

□調査報告□

## 医療事故発生都市における医療安全管理対策の取組み状況と 今後への示唆

新保 忠宣\*

### 抄 録

本研究では、横浜市立大学医学部附属病院・患者取り違え事故の調査活動を踏まえ構築した横浜市立病院医療安全管理体制、及びその後の平成14年度から3ヵ年における横浜市の取組み経過を確認、調査した。

その結果、今後の医療安全管理体制の拡充に向けては、関係情報の分析・活用等によるシステムの改善、安全人材・組織創り、複数の病院との連携による協働体制等の有効性は期待できるものの、医師の積極的参画を含め、さらにそれら体制の実行効果を高めるための対策が必要であることが示唆された。

**Keywords:** 病院連携, 安全文化, 医師参加

### I. はじめに

わが国の医療安全対策は、1999(平成11)年1月に横浜市立大学医学部附属病院において発生した「患者取り違え事故」(以下、「本件事故」という)を契機に厚生労働省(現在呼称とする)、また医療界において本格的な取組みが始まった。

以来、医療システムの改善や組織文化の醸成など諸施策に鋭意取り組んでいるところであるが、いまだに社会を震撼させるような医療事故が後を絶たない状況にある。

こうした状況を鑑みるに、多くの関係者の努力にもかかわらず、いまだわが国における医療安全管理体制は確立しておらず、なお一層の対策拡充への取組みが求められていると考える。

ここに、筆者は、本件事故調査委員会事務局の責任者を務め、スタッフとともに委員会審議を踏まえた「横浜市立大学医学部附属病院の事故に関する事故調査委員会報告書」の起草にも携わるとともに、事故調査委員会終了直後から「横浜市立病院医療安全管理体制(以下、「本体制」という)」の構築に取り組んだ。

そこで、本調査は、そうした筆者の経験を踏まえ、わが国の医療安全対策の先鞭とも言える本体制を紹介するとともに、その後の横浜市立病院の医療安全対策の取組み経過を確認、評価し、わが国における医療安全対策の拡充に向けての示唆を提供することを目的とする。

### II. 調査方法

#### 1. 調査対象

本体制について構築時の考え方を含め紹介するとともに、平成14年度から平成16年度までの3ヵ年について、横浜市全体の医療安全対策と個々の病院における対策の取組み経過及びそれらの効果を、確認することとした。

なお、本調査の対象病院は、本件事故を起こした市立大学医学部附属病院のほか同大学が所管する市民総合医療センター(これらを以下、「市大病院」という)及び衛生局が所管する市民病院、港湾病院、脳血管医療センター(以下、「衛生局病院」という)など、横浜市が運営する表1に示す全ての病院を含めることとした。

受付日: 2005年11月30日 受理日: 2006年5月10日

\*国際医療福祉大学大学院 保健医療学専攻 医療福祉経営学分野 博士課程

E-mail: [ts-future@jcom.home.ne.jp](mailto:ts-future@jcom.home.ne.jp)

表1 本研究の対象とした横浜市立病院一覧

	衛生局病院 (注1)			市大病院 (注2)	
	市民病院	港湾病院	脳血管医療センター	附属病院	市民総合医療センター
病床数	624床 一般 600 伝染 24	300床 一般のみ	300床 一般のみ	623床 一般 577 精 30, 結 16	720床 一般 670 精神 50
診療科数	22科	15科	13科	17科	24科
備考				特定機能病院	

(注1) 平成17年度から、衛生局所管病院は、地方公営企業法の全部適用を受けることとなり、「事業管理者を設置し、病院経営局」と、また横浜市立大学は「公立大学法人横浜市立大学」とそれぞれ組織変更された。さらに、港湾病院はかねてから着手していた再整備を終え、同年度から、病床を634床、診療科23と規模を拡大するとともに、経営を「日本赤十字社」に委託し、名称を「横浜市立みなと赤十字病院」とした。

