示されている。

経営者層でA氏は3と回答しているが、他の2名の回答は2であった。第2表での判断基準に鑑みて、こうしたギャップの原因がどこにあるのかを見極め、認識の共有をはかり、ギャップが生じた原因を探り、問題点を見出すのがJRMSの考え方である。

経営者層の他に、RM担当、医療現場で選出された者がそれぞれ回答するが、例えば、1-1-1-2の質問項目「医療機関として全体的な医療リスクマネジメントポリシーを有していますか？」について医療リスクマネジメント担当層では、医療リスク対応の全体的な枠組みの点から、経営者層と異なる回答を行うかもしれない。ましてや、医療現場では、関係者間に情報格差（RM担当からの指示の徹底の度合いの違い等）があれ

第4表 JRMS の医療リスクマネジメントにおける回答例

キーワード	キーワード	識別コード					質 問 項 目	回答者	回答者	回答者
								経営者	経営者	経営者
								A	B	C
経営とリスク	医療機関経営とリスク	I. 経営とリスクの関係								
経営環境とリスクマネジメント	経営環境とリスクマネジメント	I－1. 経営環境と医療リスクマネジメント								
1. 経営者の関心	経営者の関心	1－	1－	1－	1	Q 医療機関の経営者は役員会において経営に関する医療リスクについて議論をしていますか？ (経営に関する医療リスクは、医療現場の判断によるところが多いと思われますが、議論の内容によって役員のリスク認識が問われることになります。)	3	2	2	
	組織全体を視野に入れた医療リスクマネジメントポリシー	1－	1－	1－	2	Q 医療機関として全体的な医療リスクマネジメントポリシー（方針）を有していますか？ (用語解説：組織としてのリスク対応の全体の枠組みを示し、リスクマネジメントの基本目的・目標や行動指針・実施基準を組織の構成員に明示する方針をいいます。)	3	3	3	
2. 医療リスクマネジメントポリシー	最高経営者の承認	1－	1－	1－	2－	1	Q 医療リスクマネジメントポリシーは、最高経営者の承認のもと医療機関全体を視野に入れ策定されていますか？ (組織全体を視野に入れることによりリスクマネジメントの実効性が確保できるため、それには最高経営者の承認を得ていることが必要です。医療リスクマネジメントポリシーがそのように策定されているかを確認します。) (医療法人の場合、最高経営者であるかの明示は必要で、一般的には理事長が該当すると思われます。)	yes	yes	yes
	医療機関の経営理念との整合	1－	1－	1－	2－	2	Q 医療リスクマネジメントポリシーは、貴医療機関として理念に基づいて定めていますか？ (医療リスクマネジメントポリシーが当該理念を明確に反映して定めているかを確認します。)	yes	yes	yes

(注：『JIPDEC リスクマネジメントシステム解説書』の医療リスクマネジメントに対応させた項目に回答結果を参考のため仮に入れて、例示したものである。)

ば、回答結果は低くなる可能性がある。低い回答結果は、医療リスクに関する検討結果を十分に知らせる努力なり正確な情報開示がなされていないことの表れとなる。それぞれの回答者の属する層についてレーダーチャートが回答層間の違いを示してくれる。医療事故・医療過誤と医療機関経営との関わりから、質問項目の理解と実態についての回答者間における回答のギャップをどう判断・評価するかが重要となるのである。

5 ギャップ分析の重要性

経営者層、RM 担当層、医療現場の関係者間で異なった回答になったとしても、そのことそれ自体が問題ではない。これまでのバックグラウンド（経歴）なり、責任範囲、

医療行為における経験年数や患者に対する意識等により、判断に違いが生じるのはむしろ当然のことかもしれない。重要な点は、医療リスク対応に係る質問項目に対する回答結果の差異の原因がどこにあったかを分析することにある。質問項目自体については理解に誤差ができるだけでないように解説が加えられており、問題はそれぞれの回答者の医療リスク判断に掛かっている。確かに回答結果には、回答者の役割認識の違いが反映されることになると思われるが、医療リスク対応のためにリスク認識の共有化を図るためにギャップ分析が必要となる。

回答者層のそれぞれの医療リスク認識に関するギャップに関しては、レーダーチャートを描くために入力するデータを各層の回答者により回答結果の差異を分析する。分析における意見交換の結果、回答を行った各層における実態がどの程度であるかを確認し、医療機関の担当部署として望ましいか、当然あるべき状態に持っていくためにはどうすれば良いのか、ソリューションを見出すことになる。

