

19980110

厚生科学特別研究事業  
総括研究報告書（平成10年度）

患者誤認事故予防のための院内管理体制の  
確立方策に関する研究

主任研究者 菊池 晴彦 国立循環器病センター総長

## 総括研究報告書

患者誤認事故予防のための院内管理体制の確立方策に関する研究

主任研究者 菊池 晴彦 (国立循環器病センター 総長)

**研究要旨：**手術患者誤認という重大事故の発生を機に、全国 82 の特定機能病院における類似事故防止方策の実施状況、医療事故防止のための組織的な体制、医学教育における医療事故防止の体系的な教育の有無について調査した。誤認事故防止に関しては、今回の事故を契機に 50 %の施設で新たに「患者識別バンドの装着」や「患者自ら氏名を答えさせる」等の確認方法が取り入れられた。一方、組織として医療事故防止体制が十分に整備されている施設はわずか 7%にすぎず、医学教育においても事故防止をテーマとしてカリキュラムが組み込まれている大学は 16%であった。今後ますます高度、複雑化する医療において事故を防止するためには、組織、さらに医療界全体でシステムティックな事故防止体制の構築が必要と思われた。

分担研究者 川村 治子  
杏林大学保健学部教授

### A. 研究目的

横浜市大病院の手術患者誤認事故発生を機に、同様の機能を有する全国の特定機能病院における類似事故防止方策の取り組み状況、さらに病院の医療事故全体に対する組織的な取り組みの実態や医学教育における事故防止教育の現状を調査する。以上の調査結果をもとに誤認事故、および医療事故全体に対する防止策のあり方について検討する。

### B. 研究方法

対象は特定機能病院 82 施設（大学病院 80, ナショナルセンター 2 施設）。以下の内容で調査用紙を施設長宛、郵送にて送付した。調査内容は(1)手術患者誤認事故の防止方策について取り組み状況、実施上の問題点、(2)医療事故防止の組織的体制（事故等の報告とその分析体制、医療事故防止委員会や専門部署の設置、事故防止マニュアルの有無や職員研修の開催状況など）、(3)医療事故防止に関する医学部教育について、の 3 点である。回答は記名自記式とし、約 1 ヶ月間で回収した。

### C. 研究結果

回収率は 92.7%と高率であった。

#### 1) 手術患者誤認事故防止方策について

① 今回の事故が教訓になって 50 %の施設が「患者識別バンドの装着」（事故前 18%→事故後実施、実施予定も含めて計 68%）と「患者本人から名前を答えさせる」（同 30%→80 %）の両方策を取り入れていた。②「手術室への患者搬送を 1 名ずつ行う」、「患者とカルテの同時受け渡し」は 95%の施設が、

また、「患者受け渡し時の氏名復唱」は 84%が事故前から実施していた。③「患者の身体に直接マジック等で名前を記載」は、患者心理への配慮等から 59%の施設で実施予定がなかった。④「手術室スタッフによる術前患者訪問」では、看護婦の訪問は人員、勤務体制上全ての患者には不可能と言う意見が多かった。⑤「手術スケジュール」については 82%が同時スタートで、手術室の効率的活用、人員・勤務体制の制約のために手術開始時間をずらすことは困難という意見が多かった。⑥「麻酔導入時の主治医の立ち会い、患者への声かけ」は事故前は 53%であったが、事故後さらに 21 %が実施することになった。このことは医の倫理からも当然とする意見が多かった。

#### 2) 医療事故防止のための組織体制について

① 事故やニアミス の報告制度は 66%（うち全職種は 28%）が、また報告項目や書式を定めているのは 55%、報告内容を分析し関連委員会で改善策の検討を行っているのは 75%、事故防止の責任者を置いているのは 68%の施設であった。② 事故防止委員会を設置しているのは 36%、委員会を定期的に開催しているのは 26%の施設であった。③ 事故防止マニュアルを作成し、定期的に見直しているのは 22%、事故防止の職員研修を定期的に行っているのは 12%の施設であった。④ しかし、以上に述べた体制と機能が全て整い、組織的な事故防止体制が構築されている施設はわずか 7%で、さらに事故防止マニュアルや定期研修も実施されている施設は 4%にすぎなかった。