(注2) 以下、衛生局所管病院を「衛生局病院」といい、横浜市立大学医学部附属病院と市民総合医療センターを合わせて「市大病院」という。

## 2. 調査方法

筆者らが取組んだ関係資料・思考過程を再確認するとともに、横浜市衛生局及び横浜市立大学事務局（平成16年度から公立大学法人横浜市立大学事務局）それぞれが公表している「取組み経過年次報告書（横浜市2003, 2004, 2005）」に基づき、インシデント情報の事象別、職種別報告実態、院内のコミュニケーション・ツールとしての安全管理関係会議の開催状況、医療安全に関する職員研修の実施状況、及びそれらの結果による業務の改善状況を調査した。

さらに、対策の効果を評価するにあたって、医療事故の発生状況について調査した。

## III. 結果

### 1. 本体制の構築について

本件事故は、心臓手術患者と肺手術患者とを取り違えて手術したという事故であるが、いくつかの原因が複合、連鎖して発生したものである。事故調査委員会の報告書では、こうした医療事故を未然に防ぐためには、個人と組織の両方の視点から対策を考えていかなければならない（横浜市1999）、としている。

筆者らスタッフはこうした指摘を踏まえ、本件事

故を起こした都市として、また市民に対する責任から事故調査委員会終了直後から、横浜市としての医療安全対策として、本体制の構築に取組んだ。

本体制の基本的枠組みは図1に示すように、横浜市の医療安全対策を総括する全体会議として衛生局及び市大病院を所管する助役（当時の役職名、現在は「副市長」という）を委員長に各病院長等で構成する「医療の質向上推進会議」を設置し、そのもとに衛生局・市立大学に各所管病院の対策を管理するための「安全管理推進会議」を設置した。この会議の構成員は、市長辞令による統括安全管理者である各病院の副院長をはじめ各病院における安全管理の責任者である安全管理者とした。また個々の病院に、医療安全管理部門を組織するとともに、各々の特性の対策を講ずる「安全管理対策委員会」を設置した。

さらに、これら対策の公正性、透明性の確保及び効果を高めるため衛生局及び市立大学の「安全管理推進会議」に外部評価委員会等第三者組織を設置した。

この体制の重点目的としたところは、①医療安全管理対策の効果を目指すには、組織的なシステムの改善及び関係情報の多くの集積・共有化が効果的であるという認識から、市立病院が個々の取

