

医療安全推進室の役割 —医療安全のあり方を考える—

高松赤十字病院 医療安全推進室

西村 和修, 中谷 美子, 石橋 武, 三好 英文, 宮脇 啓二

要 旨

当院での医療安全推進室としての取り組みとして、院内インシデントレポートシステム (CLIP) の分析、および院内症例検討会 (院内 M & M) の事例を紹介するとともに、医療安全のあり方、医療安全推進室の役割について検討した。

方法：2012 年 1 月から 2016 年 11 月までの CLIP のデータベースより、以下の項目を抽出、検討した。全報告件数、リスクレベル毎の件数、表題別、職種別、該当診療科別、患者年齢別。また院内 M & M の症例および対応方法を示した。

結果：CLIP の報告件数は年間 3000 件ほどで、おおよそ 600 件に 1 件の割合で重大事故が発生していた。表題では薬剤関連がもっとも多く、職種別では看護師が全体の 90% であった。転倒・転落に関する組織的対応でインシデントが軽減できた。院内 M & M の症例検討で、多職種関与により、医療の質向上に貢献できた。

結語：医療安全推進室での取り組みが医療安全向上に役立っていることが示唆された。

キーワード

医療安全, インシデントレポート, M & M, 医療事故調査制度

はじめに

医療安全というものが、病院組織内で概念として定着し、システムの構築されたのは、まだ比較的新しい。筆者が医師になったころの 30 数年前はそのような発想はあまりなかった。むしろ、医療者として患者へ最善の医療を尽くすという点では、昔も今も変わりはないと信じている。しかし医療の質を高めるための安全文化というものはほとんどなかったと言ってよい。ある研究によると患者の満足度と医療側の満足度には乖離があ

り、信頼関係は医療側が感じているほど、患者側は満足していないことがわかっている¹⁾。

よく知られているように我が国では 1999 年という年が医療安全にとって歴史的なマイルストーンとして認識されている。表 1 にこれまでの主な医療事故報道について記載した。横浜市大の事件は心臓外科と呼吸器外科の患者取り違えであり、心臓外科医は気付かずに、正常な心臓の弁を人工弁に取り替えてしまった。都立広尾事件では消毒剤を生理食塩水と誤って投与し、死亡させた。この事件では最終的に院長が医師法違反で起訴され

表 1 主な医療事故と結果

発生年	事件	結果
1999 年	横浜市大 患者取り違え事件	医療者 6 名の起訴
1999 年	都立広尾病院 静脈内誤投与事件	医師法 21 条による届け出違反を問われた
1999 年	杏林大学病院 割り箸死事件	医師の過失なし
2001 年	東京女子医大 人工心肺事件	医師は起訴されるも無罪
2006 年	大野病院帝王切開 刑事起訴	医師無罪

ることとなり、以後医療事故が警察に届けられるという流れができてしまった。

その後、厚労省、各医療団体、病院の種々の努力により医療事故は確実に減ってきている。そして、2015年10月、紆余曲折を経て医療事故調査制度が発足した。医療事故は減ってはいるが、一方で事故を減らすための現場の医療者の疲弊も大きな問題となっており、ことに少ない医療者で患者に対応している病院では過大なストレスの中で日常診療を行なっている。

本稿では、当院での医療安全推進室としての取り組みとして、インシデントレポートの分析、および院内症例検討会の事例を紹介するとともに、病院、医療に従事するものにとっての、医療安全のあり方、位置付け、活用について論じてみたい。

対象と方法

A) インシデントレポート (CLIP) の活用と分析

当院では2011年末から医療安全報告システムのePower/CLIP（以下CLIP）を導入、電子カルテ上で報告できるシステムが利用できるようになった。これにより、インシデントの分析（患者情報、医療者の職種、発生時間帯、要因など）が容易となり、対策も立てやすくなった。転倒、転落事故やドレーン管理、自己抜去などへの対策が功を奏したかどうかの検証もしやすくなった。また、この情報（発生件数報告）は公益財団法人日本医療機能評価機構にも報告されている。同機構を通じて日本の主要な医療機関における医療事故の分析、原因究明が行われている。以下当院で、

今回分析を行った項目を列挙する。

1) 医療安全報告レベルと年次推移

2012年から2016年（11月まで）のインシデントレベル別の発生件数年次推移を検討した。表2に医療安全報告レベルと患者への影響度およびその報告方法についてまとめた。レベル0-2を軽微なインシデント、3aは中程度、3b以上は治療経過に影響を及ぼす重要なアクシデントと位置付けた。

