

「医療安全事始め、 歴史から学ぶ医療安全 その1」

医療安全推進室 室長

新田 雅彦



今号から医療安全をテーマに「新医療安全シリーズ」として掲載させていただくこととなりました。以前、村尾 仁先生(現 大阪医科薬科大学三島南病院)が寄稿された「医療安全シリーズ」を再度継続する形で連載させていただきま。自ら学んだ知識や経験を会員の皆さまと共有し、少しでもお役に立つことができれば幸いです。シリーズは、先ず、歴史から学ぶ医療安全をテーマとして取り上げてみたいと思います。

1. 日本の医療安全の歴史は 「1999年」から始まった

「1999年」と聞けば、あなたは何を想像しますか？ ひょっとすると40歳代以上の方では、ノストラダムスの大予言を想像する人もいるかも知れません。この予言は、1999年7月に人類が滅亡するという世紀末を騒ぎ立てたもので、私にとって1999年は何となく不吉なイメージを持つ年でした。まさしくその年に重大な事故が発生し、日本の医療における医療安全管理体制が注目されるようになりました。

重大な事故とは、平成11年1月11日の月曜日に横浜市立大学医学部附属病院で発生しました。これは心臓手術を行うべき患者さんに対して肺手術を、肺手術を行うべき患者さんに対して心臓手術がなされ、二人とも術後ICUに入室した後になって、それぞれに異なった手術がなされたことが判明しました。なぜ、このようなことが起こったのでしょうか？ 事例を振り返ってみると、1つの重大なエラーが発生したことには間違いがありませんが、そのエラーを解決する機会があったにもかかわらず、多くを失っていたことが明らかになっています。

2. 患者取り違え事件

原因は大きく分けて2つのパートに分かれ、移送から麻酔開始までの患者確認と取り違えに気づかずに手術を行った点について分析されています。今回は、前半のパートについて解説します。

当日は、同じ病棟から心臓手術をうけるAさんと肺の手術を受けるBさんが、一人の看護師





Cにより手術室の交換ホールまで移送されました。交換ホールから手術室にはハッチウエイ(ベルトコンベアを使用した手術室への移送口)を介し、病棟ストレッチャー→ハッチウエイ→手術室ストレッチャーの順に患者さんを移動されていきました。まずAさん(心臓手術予定)がハッチを介し手術室ストレッチャーに移動、迎え入れた手術室看護師D(事前にAさん、Bさんの術前訪問は済み)が、Aさん(心臓手術予定)のことをBさん(肺の手術予定)と誤認してしまいます。そのやり取りは、看護師Dは「金曜日にお伺いしたDです。Bさん良く眠れましたか?」とAさんに聞くと、Aさんは「はい」と答えました。その会話を聞いていた肺の手術を担当する看護師たちは、AさんをBさんと思い込み、肺の手術室にAさん(心臓手術予定)を移送しました。その後、Bさん(肺の手術予定)は、確認されないまま手術室のストレッチャーに移動され、心臓手術を担当する看護師GとHにより、心臓の手術室に移送されました。その際に担当の看護師Gにより、Bさんに「Aさん寒くないですか?」と問いかけたところ、Bさんは、「暑くはないね」と答えています。患者さんが手術室に移送されたあとに、カルテの受け渡しが行われ申し送りが行われました。以上のことから、患者さんを確

認する方法が全く機能していないことがわかりますね。

3. 患者誤認防止の事始め

患者誤認を防止する対策として、先ず、患者さんに「**氏名(フルネーム)**」と**生年月日**を名乗ってもらう事が基本の基本です。このケースの様に、患者さんに名前を間違っって声をかけても、訂正をされないことは多々あります。だからこそ、患者さん自らの氏名、フルネームで名乗っていただく必要があります。さらに同姓同名の誤認を防止するために生年月日も同時にお伝えいただく必要があります。なぜなら、われわれは、常に、思い込みの原因となる「認知バイアス」に捕らわれてしまいます。我々は「間違う」と知ることが医療安全の始まりです。読者のみなさんは、「絶対に間違えない」って自信を持て言えますか? ちなみに私は全く自信がありません。



「医療安全事始め、 歴史から学ぶ医療安全 その2」

医療安全推進室 室長

新田 雅彦



1. 日本の医療安全の歴史は 「1999年」から始まった その2

第1回は1999年（平成11年）1月11日に横浜市立大学医学部附属病院で発生した患者の取り違いによる医療事故についてお話ししました。その1ヶ月後の2月11日の祝日に、東京都立広尾病院でも薬剤の取り違い事故が生じ、患者さんがお亡くなりになるという痛ましい医療過誤が生じました。さらに、病院の隠蔽体質により真摯な対応が遺族になされず事故をより複雑なものにしました。この都立広尾病院事件も、現在の医療安全管理体制に大きな影響を与えた医療事故です。