Ⅲ．医療機関経営に関する質問項目

JRMS をベースに表現を医療機関経営に調整した後掲資料の質問項目は、次の構成となっている。まずは、第1階層の「経営とリスクの関係」、第2階層の「I-1 経営環境と医療リスクマネジメント」である。第3階層は「1. 経営者の関心」、「2. 医療リスクマネジメントポリシー」、「3. 医療リスクマネジメントポリシーのフレームワーク」、「4. 医療リスクマネジメントポリシーの監査」、「5. 医療リスクマネジメントポリシーの周知」からなっている。第4階層と第5階層については、それぞれキーワードで質問項目の特徴が示されている。

例えば、「2. 医療リスクマネジメントポリシー」については、第4階層で「組織全体を視野に入れた医療リスクマネジメントポリシー」、その質問に関する第5階層にはふたつの質問が用意されており、第5階層の1は「最高経営者の承認」、2は「医療機関の経営理念との整合」となっている。医療リスクマネジメントを実行するためには最高経営者の承認が必要である。そこで、実効性確保のために当該質問項目が入れられている。なお、誰が役職上その位置にいるか、それぞれの医療機関によって差異があるかもしれない。第1図ならびに質問項目の解説には、医療機関が法人の場合には理事長が妥当するため、括弧内に付記しておいた。また、第5階層の2の「医療機関の経営理念との整合」について質問項目が記載されているのは、日々の医療行為が医療機関としての理念に基づいて行われているかを確認するためである。

「3. 医療リスクマネジメントポリシーのフレームワーク」では、基本目的から行動指針まで13の質問項目がそれぞれ第4階層、第5階層において示されている。「4. 医療

リスクマネジメントポリシーの監査」では医療リスクマネジメントポリシーの中に医療機関に対する監査の実施が含まれているかを問うている。なお、特定の関係者だけが医療リスクマネジメントポリシーのことを知っているだけでは、日常の医療業務において医療リスクに関する視点が涵養されないため、それを周知徹底するために「5. 医療リスクマネジメントポリシーの周知」についての質問項目が1項目だけではあるが、挿入されている。

さらに、医療機関経営には様々な医療リスク発生に関するハザードが存在するため、第1図の実体をカバーできる質問構成が望まれるところである。

Ⅳ 医療機関経営とリスク対応

JRMS を活用する場合、質問項目の取りまとめのための事務局の存在は欠かせない。第1図に鑑みれば、統合的リスクマネジメント委員会のメンバーであるリスクマネジメント部会が該当するかもしれない。その場合、統括リスクマネジャーを中心に、下記の指摘を踏まえたギャップ分析を含め、展開することになる。

医療リスクに関して、医療機関経営の立場と現場における医療行為従事者の立場との間には当然のことながらそれぞれの役割と責任に関する認識に違いがある。現場の医師、看護師、薬剤師、医療装置・器具技術者等にとっては、概して「経営の視点」から医療リスクを認識することはあまりない。すでに医療経営を単純化して示したように、²⁶ 社会保険制度における医療保険で支払われる診療報酬に重点を置いているため、固定費的な支出を減少させ、収入を増やす傾向があり、患者の通院回数を増やし、薬価差益を創出することに考慮を払う傾向がある。

医療リスクの発生が医療機関経営を脅かすという認識が経営者層にどれだけあるのか、患者サイドの視点から医療リスク対応の実態が十分に把握されておらず、自ら医療リスク対応に努力を傾注する姿勢に乏しいきらいが感じられる。

JRMS の医療リスクマネジメント版をここで展開している理由はまさにここにある。今回は医療機関の経営に関する側面だけを捉え、後掲資料に質問項目（部分）を用意したが、医療機関の機能評価に関する項目も当然のことながら重要な項目となる。医療事故・医療過誤に関するリピーター医師の存在について、²⁷ 医療現場での問題が社会的に

26 森宮、前掲論文「医療リスクマネジメント」12 ページ。

27 この問題は日本だけの問題ではない。日本の厚生労働省としても現状に鑑みて行政処分の対象を拡大し、医療ミスを繰り返す「リピーター医師」対応に着手するというが、医大の入試のあり方、入学後の適性におうじた医学教育が重要となる。すでに森宮、前掲論文「医療リスクマネジメント」(12 ページの注記 28) で指摘したように、医師の場合、現状では、民事訴訟でミスが認められても免許取消といった行政処分がない。医療過誤事件を起こした場合、それが社会問題にならないと、医者として勤務できるというのは問題であろう。