2) 表題別の報告件数と年次推移

インシデントの表題は20項目あるが、分析を簡便化するため次の8項目に分類した。薬剤（処方、調剤、内服、注射）、輸血、治療・処置（手術、分娩、麻酔、リハビリテーション、処置）、医療機器、ドレーン・チューブ、検査、療養上の世話（転倒・転落、感染、褥瘡）、その他（情報・記録、説明、事務、観察、その他）の8項目。各項目の5年間の割合も算出した。

3) 職種別のCLIP報告件数の推移

職種を以下の9職種に分類した。医師（研修医、歯科医師を含む）、看護師（助産師、看護助手を含む）、薬剤師、臨床検査技師、放射線技師、管理栄養士（調理師含む）、リハ専門職（理学療法士、作業療法士、言語聴覚士）、臨床工学技士、事務系の9職種。報告件数だけでなく、従事職員数あたりの件数を算出した。

表2 医療安全報告レベルと患者への影響度および報告方法

レベル	患者への影響度	報告事項と方法
0	エラー、不具合があったが、患者には実施されなかった。	報告者はCLIPにて3日以内に報告、所属長は7日以内に承認
1	患者への実害はなかった (何らかの影響を与えた可能性は否定できない)	
2	処置や治療は不要であったが、観察強化、バイタルチェックなどの必要が生じた	
3a	簡単な治療や処置を要した	報告者は直ちに所属長に口頭報告、所属長は当日中に医療安全推進室に口頭報告する。 CLIPにて7日以内に報告、承認を行う
3b	濃厚な処置や治療を要した (バイタルサインの変化、入院日数の延長など)	
4a	永続的な障害が残ったが機能上の問題は伴わない	報告者は直ちに所属長に口頭報告し、所属長も直ちに医療安全推進室に口頭報告する。 CLIPにて2日以内に報告、承認を行う
4b	永続的な障害が残る、有意な機能上の問題を伴う	
5	死亡（原疾患の自然経過によるものを除く）	
その他	call 9やオカレンス等でどのレベルにも当てはまらないもの	医療安全推進室からの指示に従う

4) 患者診療科別の報告件数

医療事故に主として関わった診療科別の報告件数、および全体に占める割合を算出した。計 28 診療科（部門）で、その他分類不能なものは記入なしとした。

5) 患者年齢別の報告件数について計 5 年間の報告件数を算出した。

B) 院内症例検討会の報告内容

2015 年 7 月から、院内症例検討会（院内 M & M）を開始した。M & M とは Morbidity and Mortality カンファレンスのことで、医療の質の改善のため、死亡症例や死亡に至らずとも重篤となった症例を検討する会である。欧米の多くの教育機関施設や日本の一部先進的医療機関で行われている。教育、医療安全の点から大変有意義な勉強会と位置付けられている。当院の死亡症例は月に 30 例 - 40 例発生しているが、これを内科系、外科系、救急系の 3 系統ごとに 3 医師によって内容を吟味し、教育的価値の高い症例をピックアップしている。症例を担当した医師により 7 - 10 分ほどでプレゼンテーションを行い、その後質疑応答、討論となっている。2 ヶ月毎の開催で、毎回医師を中心に 40 - 50 名の参加者があり、次第にその内容は充実してきている。

結 果

A) インシデントレポート (CLIP) の活用と分析

1) 図 1 に CLIP 報告件数の年次推移を表した。

2016 年は 11 月までの集計であり、最終的には 2015 年とほぼ同じ件数と推測している。CLIP による報告システムを始めた 2012 年以降、徐々に報告件数は増加し、現在は年間 3000 件前後となっている。表 3 に RM レベル別の CLIP 報告件数を示した。軽微なインシデントである RM 0 から 2 までが圧倒的に多い。2015 年以降レベル 3a が増加しているが、これは点滴チューブ類トラブルに関するレベル評価を 3a に引き上げた要因が大きい。高齢者の増加を背景にした認知機能の低下や、これまで現場で報告不要と判断していたものが積極的に報告されるようになり、全体の報告増加に関与したと解釈している。3b - 5 の報告件数はあまり多くない。レベル 5 は本来、医療行為に関わった死亡例であるが、報告者の判断によって、5

と記載され、そのままとなっていた症例であり、明らかな事故ではなかった。本来ならその他に分類されるべきであった症例と思われる。図 2 にインシデントレベル別の報告数の年次推移を表した。レベル 3a の増加については上述のドレーン・チューブ類のトラブルが増加した要因が大きい。さらに詳細な分析も必要であ

