

II. 寄稿文

医師主導による院内有害事象（インシデント）情報の収集とその活用法～平時での対応を中心に～

自治医科大学附属さいたま医療センター
総合医学講座Ⅱ（一般・消化器外科）
医療安全・渉外対策部
遠山信幸

【はじめに】

医療安全活動は組織横断的な活動であり、日頃（平時）からいかに組織内に安全文化を根付かせるかがポイントとなる。James Reason は安全文化とは「情報に立脚した文化(Informed Culture)」であるとし、その諸要素として「報告する文化(Reporting Culture)」、「正義の文化(Just Culture)」、「柔軟な文化(Flexible Culture)」、「学習する文化(Learning Culture)」をあげている。院内で発生した有害事象(インシデント)報告は医療安全の基本であり、報告に基づいた改善策の立案・実施すなわち PDCA サイクルの第一歩である¹⁾。

上記のようにインシデント報告は安全文化の各要素との関連性が高く、医療安全対策のアウトカム指標としてのインシデント報告件数の評価が有用とされているゆえんである²⁾。医療機関内で発生したインシデントは網羅的・即時的に収集されることが理想である。しかしながら現状ではインシデントの収集、特に医師からの報告収集に難渋している施設が多く、医療安全に携わる者にとって頭痛の種である。

本研究班では医師の医療安全への積極的な関与の必要性を取り上げ、アンケート調査を中心に現状の把握を行ってきた。本稿では自治医科大学附属さいたま医療センター（以下、当センター）で行っている医師主導によるインシデント報告推進への取り組みと、その有効活用法について紹介する。

【自治医科大学附属さいたま医療センターの現状】

当センターは 1989 年 12 月に埼玉県大宮市（現さいたま市、人口 128 万人）に自治医科大学の附属病院（分院）として設立された³⁾。許可ベッド数は 608 床(一般 568 床、ICU・CCU20 床、救急 20 床)であり、勤務医師数は約 300 名で、看護師 750 名を含む約 1300 名の職員が勤務している。手術件数は年間約 7,000 件、救急車搬送も約 8,000 件で、年々増加の一途をたどっており、さいたま地域の代表的な急性期中核病院である。

病院長であるセンター長直属の部門として医療安全・渉外対策部が設置され、その中に医療安全管理室と渉外対策・保安支援室がある。医療安全管理室では、インシデント報告の推進を活動目標の第一に掲げ、特に「鉄は熱いうちに打て」の言葉どおり、新人職員や中途採用者への教育に力を入れてきた。医療事故は「いつでも」「どこでも」「だれでも」起こすものであり、注意していても起きることを繰り返し説明し、小さなことでも報告するように全職員に説いている。特に医師に対しては報告義務基準を 30 項目設定し、報告対象の明確化を図っている。

その結果、平成 27 年度の全インシデント報告数は 24,125 件となった。看護師からの報告は 21,683 件、医師報告は 1,081 件、薬剤部 251 件、放射線部 296 件、臨床工学部 241 件、臨床検査部 209 件であり、すべての部署からの報告文化が醸成されてきているといえる。(図 1、図 2)

【報告のトリアージ体制】

大部分を占めるヒヤリハット報告は主に看護師や研修医からなされ、大事の前の小事として（ハインリッヒの法則）検討することは意義がある。一方、重大報告は主に医師からなされることが多く、これらは単に数の集計だけでなく、個々の事例を深く掘り下げた上で、質向上のための原因究明と再発予防策を講じる必要がある⁴⁾。

当センターでは医師報告の中から重大事例や警鐘的・教訓的事例に対し「事例検討会」を開催、原因究明と再発予防策の検討を行っている。これとは別に、周術期に重篤な事例発生をみることが多い外科系診療部門（総合

医学講座Ⅱ)では、「M&Mカンファランス」も毎月1回定期的に開催している。

【事例検討会】

医師からのインシデント報告に基づき、センター長と副センター長、医療安全管理室メンバーで週に1回合議の上、開催が決定される他科横断的なM&Mカンファランス形式の症例検討会(Peer review)である。死亡事例や重篤な事例にとどまらず、教訓的な事例も対象としている。司会は当該診療科以外の第三者が行い、医師以外の医療従事者も含めた15-20名程度の出席者がある。原因の究明と実現可能な再発防止策の立案が目的であり、個人の責任追及が目的ではないことを、会の冒頭に宣言している。

2003年より開始し2016年12月まで274回開催された。検討内容は各種委員会で報告されるほか、年2回の事例検討報告会で全職員に対しフィードバックを図っている(医師は出席を義務化)。この事例検討会を通して、各種のマニュアル策定やシステム変更もなされてきた。

【M&Mカンファランス】

ハイリスク症例を取り扱うことの多い外科系12診療科(総合医学講座Ⅱ)全体による診療内容の相互チェックと情報共有を図るために2003年から開始された⁵⁾。毎月1回の定期開催であり、2016年12月まで138回開催された。毎回2診療科が担当となり、自科での術後M&M症例の他、他科横断的な手術症例や連携による成功事例なども提示・検討している。医療安全部門から各科に症例を指定することもある。

出席者は毎回60-100名程度あり、M&Mカンファランスでは麻酔科・ICUや救急部門からの連絡や新任医師の紹介なども行っており、外科系全体の情報共有の場ともなっている。

