

「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が、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「間違っ」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」って自信を持って言えますか? ちなみに私は全く自信がありません。