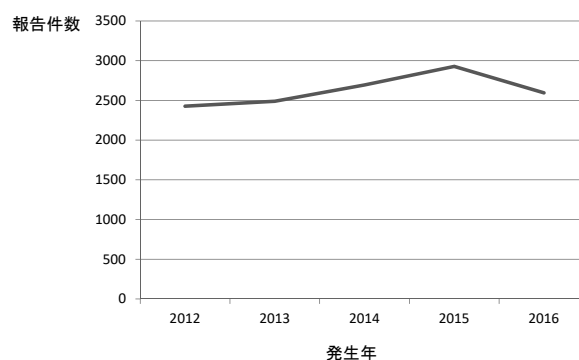


図 1 CLIP 総報告件数の年次推移

表 3 RM レベル別の CLIP 報告件数

RM レベル	年					計
	2012	2013	2014	2015	2016	
0	111	104	120	88	100	523
1	1127	1067	928	754	592	4468
2	811	980	1050	1126	1009	4976
3 a	224	212	460	823	700	2419
3 b	76	57	59	61	42	295
4 a	0	0	1	1	0	2
4 b	3	2	4	2	4	15
5	0	0	1	2	1	4
その他	61	50	55	65	63	294
記入なし	9	13	4	7	108	141
計	2422	2485	2682	2929	2619	13137

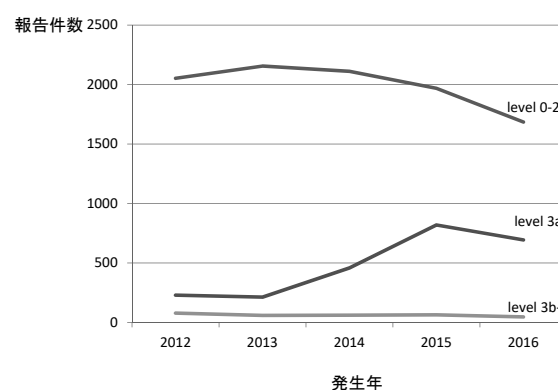


図 2 CLIP インシデントレベル別の報告件数推移

る。なおレベル4a、4bの個々の内容は血管造影後の脳梗塞、長時間臥床後の腓骨神経麻痺、転倒による硬膜外、硬膜下血腫、心大血管手術後の出血性ショック、対麻痺、麻酔中の血圧低下、心停止、電気メスによる皮膚損傷などであった。また、その他に属するものとして、特記すべきことは病理や放射線読影の報告伝達ミスがあった。報告システムの改良でこれらは減少している。

2) 表題別の報告件数と割合を表4に示した。表題の3大要因は薬剤、ドレーン・チューブ、療養上の世話（主に転倒・転落）である。薬剤は内服のほうが、注射よりやや多い。薬剤は2014年から増加傾向で、これは主に持参薬の問題とジェネリック薬品が増えたため、同効薬のチェックが難しくなったことによると判断している。ドレーン・チューブ類も増加傾向で、疾患の重症化、高齢化による認知機能の低下な

どの要因とともに、早期リハビリに取り組んだがため、逆に抜去トラブルのインシデントも増えている。転倒・転落については2014年がピークで、以後後述のようにアセスメントや環境整備などの医療者側の努力により減少傾向となっている。

3) 職種別のCLIP報告件数の推移を表5に示した。報告数全体のうち、およそ90%を看護職が占めている。次いで医師、事務系、薬剤師と続く。職員数の多寡による違いを修正するため、図3に患者に接する機会の多い3職種（医師、看護師、薬剤師）のCLIP報告件数を職員数で割った数値の年次推移を示した。看護師はやや増加、薬剤師、医師についてはほぼ横ばいである。図4は他の6職種の職員数あたりの年次推移である。臨床工学技士からの報告が増えている一方で、他の職種については概ね、横ばいである。

表4 表題別報告件数と割合

表題	年					計	割合
	2012	2013	2014	2015	2016		
薬剤	721	786	835	890	771	4003	30.5%
輸血	24	29	23	15	5	96	0.7%
治療・処置	166	128	177	170	157	798	6.1%
医療機器	59	76	50	67	56	308	2.3%
ドレーン・チューブ	527	511	537	693	578	2846	21.7%
検査	147	159	154	154	161	775	5.9%
療養上の世話	534	557	640	611	596	2938	22.4%
その他	244	239	266	329	295	1373	10.5%
計	2422	2485	2682	2929	2619	13137	

表5 職種別CLIP報告件数と割合

職種	年					計	割合
	2012	2013	2014	2015	2016		
医師	120	97	75	81	80	453	3.4%
看護師（助産、助手含む）	2133	2234	2413	2631	2534	11945	90.9%
薬剤師	29	29	39	47	32	176	1.3%
臨床検査技師	13	12	10	17	22	74	0.6%
放射線技師	18	15	15	15	20	83	0.6%
管理栄養士（調理師含む）	8	8	8	11	4	39	0.3%
リハ（3職種計）	21	19	34	30	30	134	1.0%
臨床工学技士	9	12	27	28	26	102	0.8%
事務系	37	31	45	51	34	198	1.5%
計	2422	2485	2682	2929	2619	13137	