【まとめ】

医療の質改善は医療安全には必須であり、中心となる医師の役割は重要である。当センターでは平時からのインシデント報告とそれに基づく質改善活動そのものを診療行為の一環として周知徹底している。また医師も含めた医療安全管理室メンバー全員による院内全館巡視も週1回定期的に実施しており、PDCAサイクルの活用を図っている。

引用文献

- 1) 遠山信幸：消化器外科医の立場からの医療事故防止対策 消化器科 44:18-24;2007.
- 2) 福田治久：医療安全対策の有効性評価に係わる課題：インシデント報告システム活性化対策を例にして 医療の質・安全学会誌 7:37-47;2012.
- 3) 医療安全に向けた会員病院の取り組み
自治医科大学附属さいたま医療センター(埼玉県さいたま市)
患者安全推進ジャーナル 29:19-23;2012.
- 4) 遠山信幸、亀森康子：インシデントレポート；集めたその後に見える課題 患者安全推進ジャーナル 33：23-26：2013.
- 5) 遠山信幸：医療の質向上のための外科系術後合併症カンファランス(M&Mカンファランス) 患者安全推進ジャーナル 34：33-36；2013.

図1 全職員からのインシデント報告数の年次推移（自治医科大学附属さいたま医療センター）

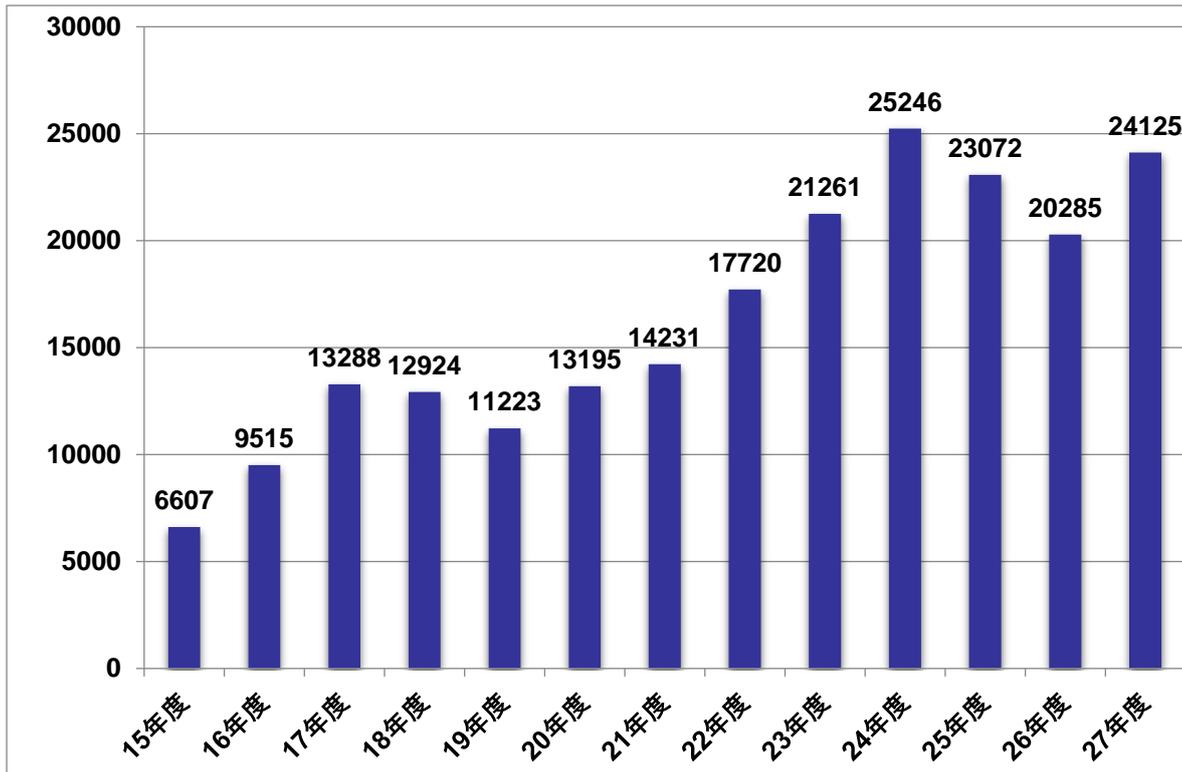


図2 平成27年度 部門別インシデント報告数とレベル分類

レベル	0	1	2	3a	3b	4a	4b	5	計	%
看護師	8597	9654	2461	913	47	0	1	10	21683	89.9%
医師	131	303	193	146	211	6	20	71	1081	4.5%
薬剤部	183	97	16	0	0	0	0	0	296	1.2%
放射線部	60	143	44	4	0	0	0	0	251	1.0%
臨床検査部	65	115	16	12	1	0	0	0	209	0.9%
臨床工学部	76	129	32	3	1	0	0	0	241	1.0%
栄養部	8	145	9	0	0	0	0	0	162	0.7%
リハビリ室	27	72	30	12	1	0	0	0	142	0.6%
事務部門	4	21	3	0	0	0	0	0	28	0.1%
中央材料室	2	0	0	0	0	0	0	0	2	0.0%
歯科衛生士	4	18	6	2	0	0	0	0	30	0.1%
合計	9157	10697	2810	1092	261	6	21	81	24125	100.0%
%	38.0%	44.3%	11.6%	4.5%	1.1%	0.0%	0.1%	0.3%	100.0%	