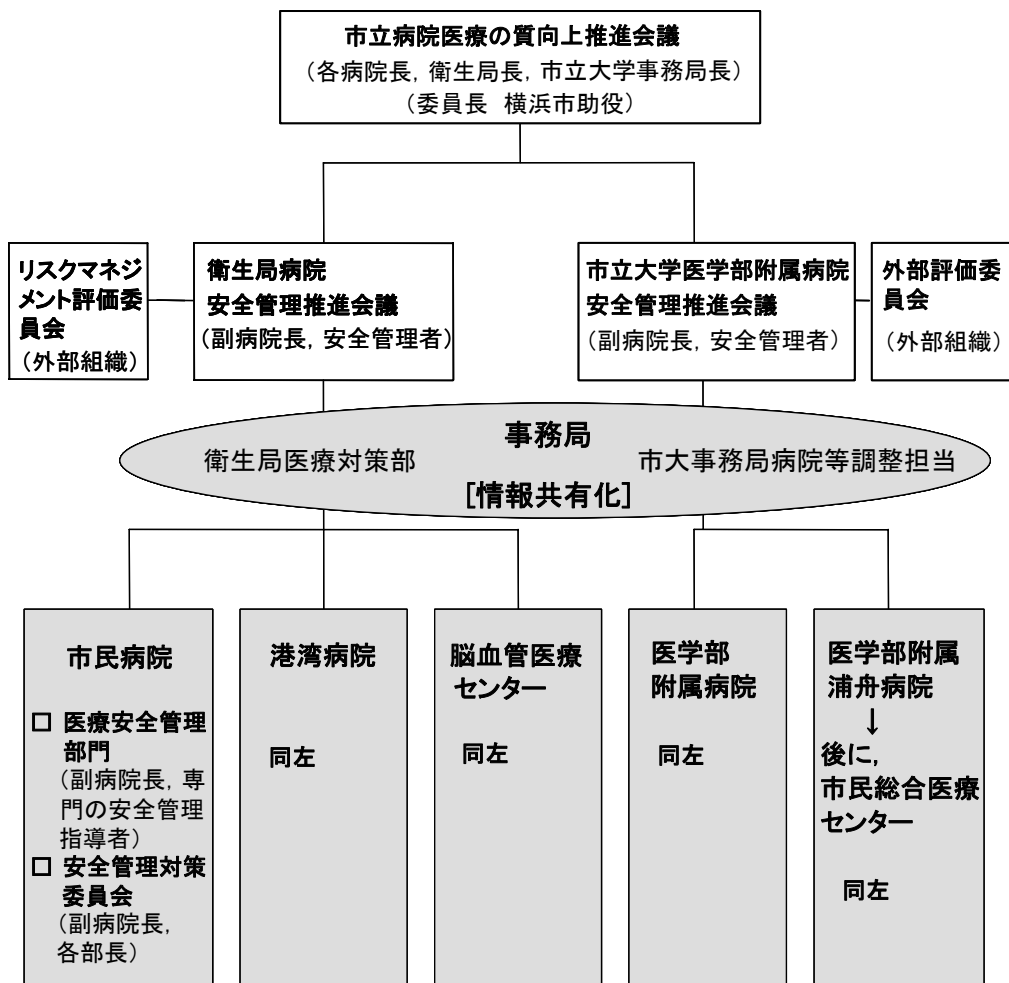


図1 横浜市立病院医療安全管理体制図(構築時)

(注) 当該体制図は、筆者らが事故調査委員会終了直後から取り組み構築した「横浜市立病院医療安全管理体制」の体制原型図である。  
この体制は、運用を重ねる中で随時変更を行っており、その変更点及び調査時点の運用体制は本文中(Ⅲ. 2, p.19以降)に解説した。

り組みをするのではなく、全ての病院を対象に総合的に管理すること、②各病院から報告されたインシデント情報を共有化し、分析・検討を協働で行い、改善事項については横浜市の問題として取り組むこと、③「安全人材」の育成及び「安全重視の組織文化創り」を目的とした職員研修の取り組みを充実・強化することであった。特に安全人材の育成は重要視したが、その理由は、医療事故の発生は「人間はミスを犯すもの」といわれるように、

医療現場においては「日常そのもの」、「病院の存在そのもの」に内在していることから、組織、システムの安全基盤の「バイタルサイン」を常にチェックでき得るように、職員一人ひとりが「医療安全」に関する意識を高める必要があるとの考えに基づいたものであった。

2. 本体制の経年における改善状況

本体制は、運用開始時に実現できなかった事項

やその後の運用によっていくつかの改善が図られている。

第一に、「医療の質向上推進会議」のもとに衛生局・市大病院の実質的、かつ具体的な安全管理対策を総括する「安全管理者会議」を設置している。この会議の構成員は、各病院の統括安全管理者及び代表安全管理者で構成されている。また、ここでの議論を深め、対策の効果をより向上させるため、専門部会として「看護部会」、「放射線部会」、「臨床検査部会」、「臨床工学部会」及び「薬剤部会」を付置している。

なお、衛生局・市大病院の「安全管理推進会議」は、双方を併合しこの「安全管理者会議」として運営されている。

第二に、衛生局病院において、職員マナー、患者の療養環境及び設備面の安全対策などに関して広く市民等から意見を聴く「病院モニター制度」を導入している。

第三に、横浜市が地域中核病院として誘致した病院との連携体制を整備している。

横浜市は地域医療の充実を図るため、これまで4つの異なる開設主体の500床規模病院を「誘致方式」により整備してきた。本体制構築時、より多くの病院の事例を共有化し、分析・活用することの有効性からこれら病院との連携も視野に入れていた。