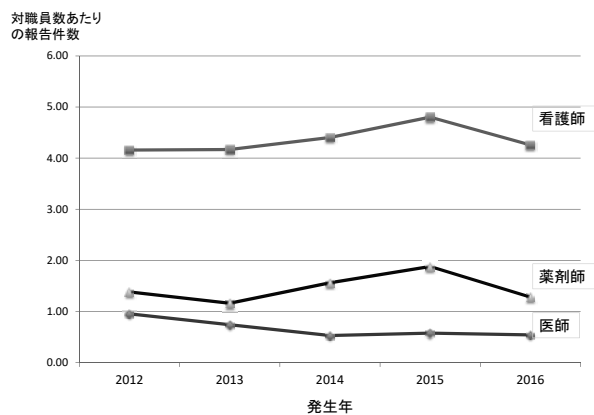


図3 3職種の職員数あたりのCLIP 報告件数推移

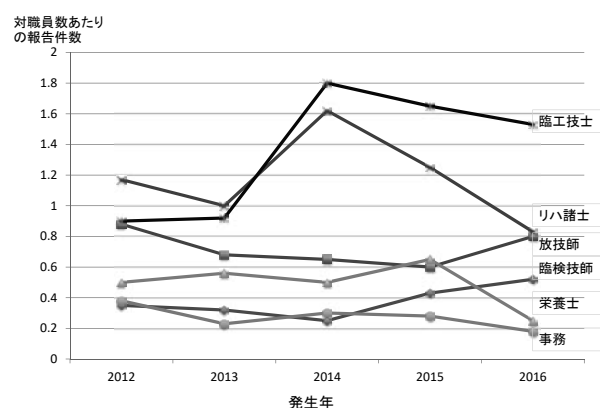


図4 他の6職種の職員数あたりのCLIP 報告件数推移

4) 患者診療科別のCLIP 報告件数を表6に示した。割合が5%以上の診療科は血液内科、消化器科、循環器科、呼吸器科、小児科、消化器外科、脳神経外科、心臓血管外科、整形外科、泌尿器科などであった。患者数の多い診療科では当然、報告件数も増えることになる。内科系で多いのは取り扱う患者数が多いためと思われる。反対に、患者数のそれほど多くない外科系では、元々のリスクが高いためか、報告数が相対的に多くなっている。

5) 患者年齢別のCLIP 報告件数を図5に示した。10歳までの小児領域がやや多い。成人では60歳以上で増加している。65歳以上の入院患者は2013年5247人から2015年は6562人と25%増加している。今後もこの傾向は続き、高齢者特有の対策（筋力低下、誤嚥、転倒予防、認知症、せん妄対策）などを組織的に立てる必要がある。

B) 院内M & Mの報告内容

これまでに計9回・26例の症例報告があった。表7にこれまでの報告の病名、年齢等を表した。備考欄の#の3症例は院内医療事故判定会を招集した症例で、*の1例は死亡時は特に問題がなかったが、後日虐待が疑われて症例検討を行った。

なお、2015年からの医療事故調査制度の対象事案と調査の流れを図6に示した。対象事案は管理者が「医療に起因し、または起因すると疑われる死亡または死産であって、当該医療従事者がそれを予期しなかったもの」と定義されている。調査の流れとしては死亡症例が発生した後に、できるだけ速やかに報告すべき医療事故かどうか判断する必要がある。このため、当院では医療事故判定会を開催している。そこで報告すべきと決定した場合は医療事故調査・支援センター（以下センター）へ報告すると同時に、院内事故調査委員会を開始し、その結果をセンターに報告することとなっている。この調査委員会は原則として外部委員を招聘することが奨励されている。

症例2はレックリングハウゼン病の患者で側湾症の手術当日に出血性ショックで死亡し、始めは手術中の医療事故が疑われた。事故調査制度施行前の症例であったが、直ちに従来の院内事故調査委員会を開催した。放射線科医による詳細な読影により、大量の消化管出血が死亡原因と判明した。後日、2014年に日本安全医療機構より、レックリングハウゼン病では血管の脆弱性から血管破綻を生じやすいことが報告されていることを知った²⁾。同病を治療するにあたって留意すべきこととして、教訓的であった。

症例13は大腿骨頭壊死で関節置換術を控えている患者の急変であった。死亡直後はAi（死後CT）も行われたが、原因不明で心臓死とされた。予期せぬ死亡であったため院内事故判定会が開催された。その際、放射線科医の読影で肺塞栓症が明らかとなった。この事例では肺塞栓予防もなされていたが、それでも肺塞栓が発生し、止むを得ない症例と判断され、センター報告不要と判断した。判定会を行うことで診断が訂正された事例でもある。