経営課題となるまで放置されてきたことも、医療機関が患者サイドに立って医療リスクを見てこなかった結果といえなくもない。

むすびにかえて

医療リスクマネジメントをシステムとして医療機関が生かすには、すでに拙稿「医療リスクマネジメント」で指摘したように、まず組織としての目標を明確にし、その達成を阻害する医療リスクの発生の根源をハザードの認識に基づき分析する必要がある。その際、第1図で示した最高経営会議における統合的リスクマネジメント委員会における最高責任者ならびに関係者の役割認識が重要となる。その上で、医療リスクマネジメントを実行する際の責任者の役割と権限を明確にし、医療リスクマネジメントシステムを維持するための体制・仕組み（医療行為従事者の能力・継続的教育・臨床訓練、シミュレーション、医療関連文書（カルテ・レセプト等）の記録、監査体制等の整備が不可欠となる。

医療リスクマネジメントシステムを重視するのは、医療行為関係者間に医療リスク対応の必要性についての共通認識が無い場合、認識ギャップの存在が特定の診療科における何気ない不注意や単純なミスでも医療機関経営全体にマイナスの影響を及ぼすからである。この点はこれまでの医療事故・医療過誤報道に鑑みても容易に理解できることである。各診療科において医療事故防止対策を講じ、努力を重ね、医療事故発生を予防する（部分最適）としても、医療関係者の些細なミスが医療機関経営の全体最適を脅かすわけである。

医療リスクマネジメントにおいては、現場の医療リスク情報だけでなく、各種委員会における伝達情報の双方向的な流れを密にし、医療機関関係者の医療リスク認識の共有を図ることがリスクコミュニケーションの点からも重要である。この点に関する方法のひとつとして JRMS のコンセプトに基づく医療リスクマネジメントシステムを勘案し、応用できれば、医療事故・医療過誤の減少に資することができるものと確信している。

資料〔医療リスクマネジメント質問項目。Ⅰ．経営とリスクの関係〕

キーワード	キーワード	識別コード	質問項目	回答者	回答者	回答者
				経営者	RM担当	医療現場
経営とリスク	医療機関経営とリスク	I. 経営とリスクの関係				
経営環境とリスクマネジメント	経営環境とリスクマネジメント	I-1. 経営環境と医療リスクマネジメント				

1. 経営者の関心	経営者の関心	1-	1-	1-	1	Q 医療機関の経営者は役員会において経営に関する医療リスクについて議論をしていますか？ (経営に関する医療リスクは、医療現場の判断によるところが多いと思われますが、議論の内容によって役員のリスク認識が問われることになります。)	●			
	組織全体を視野に入れた医療リスクマネジメントポリシー	1-	1-	1-	2	Q 医療機関として全体的な医療リスクマネジメントポリシー（方針）を有していますか？ (用語解説：組織としてのリスク対応の全体の枠組みを示し、リスクマネジメントの基本目的・目標や行動指針・実施基準を組織の構成員に明示する方針をいいます。)	●	●	●	
2. 医療リスクマネジメントポリシー	最高経営者の承認	1-	1-	1-	2-	1	Q 医療リスクマネジメントポリシーは、最高経営者の承認のもと医療機関全体を視野に入れ策定されていますか？ (組織全体を視野に入れることによりリスクマネジメントの実効性が確保できるため、それには最高経営者の承認を得ることが必要です。医療リスクマネジメントポリシーがそのように策定されているかを確認します。) (医療法人の場合、最高経営者であるかの明示は必要で、一般的には理事長が該当すると思われます。)	●	●	
	医療機関の経営理念との整合	1-	1-	1-	2-	2	Q 医療リスクマネジメントポリシーは、貴医療機関として理念に基づいて定めていますか？ (医療リスクマネジメントポリシーが当該理念を明確に反映して定めているかを確認します。)		●	
3. 医療リスクマネジメントポリシーのフレームワーク	基本目的	1-	1-	1-	3	Q 医療リスクマネジメントポリシーは、基本目的が明確に設定されていますか？ (リスク対応の基本目的が医療リスクマネジメントポリシーに明確に示されてこそ、組織として行動が可能となります。)	●	●	●	
	経営への脅威	1-	1-	1-	4	Q 医療リスクマネジメントポリシーでは、経営を脅かす医療リスクが明確に示されていますか？ (経営を脅かす医療リスクすべてを具体的に示すことは困難ですが、全体に影響を及ぼすリスクや各部署の諸活動に特有のリスクについて例示することは不可欠です。)	●	●	●	
	守るべき対象	1-	1-	1-	4-	1	Q 医療リスクマネジメントポリシーでは、組織として守るべき対象を明確にしていますか？ (組織の存続のため、何を守るべきか、その対象が明確に示されているかを確認します。例えば、患者の信頼であるとか、明示しておく必要があります。)		●	●
	役割・責任	1-	1-	1-	4-	2	Q 医療リスクマネジメントポリシーでは、守るべき対象との関連において、リスクマネジメントに関する役割・責任・権限が文書化されていますか？ (何をどう守るか、担当者の役割・責任・権限について、言葉ではなく、文書で明示されているかを確認します。)		●	●
	課題の明確化	1-	1-	1-	4-	3	Q 医療リスクマネジメントポリシーでは、組織におけるリスクマネジメントの具体的な医療リスク対応上の課題を明確に定めていますか？ (医療リスク対応上の課題を具体的に示すことによって、ポリシーとしての意味がでてきます。この点が明確かを確認します。)		●	●