しかし、まずは市立病院の体制充実を先行させるべきとの考えから後計画としてきたが、平成15年度から「安全管理者会議」の構成員（オブザーバー）としている。

### 3. インシデント情報の事象別報告について

報告状況を表2に示す。

衛生局病院と市大病院とでは、一般病院、大学病院という機能の違いから分類項目を異にしている。また、衛生局病院においては、毎年度の取組

表2 インシデント情報の事象別報告実態

		平成 14 年度		平成 15 年度		平成 16 年度	
		件 数	構成比	件 数	構成比	件 数	構成比
衛生局病院	提示・情報伝達	—	—	193	3.7	409	8.0
	薬剤	1,539	31.6	1,634	30.9	1,213	23.8
	輸血	30	0.6	29	0.5	5	0.0
	治療・処置	151	3.0	306	5.8	221	4.3
	医療機器使用・管理	215	4.3	165	3.1	155	3.0
	検査	490	9.7	257	4.9	301	5.9
	転倒・転落	1,344	26.7	1,480	28.0	1,310	25.7
	その他	1,213	24.1	1,217	23.1	1,495	29.3
	合 計	5,036	100.0	5,281	100.0	5,109	100.0
	参 考	外来患者数 (人)	608,717	—	594,620	—	514,524
	入院患者数 (人)	382,140	—	377,422	—	332,089	—
市大病院	手術・鎮静・麻酔	165	1.7	155	1.9	258	3.0
	処置・治療・訓練	868	8.8	952	11.3	1,051	12.0
	輸血	105	1.1	79	0.9	45	0.5
	薬剤	3,242	32.9	2,888	34.4	2,753	31.4
	ルート・チューブ	2,062	20.9	1,870	22.3	2,035	23.2
	検査	1,010	10.3	658	7.8	687	7.8
	転倒・転落	967	9.8	897	10.7	1,006	11.5
	ME 機器・医療機器	448	4.5	342	4.1	306	3.5
	その他	984	10.0	556	6.6	623	7.1
	合 計	9,851	100.0	8,397	100.0	8,764	100.0
参 考	外来患者数 (人)	886,887	—	850,011	—	861,441	—
	入院患者数 (人)	438,098	—	439,319	—	452,782	—

み評価に基づき、後年度に分類項目を一部変更している。

衛生局病院の報告総件数は平成14年度5,036件、同15年度5,281件、同16年度5,109件であり、内訳としては薬剤、転倒・転落事象がいずれの年度も多くなっており、全体件数に占める割合は、薬剤事象が31.6%、30.9%、23.8%、転倒・転落事象が26.7%、28.0%、25.7%で、両事象でいずれの年度も半数前後を占めている。

市大病院においては、病院機能の相違によるリスク管理の必要性から分類事象項目を異にしているが、平成14年度9,851件、平成15年度8,397件、平成16年度8,764件となっており、衛生局病院と同様、各年度とも薬剤、転倒・転落事象が多く、さらに処置・手術・訓練、ルート・チューブ事象の件数が多くなっており、全体件数に占める割合は、薬剤事象が32.9%、34.4%、31.4%、転倒・転落事象が9.8%、10.7%、11.5%で両事象で40%を占めている。また、これに件数の多い処置・治療・訓練及びルート・チューブ事象を加えるとその割合は、72.4%、78.7%、78.1%となっている。

4. インシデント情報の職種別報告について

報告状況を表3に示す。

衛生局病院においては、毎年度看護職の報告が多く、平成14年度4,381件(87.0%)、平成15年度4,653件(88.1%)、平成16年度4,485件(87.8%)と、件数、構成比とも全体の大半を占めている状況にある。次いで多いのがコメディカルで530件(10.5%)、470件(8.9%)、388件(7.5%)となっている。

市大病院においても衛生局病院と同様な傾向にあり、看護職の報告件数は、平成14年度8,283件(87.4%)、平成15年度7,176件(87.6%)、平成16年度7,368件(86.0%)で、次いでコメディカルが790件(8.3%)、534件(6.5%)、712件(8.3%)となっている。