症例17は施設で転倒し、救急外来を受診した。恥骨骨折と骨盤の軽い出血を認める程度で、いったん施設に戻ったあとに急死した。この事例で

表 6 患者診療科別の報告件数

診療科名	年					計	割合
	2012	2013	2014	2015	2016		
血液内科	133	181	110	135	100	659	5.0%
腎臓内科	24	20	20	32	40	136	1.0%
内分泌代謝科	24	40	63	67	70	264	2.0%
消化器科	279	321	426	349	282	1657	12.6%
循環器科	181	213	175	291	339	1199	9.1%
神経内科	21	28	21	29	60	159	1.2%
呼吸器科	170	136	128	176	205	815	6.2%
小児科	93	158	190	168	153	762	5.8%
消化器・小児外科	201	152	216	239	118	926	7.0%
胸部・乳腺外科	36	32	26	47	41	182	1.4%
脳神経外科	173	169	173	193	195	903	6.9%
化学療法科	0	0	0	0	0	0	0.0%
心臓血管外科	165	181	238	218	165	967	7.4%
整形外科	213	185	201	269	198	1066	8.1%
皮膚科	16	25	36	47	42	166	1.3%
泌尿器科	154	200	248	207	217	1026	7.8%
腎不全外科	0	1	5	4	4	14	0.1%
産婦人科	124	103	76	91	109	503	3.8%
眼科	31	14	9	14	9	77	0.6%
耳鼻咽喉科	29	27	29	45	25	155	1.2%
放射線科	1	1	1	4	3	10	0.1%
麻酔科	6	10	6	8	13	43	0.3%
リハビリテーション科	0	0	0	0	0	0	0.0%
歯科口腔外科	0	7	3	6	4	20	0.2%
健診科	3	1	0	3	5	12	0.1%
透析科	10	21	32	44	15	122	0.9%
精神科	0	0	0	0	0	0	0.0%
病理	0	0	0	0	0	0	0.0%
(記入なし)	335	259	250	243	207	1294	9.9%
計	2422	2485	2682	2929	2619	13137	