#### 3) 医療事故防止のための医学部教育について

医療事故防止をテーマとしたカリキュラムを組ん

でいるのは 16%の大学にすぎず、46%は通常の講義の中で事故防止に触れる程度であった。

#### 4) 医療事故防止に対する意見について

病院の全組織的な取り組みとしてリスクマネジメントの必要性、事故・ニアミス等の情報収集の重要性を指摘する意見が多く、こうした情報を全国的に収集・分析・還元する制度の構築や医療事故をオープンに議論できる社会環境を望む意見があった。また、労働量に見合った人員配置を望む意見もあった。

#### D. 考察

##### 1) 手術患者誤認事故防止について

多忙な医療現場、在院期間の短縮の中で医療従事者と患者の関係がかつてより希薄になった今日、患者情報を的確に伝達すること重要性を、今回の患者誤認事故は示唆している。特に手術部は多数の診療科の患者が短時間に集中し、情報が混乱するリスクを孕んでいる。より確実な患者情報の伝達手段やその確認の責任体制を明確にすることが求められる。

また、高齢患者の増加や術前投薬の影響により「医療側からの氏名の呼びかけ」は、極めて不正確な患者確認手段であることがわかった。調査でも、今回の事故が教訓になって事故後約半数の施設で、「患者識別バンドの装着」「患者本人から氏名を言わせる」が採用されることになった。しかし、どのような確認手段をとろうとも、麻酔導入時には主治医グループの誰かが立ち会うことは医の倫理からみて当然の責務と思われる。

一方、手術スケジュールの調整は、手術室運営の効率や人員・勤務体制上の問題で困難という意見が多く、むしろ、業務が集中する時間帯には看護体制を強化するなど、労働量に見合ったフレキシブルな勤務体制が必要ではないかと思われた。また、カルテと患者が離れて引き渡されたことが、情報の混乱の背景の1つであるが、これには手術部の交換ホールの構造上の問題も指摘された。そして、最も重要なことは、医療チームメンバー相互のチェック機能が作動しなかったことである。つまり、当初は看護婦のケアレスミスと思われた今回の事故の背景にはハード、ソフト、勤務体制等マネジメント、およびチェック機能としてのチームメンバーの連携の問題など、医療システム全体にかかわる問題が多数内在していることがわかった。

##### 2) 組織的な医療事故防止体制

今回の患者誤認事故でも明らかのように事故の発生には、個人のエラーを誘発する、あるいはエラーの吸収を困難にする様々な医療システム上の要因が存在している。従って、事故の防止には日常から将来

事故に繋がるインシデントを把握し、組織やシステム上の問題に対処する手段を持つことが肝要である。つまり、事故やニアミス等の情報収集制度、情報を分析する専門部署と責任者、対応策を検討する定期的な委員会などの組織体制（リスクマネジメント：以下 RM と略す）が機能していなければならない。今回の調査ではこうした体制が完備している施設はわずか 7%に過ぎなかった。今回の重大事故が契機となり、RMの構築が各施設に広がることが望まれるが、その中心を担う人材（リスクマネージャー）の育成も今後の課題である。

##### 3) 医学部教育における事故防止教育

RMの構築には安全を重視し、事故やニアミス等がオープンに議論される組織風土が欠かせない。こうした風土を形成する医療従事者の意識づくりに卒前教育の役割は大きい。今回の調査では、一部の重大医療事故に関する各論の講義はあるものの、医療事故防止をテーマとしたカリキュラムが組まれている大学は 16%と少なかった。産業事故の領域では、ヒューマンエラーをシステム全体の問題としてとらえ、改善につなげる考え方がすでに定着し、関連学問領域による学際的研究も進んでいる。医療従事者の卒前教育の中にも、いわゆる「安全学」や「リスクマネジメント」に関するカリキュラムが組まれることが望まれる。

以上から、今後の医療事故防止は事故を単に個人のミスとして捕らえるのではなく、医療システム全体の問題として捕らえ、組織、さらには医療界全体でシステムティックな医療事故防止体制の構築が求められる。その具体的課題としては啓発活動、卒前・卒後教育における医療事故防止カリキュラムの開発、教育指導者の育成、リスクマネジメントの中心を担うリスクマネージャーの養成がある。さらに、事故情報を全国規模で収集-分析-還元する制度など、教育機関、職能団体、学会、行政が連携し総力を挙げた体制づくりが必要と思われた。

#### E. 結論

高度・複雑化し、ますます多忙になる医療における事故防止のために、組織、さらに医療界全体で、教育も含めたシステムティックな医療事故防止体制の構築が求められる。

#### F. 研究発表

現在のところなし。