ここに特徴的なのは、医療職において、医療提供の中心的役割を担う医師の報告件数、割合が両病院群とも極端に少ないことである。

表3 インシデント情報の職種別報告実態

		平成14年度		平成15年度		平成16年度	
		件数	構成比	件数	構成比	件数	構成比
衛生局病院	医師	68	1.4	79	1.5	135	2.7
	看護師・助産師	4,381	87.0	4,653	88.1	4,485	87.8
	コメディカル	530	10.5	470	8.9	388	7.5
	事務・その他	57	1.1	79	1.5	101	2.0
	合計	5,036	100.0	5,281	100.0	5,109	100.0
市大病院	医師	316	3.3	419	5.1	411	4.8
	看護師・助産師	8,283	87.4	7,176	87.6	7,368	86.0
	コメディカル	790	8.3	534	6.5	712	8.3
	事務・その他	89	1.0	59	0.8	76	0.9
	合計	9,478	100.0	8,188	100.0	8,567	100.0

(注) 市大病院において自称別件数と職種別件数が異なるのは、衛生局病院においては職員の報告件数それぞれを事象別件数に算定しているが、市大病院においては職員が複数件報告した場合は、職種別1件、事象別複数兼と算定していることによる。

<凡例>

衛生局病院 : 1人2件報告⇒事象別2件、職種別2件  
 市大病院 : 1人2件報告⇒事象別2件、職種別1件

5. 院内のコミュニケーション・ツールとしての安全管理会議者等の開催状況

1) 安全管理者会議の開催状況

開催状況を表4に示したが、平成14年度は本件事故発生から3年経過後ということで、医療事故対策マニュアルの見直し・作成や安全管理の取組みに対する評価(自己評価)、および医療事故発生時の対応などそれまでの取組みの確認、見直しを行っている。

こうした中、平成14年度において、死亡や後遺障害残存など重大な事故にはつながらなかったが医療者の不注意・過失を原因とする事故がいくつか起きている。

このため平成15年度においては、課題研修として医療事故報告制度を巡る問題、患者中心の医療再考及び医療安全と診療情報などを、外部講師を招聘して実施している。

平成16年度は、医療安全に関する最新情報の習得、各病院からの報告他、衛生局病院においては前年度事象別項目に「指示・情報伝達」を加えたことから、「コミュニケーション」に重点を置いた

課題研修を実施している。

2) 各病院における安全管理対策委員会等の開催状況

各病院には、安全管理対策委員会を設置するとともに、インシデント事例等の分析など個別の対策を検討する医療安全管理分析部会(衛生局病院)、リスクマネージャー会議(市大病院)をそれぞれ組織しており、それらの開催状況は表5のとおりである。

その活動内容を見ると、安全管理対策委員会においては、インシデント報告の集約、分析や病院全体に共通する安全対策について検討している。また、安全管理分析部会、リスクマネージャー会議においては、インシデント情報個別の問題や職場の細部事項について取り上げ、検討している。

6. 安全管理に関する職員研修の実施状況

衛生局病院及び市大病院においてそれぞれの職員を対象とした職員研修(表6に示す)を実施するとともに、前述安全管理者会議の中で合同で病院管理者研修(表7に示す)も実施している。

病院管理者研修の内容は、事例分析研修、職員

表4 安全管理者会議の開催状況

		平成14年度	平成15年度	平成16年度
安全管理者会議		7回開催 ・課題研究 ・医療事故対策マニュアル見直し、作成等	6回開催 ・内外講師による課題研修等	3回開催 ・当該年度の課題と取組み計画 ・各病院報告 ・関係講演等
専門部会	看護部会	7回開催	6回開催	3回開催
	放射線部会	5回	4回	3回
	臨床検査部会	3回	1回	0回
	臨床工学部会	3回	4回	3回
	薬剤部会	3回	0回	2回

