



看護師等の刑事裁判例における事故背景の分析 —— レジリエンスの観点から ——

岡 耕平・吉野 眞美・木内 淳子

滋慶医療科学大学院大学 医療管理学研究科 医療安全管理学専攻

背景

Safety-I から Safety-II へ

従来の安全対策は、事故を事後分析し、再発防止を目指すものであった (Safety-I)。しかし医療現場のように要因が複雑に関連し合う領域では、原因を特定・制御することは困難である。このことから、近年では例外的に生じる事故の因果関係をたどるよりむしろ、業務の多様性のなかで、いかに日常活動が維持されているのか(レジリエンス)を検討することでシステムの安全性を分析する考え方 (Safety-II) が重視されつつある(cf. Hollnagel, 2012)。

Safety-I

稀な事例に対する「リアクティブ」な分析。「結果」の評価

Safety-II

日常業務に対する「プロアクティブ」な分析。「プロセス」の評価

本研究では、実際に生じた 重大事故の背景にあるエラーがなぜ修正されなかったのか、生じたエラーを分類し、その背景の状況と対応させることにより、レジリエンスの観点から医療安全を考えることを目的とする。

方法

1999年から2010年までの医療事故裁判例(全31例)のうち次の2条件を満たす6つの判例(表1)を対象とした。

1. 複数の看護師等が関与した事故で、事故の最終原因が診療や手術のテクニカルスキルの問題ではない事例
2. 事実関係の詳細が記述・公開される公判手続きに付された事例

刑事裁判例を題材にした理由

- ・ 実際に生じた重大事故の事例であること
- ・ 裏付けのとられた事実関係が詳細に記述されていること

6事例について事故に関連した人間の行動を時系列に沿って整し、Reason (1990) のエラー分類を元に、どのようなエラーがどのような条件で生じたか検討した。

表1. 本研究で取り扱った裁判例の特徴

番号	事故発生年月	判決日	裁判所	病院特徴	事故特徴	判決結果
1	1999.01.11	2001.09.20	横浜地裁	A公立大学付属病院	2名の患者取り違えて手術	一審 X: 罰金30万円 Y: 禁固1年/執行猶予3年 控訴審 X/Y: 共に 罰金50万円
		2003.03.25	東京高裁			
2	1999.02.11	2000.12.27	東京地裁	B公立病院	消毒液誤注射により患者死亡	一審 X/Y: 共に 禁固1年/執行猶予3年
3	1999.09.09	2003.11.28	盛岡地裁	C国立病院	人工呼吸器操作ミスにより患者死亡	一審 X: 禁固8ヶ月/執行猶予2年
4	2000.02.28	2003.11.10	京都地裁	D国立大学付属病院	精製水とエタノール取り違え注入により患者死亡	一審 X: 禁固10ヶ月/執行猶予3年
5	2001.01.15	2005.03.14	京都地裁	E大規模私立病院	塩化カリウム誤注射により患者が寝たきり状態に	一審 X: 禁固10ヶ月 控訴審 X: 禁固8ヶ月
		2005.10.13	大阪高裁			
6	2002.06.01	2003.09.16	大津地裁	F大規模私立病院	塩化カリウムを希釈せず混注し患者死亡	一審 X: 禁固1年/執行猶予3年 Y: 禁固8ヶ月/執行猶予3年

結果

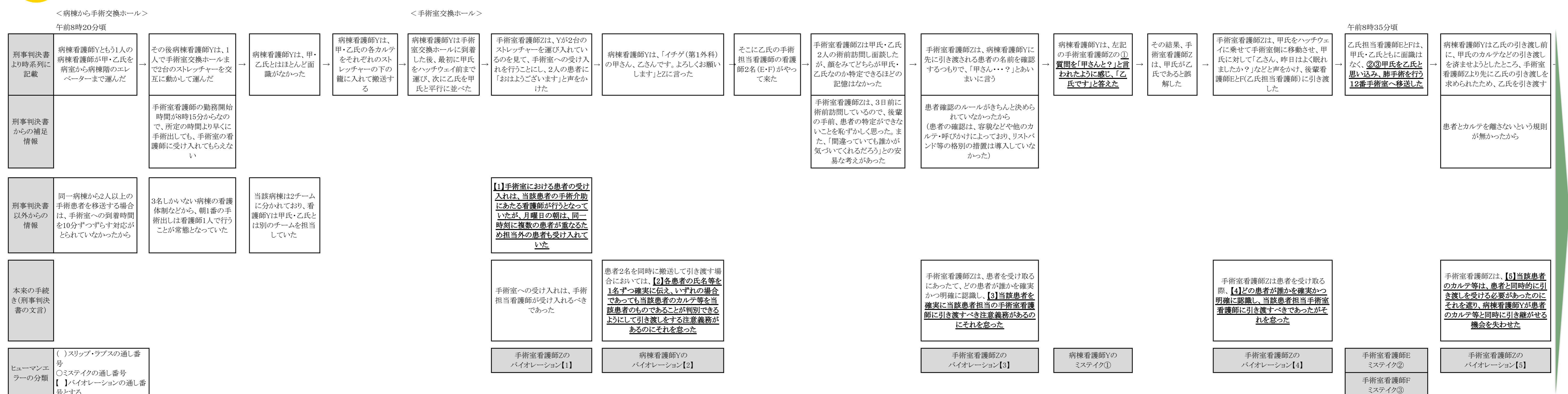


図1. 事例番号1の分析例

6事例全てで複数の看護師等によるヒューマンエラーが確認され(スリップ0回,ラプス1回,ミスタイク23回,バイオリケーション31回,計20名の看護師等が関与),これらが連続的に発現したことで事故につながったことが明らかになった。

表2. 6事例のエラー分類

番号	スリップ	ラプス	ミスタイク	バイオリケーション	合計	事故に関与した看護師数	起訴された看護師数
1	0	0	5	9	14	6	2
2	0	0	2	2	4	2	2
3	0	1	5	3	9	3	1
4	0	0	6	7	13	6	1
5	0	0	2	3	5	1	1
6	0	0	3	7	10	2	2
合計	0	1	23	31		20	9

考察

スリップやラプスがほとんどみられなかったことは、単純な工学的工夫では事故を防げない可能性を示唆している。一方、ミスタイクとバイオリケーションがほとんどのエラーを占めたことは、重大事故につながった実作業が個人の状況認識と効率的行動に依存したシステムであったことを示唆している。限られた時間と人的資源の中では、効率と医療の質がトレードオフの関係になる。作業手順や労働環境の整備が十分でなければシステムのレジリエンスが得られない現状が示された。本研究では、1つの裁判例について、主文内の各所に拡散する事故状況の情報を、著者らが話し合っって情報統合したものである。さらにエラーの分類を実施している。そのため、供述回数によって変化する記述内容の違いについて、主観的に対応している点に問題が残る。今後は、データをより客観的に精緻化し、供述内容の違いによるエラータイプの違いも視野に入れて検討する必要がある。