報告件数

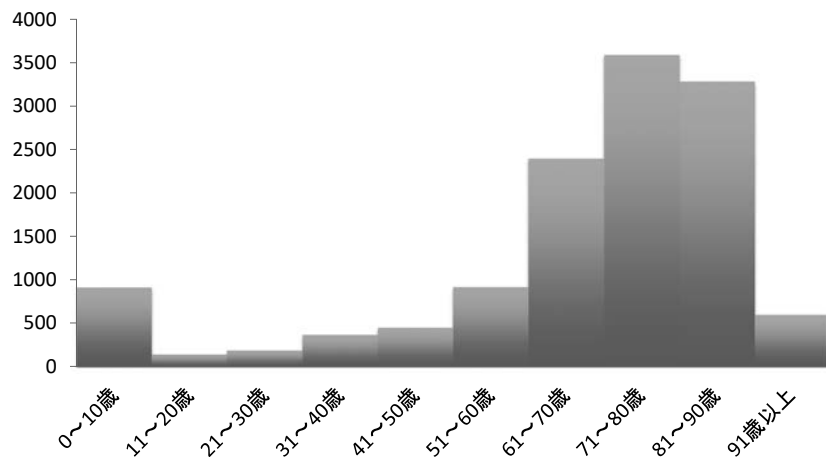


図 5 患者の年齢分布

表 7 院内症例検討会 (M&M) による事例リスト

	症例番号	症例	備考
第 1 回	1	内科系 【呼吸器科】 COPD 急性増悪 (56 歳 男性)	
	2	外科系 【整形外科】 レックリングハウゼン, 側弯症手術後, 出血性ショック (19 歳 女性)	#
	3	救急系 【消化器外科, 整形外科】 大腿骨骨折後, NOMI, 敗血症 (88 歳 女性)	
第 2 回	4	内科系 【血液内科】 HIV 患者, HIV 脳症, 日和見感染 (46 歳 男性)	
	5	外科系 【皮膚科】 糖尿病性壊疽, 下肢切断後, 敗血症 (74 歳 男性)	
第 3 回	6	内科系 【消化器科】 KRAS 遺伝子野生型結腸癌 (64 歳 男性)	
	7	外科系 【心臓血管外科】 破裂性腹部大動脈瘤 (61 歳 男性)	
	8	救急系 【救急科】 アルコール性肝硬変の急性増悪 (68 歳 男性)	
第 4 回	9	内科系 【循環器科】 うっ血性心不全 (87 歳 女性)	
	10	外科系 【心臓血管外科】 大動脈弁置換術後 (73 歳 男性)	
	11	救急系 【循環器科】 下肢閉塞性動脈硬化症 (86 歳 男性)	
第 5 回	12	内科系 【消化器科】 腭頭部癌, クエチアピン投与後の死亡 (75 歳 女性)	
	13	外科系 【整形外科】 大腿骨頸部骨折, 急性肺塞栓の疑い (88 歳 女性)	#
	14	救急系 【脳神経外科】 脳動静脈奇形破裂による脳出血の疑い (36 歳 男性)	
第 6 回	15	内科系 【消化器科】 予期せぬ心停止, 感染性動脈瘤破裂 (87 歳 女性)	
	16	外科系 【心臓血管外科】 術後の予期せぬ心停止, 胸部大動脈瘤再破裂の疑い (83 歳 男性)	
	17	救急系 【救急科】 救急外来受診・帰宅後の心停止, 骨盤内動脈性出血の疑い (92 歳 女性)	*
第 7 回	18	内科系 【神経内科】 パーキンソン病に伴う脱水, 栄養障害による死亡 (80 歳 男性)	
	19	外科系 【泌尿器科】 末期腎不全に伴う誤嚥性肺炎の急性増悪による死亡 (77 歳 男性)	
	20	救急系 【循環器科】 HD 終了後紹介搬送, 原因不明の敗血症疑いによる死亡 (75 歳 女性)	
第 8 回	21	内科系 【呼吸器科】 肺炎・肺がんで入院, 肺アスペルギルス症疑い (62 歳 男性)	
	22	内科系 【内分泌代謝科】 敗血症, 全身性疼痛, 多発膿瘍 (91 歳 男性)	
	23	救急系 【泌尿器科】 縦隔気腫の疑いで入院, 6 時間後急死 (40 歳 男性)	#
第 9 回	24	内科系 【呼吸器科】 咳, 間質性肺炎 (69 歳 女性)	
	25	外科系 【心臓血管外科】 AS・CKD・赤芽球ろうあり, 大動脈弁置換術後 (79 歳 男性)	
	26	救急系 【循環器科】 CPR で搬送・蘇生・PCPS 開始, 緊急 PCI 施行 (51 歳 男性)	

: 院内事故判定委員会開催症例 * : 虐待対策委員会開催症例

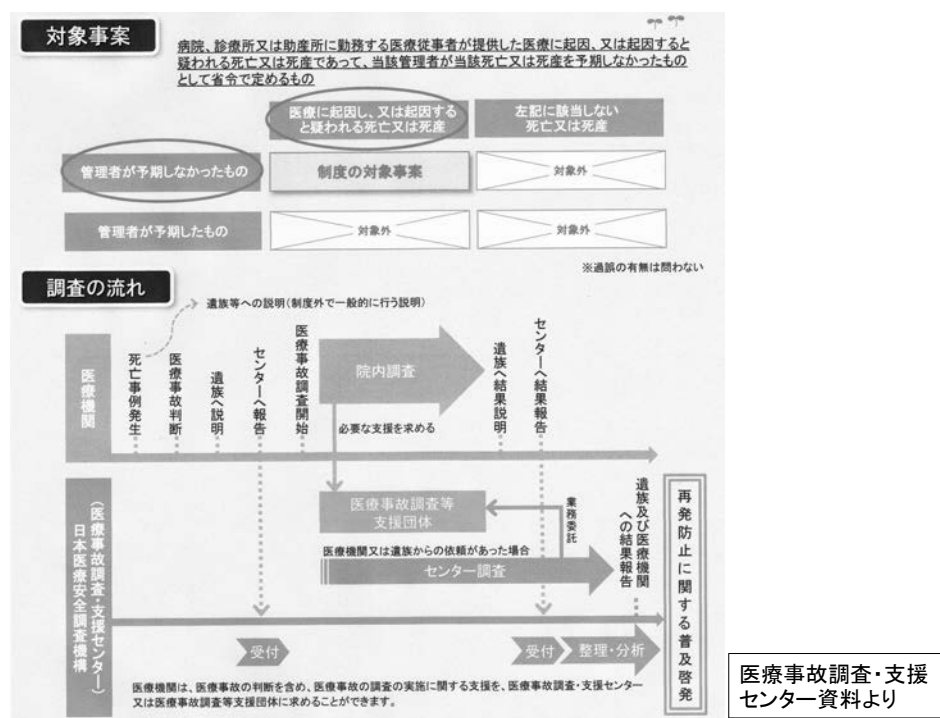


図 6 医療事故報告対象事案と調査の流れ

は、M & M の検討会で、骨盤内で出血が疑われたが、そもそもベッドからの転落程度で骨盤出血をきたすほど重症となるのかという点で、何らかの虐待での出血ではないかと疑義が出された。そこで2ヶ月以上経過してからとなるが、虐待対策委員会で協議することとなり、整形外科医のコメントで転倒でも十分起こり得ることが判明し、虐待の疑いは晴れた。