(注)「安全管理者会議」は、本体構築時における「医療の質向上推進会議」のもとに設置し、「衛生局病院安全管理推進会議」及び「市立大学附属病院安全管理推進会議」を併合した形で、運営されている。

表5 各病院における安全管理対策委員会等の開催状況

	衛生局病院			市大病院		
	14年度	15年度	16年度	14年度	15年度	16年度
安全管理対策委員会	29回	35回	31回	26回	28回	30回
安全管理分析部会 (R・M会議)	25回	25回	30回	20回	21回	23回

倫理、事故発生時の対応及びヒューマンエラーの視点からの対策等を、夜間・宿泊も含め外部講師を招くなどして実施している。

職員研修は、医療機器の取り扱い、薬剤の管理・取り扱い、事故事例の分析法など実用型の内容とし、衛生局病院においては平成14年度36回、平成15年度54回、平成16年度68回開催しており、そのうち全職員を対象とした研修が13回、19回、14回で、職種別では看護職が多く10回、21回、18回開催している。

市大病院においては同じく54回、60回、88回開催しており、全職員対象は21回、27回、29回、看護職が9回、11回、26回となっている。

また、新採用職員対象の研修は、衛生局病院はそれぞれの年度5回、2回、3回で、市大病院は20回、15回、20回と衛生局病院を上回る回数を実施している。

7. 外部評価の実施状況について

衛生局病院においては、平成12年7月から学識者、ジャーナリスト、他大学医学部医師等を構成員とする「患者安全管理に関する評価委員会」を毎年度随時実施している。主な審議内容は、市立病院安全管理の取り組み評価、市民から見た病院の評価を得るための方策の検討・実施管理、及び医療事故の公表などとなっている。

市大病院は、平成13年6月から学識者、他病院医師等を構成員とする「医療事故公表判定委員会」を毎年度随時実施している。主な審議内容は、発生事故の公表の判断、公表手続、公表範囲、及び医療安全の取り組み、インシデント報告の運用についてなどとなっている。

表6 職員研修の実施状況

		衛生局病院			市大病院		
		14年度	15年度	16年度	14年度	15年度	16年度
開催回数		36	54	68	54	60	88
職種 別 等 研 修	新採用職員	5	2	3	20	15	20
	全職員	13	19	14	21	27	29
	医師	—	1	11	3	2	2
	看護職	10	21	18	9	11	26
	医師・看護職	—	9	8	—	—	—
	コメディカル	8	—	8	—	—	—
	その他	—	2	6	1	5	11

(注) 当該表は、それぞれの病院群における職員研修の実施状況である。

表7 病院管理者教育の実施状況

	平成14年度	平成15年度	平成16年度
開催回数	2回	4回	2回
主な内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>事例分析</li> <li>職員倫理(全職員)</li> </ul>	～外部講師講演方式～ <ul style="list-style-type: none"> <li>事例分析と活用の視点</li> <li>事故発生時の対応</li> <li>国、先進病院の取組み</li> <li>ヒューマンファクターの視点からの事例分析</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>医療事故はなぜ起きるのか、どうすれば防げるのか</li> <li>～ヒューマンエラーの視点から～(外部講師)</li> <li>事例分析研修</li> </ul>

(注) 当該表は、各病院で実施する職員研修とは別に、安全管理者会議において「病院管理者」を対象として実施した研修である。

IV. 考察

1. 医療安全管理体制の運用実態について

構築時の体制を基本としつつ、さらに具体的、かつ実務的に効果が期待できる体制へと充実が図られている。すなわち、医療の質向上推進会議の開催は見られないものの、これに代わるものとして安全管理者会議を設置し、また補完機能として、職種別の「専門部会」を付置している。

各病院においても会議等体制は整備され、固有の問題への対策や安全管理者会議の結果の周知・浸透及び実行を図るため、随時開催されている。さらに、会議を補完する「部会」を設けており、各年度の開催回数も多い。

また、これらに開設主体の異なる地域中核病院を参加せしめたことは、より広い関係情報の集積や対策手法の検討等が可能になったこと、さらに地域医療充実への寄与も期待されると考える。

