

神奈川県立病院機構医療安全推進体制に係る外部調査委員会 調査結果報告書検証結果の概要（機構による抜粋）

委員会では、こども医療センターと、その他の機構 4 病院及び遺族を対象に、ヒアリング及び現地調査（こども医療センター）を行い、主に、①患者安全確保における基盤整備体制、②日々の患者安全活動、③日常の質管理・医療事故未然防止、④重大事故発生時の対応、⑤重大事故の共有・公開体制の 5 項目について検証した。

1 こども医療センターへの主な指摘

- こども医療センターは歴史ある高度専門病院として、地域医療のみならず、全国の小児診療において重要な役割を果たしてきたが、少なくとも本死亡事故発生以前において、同センターに患者の安全確保を最優先事項とするための明確な病院理念を組織の隅々まで貫通させ、専門性の異なる多様な部門や診療・ケアを「患者安全」という概念で規律付け、統率するための強固な覚悟とリーダーシップ・統治システム（クリニカルガバナンス）が存在していたとは言えない。
- また、事故発生後においても、これまでの慣習と決別し、透明性や第三者性の確保を含めた患者安全の抜本的改革に全職員が一丸となって臨む、といった変革段階に移行しているとは言い難い。
- 執行部・診療科間・部局間に存在する不可侵のムード、院内のセクション数の多さ、それぞれの部局の持つ独立性・専門性の高さは、部署を横断した積極的な関わり合いを阻む構造となっており、また、徐々にマイクロシステム内のリスクが増大する中、全身管理を不得手とする医師層の存在や、それらの医師層に対する教育不足、またそれを病院全体として補う体制の弱さなどが、患者安全上の脆弱性を生む素地となっている。
- さらに、患者の入院病棟が、病態別ではなく年齢別に決定され、混合病棟が常態化し、マイクロシステムが分散して業務を行わなければならない状況が生まれており、職員間に患者安全上の懸念が存在している。
- その他、今回の検証対象である①～⑤いずれにおいても、重要な課題を指摘でき（報告書 7～11 頁）、特に医師の患者安全に対する無理解と無関心、不作為などは深刻な状況となっている。また、病院全体として重大医療事故調査の経験が乏しく、有事業務の管理・運営、遺族との情報共有のあり方等に大幅な改善の余地がある。これらの問題の多くはこども医療センターのみの問題ではなく、全国の多くの小児専門医療機関の抱える課題と一致する部分が多いと考えられる。

2 機構全体への主な指摘

- 本部事務局には、患者安全は各病院が主体的に取り組むものとの認識があり、病院の裁量を優先し、強い介入や指導体制の構築には至っていなかった。例えば医療事故対応、事故調査の枠組みなどにおいて、明確な基準を示しておらず、それぞれの病院で判断するとの認識の下、機構 5 病院間のばらつきが生じていた。
- また、病院間の取組・患者安全体制を標準化するための活動は弱く、いずれの病院においても、その実効性においてばらつきがあると推察され、患者安全を最優先とし十分実践できている、と確度をもって判断できる病院は、少なくとも今回の調査のみ

からは認定できなかった。機構全病院において、平時～有事いずれの患者安全業務において、具体的な課題が指摘される（報告書 11～14 頁）。これらの問題の多くは神奈川県立病院機構のみの問題ではなく、全国の多くの都道府県立病院群の抱える課題と一致する部分が多いと考えられる。

3 こども医療センター死亡事故事例発生に至った背景要因について

- ・ こども医療センターで発生した死亡事故には、「看護チームのアセスメント能力の不足」、「医師団への報告の躊躇」、「医師団の対応能力の不足」と、それぞれを生んでいる複雑な組織的背景を指摘できる。術後の患児の致命的な容体悪化や、その前兆となる兆候の変化に対し、チームとして適切に対応できず、診断・対応の遅れを招いたことは適切といえない。チームスキルトレーニングや、医療者の主観に依存しない早期・連絡対応システムの導入について、改良の余地がある（報告書 14～17 頁）。
- ・ これらを生んだ実情を把握するため、こども医療センターの入院患者・家族、外来患者・家族を対象として、PX（患者経験価値）調査を行い、米国 69 病院、国内 3 病院の調査結果と比較検証した。さらに、退職職員を対象として、医療安全文化に関する調査を行った（報告書 17～19 頁）。主な調査結果として、以下が指摘された。
 - ・ 患者と看護師間のコミュニケーションが低位
 - ・ 保護者と看護師間のコミュニケーションが低位
 - ・ 退職職員アンケートで「部署内のチームワーク」「自由なコミュニケーション」「医療安全に対する病院の支援体制」が低位

4 提言

こども医療センターに向けて計 19 項目（報告書 23～24 頁）、県立病院機構本部事務局及び機構全病院に向けて計 23 項目（報告書 25～26 頁）の提言が行われた。

～県立病院機構本部事務局及び機構全病院に向けた主な提言 23 項目の抜粋～

- (1) 患者安全確保における基盤整備体制について
外部委員のみで構成される県立病院機構医療安全監査委員会の設置、など 5 項目
- (2) 日々の患者安全活動について
多職種によるインシデント報告の活性化など、3 項目
- (3) 日常の質管理・医療事故未然防止について
機構 5 病院の合同数値目標（QI）の設定、患者への早期対応システム（RRS）の導入、チームスキルトレーニングの導入、AHRQ（公益財団法人日本病院機能評価機構）安全文化調査の実施、患者市民参画の推進など、8 項目
- (4) 重大事故発生時の対応について
5 病院全体における年間死亡者数、医療事故該当性を判断するための臨時委員会の開催数、事故調査数などを明らかにする、など、4 項目
- (5) 重大事故の共有・公開体制について
医療事故調査結果等の情報共有、本部事務局・県への報告基準、報道公開基準、遺族との情報共有等のあり方について具体的な基準を制定するなど、3 項目

※ 調査委員会は、これらの提言について、概ね 1 年後にその達成状況を確認し、機構理事長に報告する。