症例 23 は救急入院後数時間での急死であった。発症時の CT では急性大動脈解離の診断が困難であったが、急変時の CT では明らかに解離所見であった。本症例も院内医療事故判定会が開催された。発症時の CT の所見は一般医では解離の診断が困難であること、若年で重症感がなかったことなどから、想定内の医療行為（診断）と判断し、センターへの事故調査報告はされなかった。

全 26 例の関連する診療科では心臓血管外科、循環器科が各 4 例、呼吸器科、消化器科が各 3 例、整形外科、泌尿器科、救急部が各 2 例、脳神経外科、消化器外科、皮膚科、血液内科、内分泌代謝科、神経内科が各 1 例であった。

考 察

患者に影響を及ぼす医療事故は極力回避しなければならない。このことは医療者にとっては当たり前のことであり、また患者側にとっても、病院では治してもらうことを前提としているので事故などあってはならないと考えている。しかし、実際の医療では、多くの間違いが起こり得るとともに、医療行為に起因する合併症、副作用といったものも多く存在する。コミュニケーション能力も大切で、不可避な事故でも伝え方次第で患者側の意識は大きく変わる¹⁾。医療事故は単純なミスもあれば、医療の質に関わるものもある。後者でよく問題となるのは、診断の誤り、中心静脈カテーテル関連合併症（出血、感染、迷入等）、内視鏡検査、手術時の穿孔、などがあげられる。ミスなのか、合併症なのかというのは実に難しい問題で、患者、医療者間での意識の差はよく医療トラブルに発展してしまう。

病院の医療安全推進室の主要な役割としては下記のものがある。

- 1) 医療安全に関わる事例分析、調査を行い、防止対策を立てること
- 2) 医療安全に関わる教育を行い、広く医療安全

文化を普及させること

- 3) 医療事故発生時に迅速に対応し、調査を行うこと

他にも種々の業務があるが、主なものは上記 3 つに集約される。医療を安全、安心なものへと質を高めること、そして患者を守り、かつ医療者も守ることが最大の目的である。この観点から、5 年前に CLIP を導入し、事例分析を重ねてきた。報告件数は年々増加し、現在は年間 3000 件ほどとなっている。この数字が多いか少ないかは、病院の規模や疾患内容、職員の捉え方などに影響するので、評価は難しい。平成 27 年の日本医療機能評価機構による年報では 500 床クラスの医療機関における報告件数は平均 1640 件となっており³⁾ 当院は多いほうといえるが、600 床以上では平均 2950 件となっており、ほぼそれと同じレベルとなる。医療事故の分析における当院のスタンスとしては、その推移と内容分析が重要であると考えており、今後も継続的に分析を続けていきたい。レベル 2 以下の軽微な事例が圧倒的に多いが、これらを軽微であるからと言って軽視しているものではない。安全管理でよく知られたハインリッヒの法則は 80 年以上前に提唱されたものであるが、それによると、ある重大な事故が 1 件起きた場合、それに近い軽症の事例が 29 件、さらにその背後に 300 件ものほとんど障害のない事件が起こっていたというものである。この原則は現在の医療現場にもあてはまると言われている。表 3 の RM レベル別報告件数を見ると、レベル 0 - 2 は 9967 件、レベル 3a は 2419 件、3b は 295 件、それ以上は 21 件である。3a を軽微な方に分類、3b を中等度に分類するとそれぞれ軽：12386 件、中：295、重：21 となり、凡その比は軽：中 = 42：1、中：重 = 14：1 となる。また最近は些細なことでも報告する傾向があることから、軽い事例が増えていると考えられる。またレベル 3a と 3b の違いなどは微妙な判断であり、法則通りとはいかない。いずれにしても当院のデータでは重大な 4a 以上は 13137/21 = 625 と、おおよそ 600 事例に 1 例の割合で重大事故が発生していることになる。

表題別では以前から指摘されているように薬剤、ドレーン・チューブ、療養上の世話が 3 大要因で、この傾向は変わっていない。前述の平成 27 年の日本医療機能評価機構による年報では

500床クラスで薬剤：35%，ドレーン・チューブ：17.4%，療養上の世話：21.3%となっており、当院の割合とほぼ同等である³⁾。次の職種別の報告件数では当院では看護師からが圧倒的に多く、90%を占めていた。前述の年報では看護職が82.4%，医師4.0%，薬剤師3.8%などとなっている³⁾。当院との比較では当院のほうが薬剤師の報告が少なく、看護師のほうが多い。薬剤に関わるインシデントを他院では薬剤師が一部報告しているものと推察する。施設により薬剤師の関わり方や責任の所在が異なっているため、一概に評価はできない。現在、当院での薬剤投与ミスで多いのは持参薬に関わる問題である。薬剤師の積極的関与により、もう少しインシデントを減らせないか検討が必要である。転倒・転落については看護部が中心となって抑制対策が取られた。2014年に報告件数が増加したことから表8のような組織的対策が取られた。転倒事故を起こす可能性のある患者さんを抽出し、危険な行動を未然に防ぐような対策が取られた。またもし転倒事故が生じた場合の院内体制も整備した。これらの対策により転倒・転落件数は2014年の558件から、2015年には536件に低下した。