しかし体制が整備され、開催が随時行われたとしても各々における議論・検討が安全対策に効果を発揮する形で運用されている必要がある。このため、両局においては外部評価委員会、さらに衛生局においては病院モニター制度を設置、活用していることは体制充実に重要な役割を果たしているといえる。

2. インシデント情報の報告件数について

報告総件数は、両局病院とも経年的に減少している状況にない。また市大病院の方が毎年度多く報告されている。

これを取扱患者100人あたりで見ると、衛生局病院では0.5~0.6件、市大病院は0.7件であり、

また病床1床あたりでは、同様に4.1~4.3件、6.3~7.3件となっている。

この相違については、衛生局病院が専門病院である脳血管医療センターを含むも一般病院であるのに対し、市大病院は特定機能病院、そして2病院とも救命救急センターを持つという機能の違いによるものと推察されるが、本調査では断定し得なかった。

職種別の報告件数は、医師の件数が少ないのが特徴的である。これは表8に示す医療職種の職員数1人あたりの件数においても、看護職、コメディカルと比較して極端に少なくなっている。

この原因は本調査からは明確に出来なかったが、平成16年度に衛生局病院において医師の提出総件数、1人当たり件数が上がっている現象が、前年度の外部評価委員会において医師の「提出率の低さ」の指摘がされたことによる効果であることから、該当事象を経験しても報告していないものと推測される。

3. インシデント情報の分析・活用について

報告された情報は担当の委員会等で分析され、安全対策としての業務改善を行っている。

衛生局病院では、平成14年度37件、平成15年度33件、平成16年度48件と、3ヵ年で合計118件の改善を行っている。主な事項は、薬剤、診療場面、転落・転倒防止、機器取扱、研修内容、さらには感染防止など多岐にわたっており、代表例としては注射実施時のダブルチェック方法のマニュアル化、がん化学療法プロトコル集作成、入院時持参薬の使用禁止、手術部位の間違い防止策

表8 医師と他職種とのインシデント情報報告状況比較/在職員数による提出比率

	衛生局病院			市大病院			備考
	14年度	15年度	16年度	14年度	15年度	16年度	
医師	3.2	6.4	10.5	4.2	4.9	3.0	
看護職	31.8	32.2	25.6	36.8	31.6	31.5	
コメディカル	30.2	24.7	19.9	16.8	14.4	19.5	



などがある。

市大病院では、平成14年度26件、平成15年度32件、平成16年度37件と、3ヵ年で合計95件行っている。主な事項は衛生局病院同様に多岐にわたっているが、固有の改善事例としては、医療安全に関するリスク要因の提案システムの運用開始、インシデントレポート用紙・様式の変更など体制上の改善も行っている。

4. 医療安全管理に向けての人材創り

職員研修の状況は、受けやすい時間帯も工夫し各年度一定回数を実施しており、また内容も事例を加え安全管理の基本事項について繰り返し実施している。

表6に示す職種別研修は、新採用の研修において衛生局病院と市大病院とでは実施回数に大きな差がある。病院機能の違いはあるにせよ、新採用職員はいずれも初めての医療現場であること、また医療安全の教育は繰り返し行うことが重要であることから、衛生局病院においては今後再考の余地があると考えられる。

ここに前項の考察と同様、医師の関わりが少ないが、前項と同様衛生局病院においては外部評価委員会の指摘があったことにより平成16年度は実施回数が大きく増加している。

医師は医療提供の中心的役割を担うこと、さらに医師の取組み姿勢は他の医療職に大きな影響を持つことなどから、医師の関わりの向上は重要であると考えられる。

5. 医療事故の発生状況と公表について

「安全管理の取組み報告」における医療事故の

件数(表9に示す)は、衛生局病院が14件、市大病院が13件、合計27件であるが、死亡事故及び後遺障害残存事故など重大事故については、この報告書とは別に発生の都度公表している。

