原著：

グループワーキング，管理レベルを活用した 医療事故報告制度の改善

前田 益孝*，近藤 久子*，椎貝 達夫*

近年，医療事故に対する国民の関心は高まり，厚生労働省の指導もより厳密になってきた。事故報告への対応と分析は重要だが，事例を的確・迅速に処理するだけでなく，その効果を客観的に評価する方法も確立されていない。当院では事故報告制度を改変し，独自の管理レベルを導入することで一定の成果をあげており，報告する。

従来の事故報告制度は，各部署からの事故報告書を5人のリスクマネージャーが分担して評価・分析し，重要事例のみを委員会に報告する体制であった。この方法は少数のエキスパートにより専門的な解析を行なえるが，一般職員へ安全管理意識を広める点からは不適切だった。このため，事故報告書の一次評価・分析を部署ごとのチームリーダーに委ね，さらにリーダーがその報告を持ち寄って，グループワーキングを行ない，問題案件のみを委員会に上げるシステムに変更した。さらに一般的な事故のリスクレベルに加え，当院独自の管理レベルを導入した。これは事故報告を管理・対応の緊急性・内容から層別化したもので，3段階に分けた。

新たに導入した部署ごとに一次完結する事故報告システムは，事故報告から対応までの責任を明確にし，一般職員の安全管理意識を高め，広めていく上で有効だった。管理レベルは事故の内容・リスクレベルによらず，何時，どのような対応が必要なのかを考えられ，事例ごとの評価だけでなく，病院全体の安全管理の成果を評価する指標になりうる可能性が示された。

事故報告 グループワーキング 管理レベル リスクレベル

緒 言

近年，医療事故に対する国民の関心は高まり，厚生労働省による病院への指導もより具体的に厳密なものになってきた。当院では1998年2月に医療事故検討委員会を設立し，2000年9月にリスクマネージャー制度を導入した。現在はその後継組織である安全管理委員会と，本年4月に着任した専任リスクマネージャーを中心に活動している¹⁾。

安全管理の根幹ともいえる事故報告の対応と分析は，医療事故への取り組みで日本より先駆的とされる欧米においてもゴールドスタンダードと呼べるものは少なく，各施設がそれぞれの独自性を考慮しながら対応せざるを得ないのが現状である。さらに個別の事故事例を的確・迅速に処理していくだけでなく，組織全体の対応がどのような成果をあげているのかを客観的に評価する方法も確立されていない。このような状況下，当院での事故報告への取り組みの変遷と現状を報告する。

* 〒302 0022 茨城県取手市本郷2 1 1
総合病院取手協同病院安全管理委員会
(2004年11月5日)

方 法

当院では従来、各部署より提出された事故報告書を5人のリスクマネージャー（医師2名，看護師長3名）が分担して評価・分析し，その内の重要事例のみを安全管理委員会に報告する体制をとってきた（表1）。この方法は少数のエキスパートにより専門的な解析を行なえるメリットがあるが，一般職員への安全管理への認識を広める点からは不適切と考えられた。すなわち部署ごとの安全管理意識のレベルがそろわず，具体的な報告数にもばらつきがみられ，リスクマネージャーが所属する部署のみ報告が多い傾向がみられた。この点を改善するため，事故報告書の一次評価・分析を部署ごとの安全委員（チームリーダー）に委ね，さらにリーダーがその報告を持ち寄って，専任リスクマネージャーが統括するグループワーキングを行ない，問題事例のみを委員会に上げて討議するシ

ステムに変更した（表1）。

さらに一般的に行なわれている事故のリスクレベルに加え，当院独自の管理レベルを導入した（表2）。これは事故を(1)自助努力のみにて回避可能，(2)緊急性はないが，システムの改革・対応が必要，(3)早急な改革・対応が必要の3段階に分けるもので事故の重篤度とその対応の適切性，緊急性を評価した。レベルの判断・決定は報告者も行なえるが，最終決定は専任リスクマネージャーが行なうこととした。この管理スコアとリスクレベルを組み合わせることにより，報告書の数だけでなく，その質の解析も行なえる可能性がある。

結 果

今回の報告制度の改変により，報告数の増加とともに，報告が全くみられない部署は2か月間で15から8へほぼ半減した（図1）。また糖尿病センター(E)や薬局(V)のように，5月は報告書なしだったが，多数の報告がみられるようになった部署も出現した。

リスクレベルと管理レベルを導入することで，事故報告の絶対数だけでなく，その質的变化を追うことが可能となった（図2，3）。図2に示すごとく，管理レベルとリスクレベルを水平軸にとることにより，事故の重大性の分布パターンを認識することが可能となった。また（管理レベル）×（リスクレベル）×（報告件数）を Total Score とすると，単なる報告件数にそ

表2．リスクレベルと管理レベル

リスクレベル（0～2：incident，3～6：accident）	
0	間違ったことが発生したが，患者には未施行
1	事故による患者の実害なし
2	事故による患者への観察強化が必要
3	事故による治療が必要：モニタリング，検査が必要
4	事故による治療が必要：治療・検査が必要，入院日数の増加
5	事故により患者に永久に残る損害をおよぼした
6	事故により患者が死亡
管理レベル	
1	自助努力のみにて回避可能
2	緊急性はないが，システムの改革・対応が必要
3	早急な改革・対応が必要

図1．部署別報告数

30部署の内、26部署の報告数の変化を示した。糖尿病センター(E)，薬局(V)では2か月間で報告数が0件から4，20件と大幅に増加した。グラフにあげなかった残りの4部署でも0件(5月)から2件(7月)へと増加していた。