院内M & Mの定期開催は医療安全、教育の両面から大変意義があったと考えており、今後も継続していきたい。これまで院内ではCPC（臨床病理カンファレンス）が年5回行われており、これは今も継続して施行されている。CPCは病理医の主導のもとに臨床像、病理所見を検討する場であり、研修医をはじめ多くの医師の教育に貢献している大変重要なカンファレンスである。しかし、病理解剖症例に限定されていることで症例数に限りがあること、また解剖に至らずに臨床像のみでの問題症例が多々あることから、このM & Mを定期開催することに至った。CPCとは異

なった視点での討論で、臨床に即した議論となっている。

そしてその3ヶ月後から国の主導による医療事故調査制度が始まった。2015年10月以降これまで当院では計4回、医療事故判定会を開催しており、その内1例が実際にセンターへの報告対象となった。事故調査制度の本来の目的は医療の安全を確保するために、再発防止を行うこととなっており、決して懲罰については問われないこととなっている。また、医療の過誤有無も無関係である。当院では基本的にオカレンススクリーニングや、2016年11月から導入した死亡・死産時チェックシートの活用により、死亡に疑義のある症例は病院が早急に把握する体制をとっている。図6のように死亡事故発生後は速やかに対応する必要がある。医療事故判定会は通常1～2日以内に行い、関係者からのヒアリングを速やかに行い、事例の概要把握に努めている。外部委員を招聘した院内事故調査委員会も昨年初めて行った。外部委員を交えることによる透明性の確保は極めて重要であり、その意味では本制度が施行されることによって、各病院は委員会の透明性を数段向上させたと思われる。ただ、この制度はまだ発足して1年と少しであり、今後のあり方についてはまた軌道修正される可能性もある。

おわりに

医療安全推進室の役割、取り組みとしてCLIPの分析、および院内M & Mの効用について検証し、以下の結果が得られた。

- 1) CLIP報告件数の600件あたり1件の重大事故が発生している
- 2) 表題では薬剤が一番多く、増加傾向である。持参薬の取り扱い方、薬剤師の積極的介入も含めた組織的取り組みが必要である。

表8 組織的転倒・転落抑制対策

対策	実施概要	具体策
1	入院患者から転倒・転落を起こす可能性のある患者を抽出	年齢、薬剤、既往歴、活動状態などでスケール評価
2	抽出された患者に対する防止策を立てる	ベッドの高さ、柵、夜間トイレ、ナースコール位置、ベッド周囲環境などを整備
3	患者が行動後医療者が察知し、事故発生予防、低減策を立てる	離床センサー、緩衝マットや畳など
4	事故発生後の影響を低減させる、初期対応の充実	転倒・転落時の院内体制を整備。頭部打撲、四肢打撲についてフローチャート作成

- 3) 転倒・転落については組織的対策により軽減できた。
- 4) 院内 M & M による討論で、医療の質向上に貢献した。
- 5) 多岐にわたる医療安全推進室の役割であるが、今後も患者の安全、医療の質向上のため、種々の取り組みを行っていきたい。

付 記

平成 28 年 11 月に医療安全に関する川柳を募集したところ、院内職員、患者さんを含め、90 句以上の応募があった。この内院長賞などの受賞作を紹介する。作者はすべて不詳とさせていただく。

院長賞

三歳児 声出し指さし できてるよ

レッドクロス賞

本当は まだまだ色々 聞きたいの

ユニーク賞

専門語 一般人には 外国語

ヒヤリハット賞

ミス招く 「はず」と「だろう」と 「思い込み」

医療安全推進室長賞

聞きまいよ わからないとき 事故防止

幼児語で 検温看護師 僕中二

●文献

- 1) 山内一信, 真野俊樹, 塚原康博, 他: 医療消費者と医師とのコミュニケーション 一意識調査からみた患者満足度に関する分析一, 医薬産業政策研究所リサーチペーパー・シリーズ No.29, 2005.
- 2) 一般社団法人 日本医療安全調査機構, 医療安全情報 No4 2014 年 2 月フォンレックリングハウゼン病における血管破綻のリスク, www.medsafe.jp/activ_alarm/activ_alarm_004.pdf [accessed 2017 年 1 月 12 日]
- 3) 医療事故情報収集等事業 平成 27 年年報, 公益社団法人 日本医療機能評価機構: p85, p90, 2016.