報告書の事故の内容を概観すると、平成16年度に、衛生局病院において耳鼻科手術の際、きわめてまれな脳梗塞の発症による半身麻痺(インフォームド・コンセントの不足もあった)という事故があったが、その他死亡事故、あるいは後遺障害残存事故は含まれていない。

主なものをあげれば、平成14年度は、衛生局病院においては看護師のトイレ誘導時の転倒、看護師が病室から離れている間のベットからの転落、薬剤濃度の不適正による疼痛の発生などであり、市大病院では、検査前処置薬の過量投与、中心静脈カテーテル抜去時のカテーテルの切断、リハビリ中の股関節の脱臼などである。平成15年度は、衛生局病院では手術時における腹部へのガーゼ残し、市大病院では注射用抗生剤の過量投与、異抜歯であり、平成16年度は、前述の事故のほか衛生局病院における栄養剤注入管の間違いによる肺炎の発症、冷水湯たんぽ使用による低温やけどなどである。

また別に公表している死亡事故等は、平成15年度に衛生局病院における他病院から緊急搬送された肺炎患者に係る人工呼吸器の誤挿管発見ミス、及び市大病院における未熟児に対する酸素ガスと窒素ガスの誤吸入という投与ミスなどが、平成16年度に衛生局病院における未経験の内視鏡脳内血腫手術ミスで患者が重態になった事故などが発生している。

これらは、「事故を隠さない」という考えのもと

表9 「安全管理取組み報告」にみる医療事故発生(公表)状況

	平成14年度	平成15年度	平成16年度	合計
衛生局病院	8件	1件	5件	14件
市大病院	11件	2件	0件	13件

「公表基準」に基づき、患者・家族に対するプライバシーへの配慮を十分にしたうえで公表している。

## V. 結論

本調査により、病院をグループ化・ネットワーク化した安全管理体制のもと、インシデント報告の収集・活用、職員の教育、そして組織の安全文化創りなど、現在わが国で取組まれている対策を先駆的に、かつ継続して実施してきたにもかかわらず、医療事故は防ぎ得ていないことが明らかになった。

この事故の内容を見ると、耳鼻科手術の際のまれな事故、及び内視鏡未経験者による技術不足や注意不足による人為的、すなわちヒューマンエラーといわれる事故である。

このことはまさに、医療行為における不確実性及び人は誰でも間違えるという人間の行為特性を表していると考ええる。

したがって、医療事故の根絶は難しいものの、抑制は可能であると考ええる。

そのためには、第一に、全職員が「医療事故の発生は、医療現場の日常に潜み、内在するものである。」との認識を改め強くすること、第二に、そうした認識に基づいて組織としての安全管理対策

に積極的に関わること、第三に、本調査でも明らかになったが、特に医師の安全管理対策へのより積極的な取組みが重要であること、を基本に、組織としてより積極的に、安全管理体制の運用の拡充を図っていくことが不可欠であり、またこれら体制の実効性を高めるための対策が必要であると考える。

## 謝辞

本調査の実施及び論文掲載にあたっては、横浜市の医療安全管理体制を所管する横浜市衛生局地域医療政策部の理解を得るとともに、同部看護担当松本敦子氏他病院等関係の皆様にご協力いただき深謝します。

## 文献

- 医学ジャーナリスト協会訳, 2000, 人は誰でも間違える (TO ERR IS HUMAN), 株式会社日本評論社  
 川村治子, 1998, 医療事故・医事紛争防止とリスクマネジメント, 病院 57 巻 2・4・6・8・12 号, 医学書院  
 厚生省健康政策局総務課監修, 1999, 患者誤認防止に向けて, 患者誤認事故防止方策に関する検討会報告書, 株式会社ミクス  
 横浜市(衛生局), 1999, 横浜市立大学医学部附属病院の医療事故に関する事故調査委員会報告書  
 横浜市衛生局(病院経営局), 横浜市立大学事務局(公立大学法人横浜市立大学), 2003, 2004, 2005  
 平成 14, 15, 16 年度の医療安全管理の取組みについて