図2．管理レベル・リスクレベルを加味した事故報告数の分布
水平面上，より左後方へのシフトがめざすべき方向と考えられる。

図3．月別事故報告数と Total Score

Total Score = (リスクレベル) × (管理レベル) × (報告件数)

報告件数は5月から7月にかけ、増加しているが、Total Score は減少しており、より重篤度の低い報告が増えている、つまり現場からの報告がより積極的になっていることを反映しているものと思われる。

の質的变化も加味した定量化が可能となった (図3)。

考 察

医療事故の報告数と発生数は当然、等しくはなりえず、正確な事故の実態を把握するためには、自発的な報告に頼るのではなく、積極的な調査が必要とされている²⁾。しかし一般的な医療の現場ではこのような調査要員を確保することは到底不可能であり、各職員の報告を促すことで実情とのギャップを埋めていくことが現実的な対応である。報告書の法的意義は依然として不安定なままではあり、報告書が法廷での証拠として採用されえるという危険性は残されている³⁾。しかし事故を未然に防いでいく観点からは、各職員、各部署の提出を如何に徹底するかの方策が必要となる。

少数のエキスパートが報告書を収集し、分析していくことは効率的であるが、現場への医療安全に対する関心を広めていく上では問題となる。このため当院ではリスクマジャーが中心と

なっていた従来の方法から現場ごとの責任者が初期対応を行なう方式に本年4月より改めてみた。この変更により初期分析を行なう者の技術レベルは低下するが、安全な医療の意識を各職員に浸透させたり、現場の状況に即した対応が行なえるメリットがあり、結果的に報告のない部署数はほぼ半減した。この方式の欠点としては重大な問題が初期の段階ですり抜けてしまう恐れがあるが、本年4月からは専任のリスクマネージャーが着任しており、より現場に密着することでこのような問題を払拭できるかと考えている。

医療安全に対する取り組みが効を奏しているか否かの確認は非常に困難であり、現時点で最も確実な方法は医療訴訟に要した費用という、いわば究極的な outcome しかない⁴⁾。前述のように事故報告数と発生数は同一のものではないために、一般的には報告数の増加は医療レベルの低下よりも現場の積極的な取り組みを反映している。このためウェールズ大学のリスクランクシステム⁵⁾など、事故を定量化する試みもなされているが、判定作業が複雑過ぎ、その医療現場への応用は困難である。このような指標の条件としては客観性があり、定量化できることに加え、シンプルで多くの人が評価できる必要がある。このような指標のひとつとして、当院では独自の管理レベルを考案し検討してみた。この管理レベルは事故の重篤度とその事故対応の緊急性を加味したもので、判定を簡便にするため、3段階とした。これと従来のリスクレベルを組み合わせることで事故報告の質的な変化や定量化が可能になった。無論、その前提にはより正確で迅速な報告が必須であり、報告を行なうための啓蒙活動も継続していく必要がある。

結 論

新規の部署ごとに検討する事故報告システムは、各部署の事故報告からその対応までの責任を明確にし、一般職員の安全管理意識を高め、広めていくという点から、有効であった。

リスクレベル、管理レベルによる事故報告の

評価は事故の内容によらず，何が問題でどのような対応が必要なのかを具体的に考える点から有用であり，リスクレベルと管理レベルが解離する事例もあり，事例ごとの評価だけでなく，病院全体としての安全管理の成果を評価する指標として使える可能性が示された。

参 考 文 献

- 1) 高橋信行．実戦的患者の安心・安全マネジメント その2 ．医療経営情報 2003；143：6 10．
- 2) Brennan TA. The institute of medicine report on medical errors-Could it do harm?. New Engl J Med 2000；342：1123 1125.
- 3) 庄子育子．医療ミス報告書の法的な危うさ．日経メディカル 2000；12：78 80．
- 4) 椎貝達夫．医療事故防止対策について．全国厚生連 病院長会ニュース 2001；23：1 5．
- 5) 海老澤美幸，吉川 有，杉本るり，他．ISO 取得後のリスクマネジメントへの取り組み．日立医誌 2003；42：7 15．

Improved Incident/accident Reporting System by Group-working Analysis and Originally Developed Management Scores

Yoshitaka MAEDA^{*}, Hisako KONDO^{*} and Tatsuo SHIIGAI^{*}

Safety management in routine medical practice is one of the important issues that must be addressed by medical staffs, even it is hard to deal with various happenings and problems encountered in medical facilities.

Here we present some arrangements in a reporting system of incidents and accidents to motivate each staffer to notice the significance of safely, and quantify the urgency and severity of reports using the originally developed management score at the Toride Kyodo General Hospital.

The reports from all sections of the hospital were previously evaluated by five risk managers. This practice was effective in analyzing reports rapidly and appropriately, but was insufficient to motivate all of staffs to give much more heed to safety in routine medical practice. Instead, these reports are now discussed and analyzed by a group of people consisting of representatives of all sections and the departments in the hospital. This innovation evoked more interest and concerns about the safety management among the whole medical staff.

We also utilized the management level, which was stratified into three grades from the point of urgency and severity of cases. The first level means the occurrence without urgency or need to change any systems, procedures and organizations. The second level requires some change in systems, but no urgent action. The accident at the third level should be dealt with as soon as possible by any of feasible ways. The total score, obtained by summing up a risk level multiplied by a management level in each report, decreased between May and August in 2004, despite increases in the total numbers of monthly reports.

In conclusion, the incident/accident reporting system became more familiar to medical staffs through the use of group-working. The management score and the derived total score may be available for comparing outcomes of safety management activities among different observation periods or facilities

^{*}*Safety management committee, Toride Kyodo General Hospital, Ibaraki, Japan*