社会的責任 の明確化	1-	1-	1-	4-	4	Q 医療リスクマネジメントポリシーでは、課題に医療リスクに対する社会的責任を含んでいますか？ (組織が社会的存在であることからすれば、社会的責任との関連から医療リスクに対応するのは当然のことですが、医療リスクマネジメントポリシーにこの点を含んでいるかを確認します。)		●	●
マイナス情報 の吸上げ	1-	1-	1-	4-	5	Q 医療リスクマネジメントポリシーでは、経営にとってのマイナス情報を吸い上げる機能がありますか？ (経営にとって重要なのは、対応の遅れが組織の存続に作用するマイナス情報です。そうした情報を種々のルートから入手する機能があるかを確認します。)	●	●	●
緊急事態発 生時対応	1-	1-	1-	4-	6	Q 医療リスクマネジメントポリシーでは、緊急事態発生時の役員、スタッフ、担当者の役割が定められていますか？ (緊急事態発生時には時間との勝負で即応性が求められます。そのために、それぞれの担当者の役割を決めておくことが重要です。)		●	●
コンプライ アンス違反	1-	1-	1-	4-	7	Q 医療リスクマネジメントポリシーでは、コンプライアンス違反に対する処置を明示していますか？ (コンプライアンスは経営上の前提であり、それに対する違反はリスク発生の重大な原因の1つです。コンプライアンス違反のための対応措置が、ポリシーに明示されているかを確認します。)		●	●
責任部門	1-	1-	1-		5	Q 医療リスクマネジメントポリシーでは、リスクに関する責任部門が明記されていますか？ (経営上、リスクに関する責任の所在(部門)を明示しておくことが組織として不可欠です。この点が明記されているかを確認します。)	●	●	●
実施基準	1-	1-	1-		6	Q 医療リスクマネジメントポリシーでは、実施基準が明確ですか？ (実施基準が明確でなければ、リスク対策は具体性を欠くことになります。この点が組織として明確になっているかを確認します。)		●	●
フィードバ ックループ	1-	1-	1-	6-	1	Q 医療リスクマネジメントポリシーが有効に機能するようフィードバックループ構成になっていますか？ (医療リスクは医療機関をめぐる経営環境の変化と関係しており、医療リスク対応を有効にするにはリスク分析を含め、常に見直し作業が不可欠です。そのためにフィードバックループ構成をとっているかを確認します。)		●	●
行動指針	1-	1-	1-		7	Q 医療リスクマネジメントポリシーでは、組織としてなすべき行動指針が明確にされていますか？ (リスクは組織の目的・目標達成・社会的責任等に関係しますが、果たすべきリスク対応の行動指針が明確かを確認します。)	●	●	●

4. 医療リスクマネジメントポリシーの監査	監 査	1-	1-	1-	8	Q 医療リスクマネジメントポリシーでは、監査の実施が明確に定められていますか？ (監査の視点はリスクマネジメントにおいて重要です。医療リスクマネジメントポリシーに監査を実施することが明記されているかを確認します。)		●	●	
	内部監査	1-	1-	1-	8-	1	Q 医療リスクマネジメントポリシーでは、内部監査の実施を明記していますか？ (監査について内部的にも重視し、医療リスクマネジメントポリシーに明記していることが求められます。)		●	●
	外部監査	1-	1-	1-	8-	2	Q 医療リスクマネジメントポリシーでは、外部監査の実施を明記していますか？ (監査においては客観性（第三者の目）が不可欠です。そこで、外部機関により監査の実施が定められているかが問われます。)		●	●
5. 医療リスクマネジメントポリシーの周知	周 知	1-	1-	1-	9	Q 医療リスクマネジメントポリシーを関係者に周知していますか？ (リスクマネジメントは特定の部署の者だけ知っていればよいものではありません。そこで、広く関係者に周知しているかが問われます。)		●	●	

(注：『JIPDEC リスクマネジメントシステム解説書』「JRMS 質問項目. I. 経営とリスクの関係」(pp. 19-20)を医療リスクマネジメント向けに展開。)