2. 薬剤取り違い事件

事例は関節リウマチが既往にある患者さんで、中指の滑膜切除手術が行われ、順調な経過中、突然起こりました。手術の翌日、定期的に投与されていた抗菌剤の点滴が終了し、看護師Aさんが、ヘパリン入りの生理食塩水（ヘパ生）で静脈路をロックした後に異変が生じました。約5分後に看護師Bさんが訪床、患者さんは「何か気持ち悪くなってきた。胸が熱い気がする」

と訴え、看護師Bさんはバイタル等を測定し対応しました。看護師Bさんは、先ず抗菌剤によるアレルギーを想起しましたが、前日の投与で異状がなかったため、状況を当直医に報告しました。約10分後、患者さんは、顔面が蒼白となり、「胸が苦しい。息苦しい。両手がしびれる」などと訴えたため、当直医の指示により血管確保のための維持液が開始されました。その15分後に患者さんは心停止となり蘇生が行われましたが、蘇生の甲斐もなく、お亡くなりになりました。

いったい何が起こったのでしょうか？ 薬剤のアナフィラキシーショックが起こったのでしょうか？ 実は、看護師Aさんが「ヘパ生」と思って投与した注射器に入っていた液体は、消毒液クロルヘキシジングルコン酸塩液（ヒビデン・グルコネート液20%）でした。すなわち、患者さんは薬剤ではなく、消毒液を注射されることになりました。なぜ、このような事が起こったのでしょうか？ 実は、これら注射液を用意したのは看護師Aさんではなく、看護師Bさんでした。看護師Bさんは、先ず、注射器の筒の部分に黒色マジックで「ヘパ生」と書かれた「ヘパ生」入りの注射器を保冷庫から取り出し処置台に置きました。続いて他の入院患者に使用する消毒液を同種類の注射器に入れ、「ヘパ生」の注射器とならべ同じ処置台に置きました。看護師Bさんは、両者を区別するためにメモ用紙に黒色マジックで、使用する患者名、消毒液名を手書きしました。しかし、看護師Bさんは、このメモ用紙を誤って「ヘパ生」の注射器に貼り付けて





しまいました。その後、抗菌薬の点滴をするため、抗菌薬入りのボトル、点滴セット、そして誤って取り違えられた消毒液の入った注射器をトレイに入れて、患者さんの床頭台の上に持っていき、抗菌薬の点滴を開始しました。そして、約30分後、抗菌薬の点滴が終了し、ナースコールに対応した看護師Aさんは、床頭台に置かれていた注射器を「ヘパ生」の入った注射器と思い込み、注射器に黒マジックで書かれているはずの「ヘパ生」を確認することなく（この場合は書かれていない）、消毒液を約1ml注射し、残り約9mlを点滴器具内に注入しました。この様に、リスク感性が乏しい業務の中、単純なエラーが生じ、エラーが修正されることなく、患者さんはお亡くなりになりました。

3. 薬剤誤認防止の事始め

このエラーを予防するためには、何が必要だったでしょうか？ 先ず、薬剤と消毒薬を同じ場所に保管するリスクに対する感性の問題があげられます。さらに、薬剤に用いるための注射器が消毒液の保管のために利用されていた点も見逃せません。外見、容量がまったく同じ注射器に異なった中身が入っている場合、取り間違えが容易に生じます。ラベルを貼ること、色別

することなど、工夫は必要です。

また、与薬に関しては、医療安全上の様々なエラーが頻発します。このため、安全な薬剤投与の取り組み「**6つのR**」という確認事項の遵守が求められます。

6つのR (**R**ight) とは、
正しい患者 (**R**ight patient)、
正しい薬剤 (**R**ight drug)、
正しい目的 (**R**ight purpose)、
正しい用量 (**R**ight dose)、
正しい方法 (**R**ight route)、
正しい時間 (**R**ight time) を、

投薬の指示時、薬剤の取り出し時、薬剤の準備時、与薬の直前・与薬時・与薬の直後に確認することで、患者さんや自分を守るために習慣化されることが望まれます。ところで、正しい患者さん (**R**ight patient) を確認する大切さは、前回の会報で解説しましたが、覚えていらっしゃいますか？ もし、お時間が許すならばご覧いただくと幸いです。

われわれ医療従事者は、瞬時の思い込み（認知バイアス）により、容易にエラーを起こします。そのため、重要なステップではいったん立ち止まり、確認作業を行うことは、医療安全上の重要な課題です。また、日頃より高いリスク感性が求められます。薬剤に関わる日常業務の際に、リスク感性と「6つのR」を思い出し、実践ください。

次回は、都立広尾病院事件のもう一つの問題点である、事故が発生した際の医療者や病院としての対応についてお話しさせていただきたいと思います。