

## 事例研究 2

### 輸液管理： 2槽バッグの隔壁開通忘れ

松月みどり

財団法人田附興風会医学研究所  
北野病院 看護部長

#### 【事例】

外科病棟の12時は看護師の休憩時間と重なり忙しい。24時間持続点滴中の患者Aさんから「点滴が終わります」とナースコールがあった。ナースステーションには新人看護師が1人で他には誰もいなかった。プリセプターは手術終了した患者を迎えに行っていた。点滴交換を行おうと医師指示の2本目の糖・電解質輸液500ml（2槽式バッグ）＋ビタミンセットを探した。患者Aさんの準備された輸液はテーブルには見当たらなかった。薬剤部から届く患者毎薬品カートを探し、Aさんの糖・電解質輸液500mlを見つけた。

外袋から出しビタミンセットをミキシングした。そこへ電話が鳴った。誰もいないので電話対応をした。再び戻ってきてそのまま開通をしたものと思いき「開通確認」のシールを外して患者Aさんの点滴交換をした。受け持ち看護師が15分後に発見した。

- (1) 24時間持続点滴の準備は受け持ち看護師が行い、次の交換分は通常、テーブルの上に置いていた。しかしこの日は受け持ち看護師が、自分のカートに載せて病室で他の患者の食事介助の準備をしていた。
- (2) 2槽式バッグ輸液は外袋から出したときに開通するルールであったが、新人看護師であり、手順が習慣化されていなかった。
- (3) 電話対応で薬剤混注業務が中断された。
- (4) 使用したのは3本目の夜間の電解質栄養輸液500mlであった。
- (5) 新人看護師が質問や確認できる先輩看護師はナースステーションにいなかった。

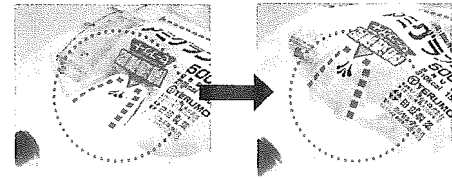
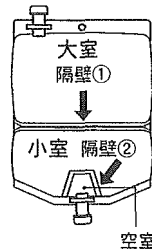
#### 【原因分析】

新人の立場から考察すると、ナースステーションにいたのは新人看護師1人であった。点滴がなくなってしまうのですぐに次の点滴を持っていかなくてはいけないと考えた。いつも置いてあるテーブルに患者Aさんの点滴がないので困った。準備するしかないと探したら薬剤カートで見つかってホッとした。準備中に電話が鳴ったが1人なので出るしかなかった。この背景には手術日で日常的に手術終了が12時に重なることがよくあるにもかかわらず、看護師休憩は半数ずつ2グループのため看護要員が手薄になっていた。受け持ち看護師が持っていることを知らず、コミュニケーションエラーがあった。2槽式電解質栄養輸液バッグの構造が隔壁開通しなくても輸液が実施でき、間違いが発生するとそのまま患者に実施され、防げない仕組みになっていた。



【対策】

- (1) 「点滴交換は受け持ち看護師が責任をもって行う」と共通認識し、点滴終了のナースコールがあり、次の点滴が準備テーブルになかったら、必ず受け持ち看護師に連絡し対応する。マニュアル再認識する。
- (2) 12時前後は看護師休憩時間のため手薄になる。人員確保のため手術日は休憩交代を3部制にする。
- (3) ヒューマンエラー防止のために2槽式輸液バッグは隔壁開通しなければ輸液が流れない仕組みや、隔壁開通しないと点滴セットが接続できない仕組みなどの提案を業界団体に行い、安全性の高い製品の開発をともに考える。



安全装置：隔壁①を開通すると自動的に隔壁②が開通

図1 隔壁開通しないと輸液が流れない輸液バッグ

【提供:テルモ株式会社】

エラープルーフ安全装置：  
手で押した圧力で自動的に外れる

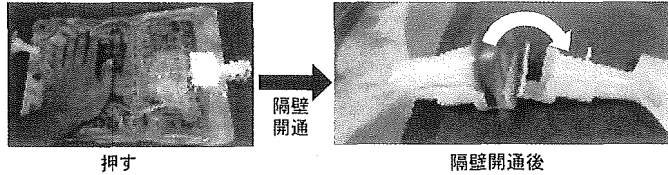


図2 隔壁開通すると安全装置が外れ輸液セットが接続できる輸液バッグ

【提供:味の素ファルマ株式会社】

具体的な指導内容

【パターンA】

- ① 隔壁開通しないまま、点滴を受けることになった患者の不利益を強調して指導する。また、間違いが発生すると患者・家族からの医療や病院に対する信頼感が損なわれることにつながり、ひとりの間違いでは済まされなくて病院全体、看護師全体の不信に広がっていくのでそのきっかけになった責任は重い。
- ② 私たちは人の命をあずかる大切な仕事をしているので、患者に責任をもつ自覚をしっかりとって仕事をしてほしい。間違いは許されない。
- ③ 以前にも同様の間違いが発生したので、2槽式バッグは外袋から取り出したらずぐに隔壁開通するマニュアルに変更した。新人教育の点滴取り扱いオリエンテーションでマニュアルも渡して教育したのに、実施できなかったのは専門職業人としてまだまだ未熟である。しっかり反省しなさい。
- ④ 新人看護師が使用した点滴は患者の名前があったが、夕方開始の次の薬剤であり、勝手に出してはいけないことを教える。
- ⑤ 自分の仕事の結果にしっかり責任をもてる看護師をめざして、がんばりなさい。

【パターンB】

- ① 受け持ちではない患者の点滴を交換することになった経緯を丁寧に聴取する。特に、ナースステーションに誰もおらず、点滴準備中に電話が鳴って業務を中断することになった経緯は詳細に聴取する。
- ② その1つ1つの場面で、新人看護師が感じたことや考えたこと、判断したことの細かい理由を1つ1つ丁寧に話をさせる。
- ③ 手助けするつもりであったことなど、今の気持ちを聞く。落ち込んでいるはずなのでその感情を表出させる。
- ④ 受け持ち看護師の立場に立って考えさせ、ストーマ処置と点滴交換の業務の組み立てから、点滴が作業台にない場合は、受け持ち看護師が持っている可能性があることを教える。
- ⑤ 点滴作業中の業務の中断はヒューマンエラーの大きな理由であることを教える。先輩看護師でも同じような危険があり、中断しない薬剤業務のあり方を今後みんなで検討していくことを伝える。あなたの起こした間違いは、他の看護師が起こす可能性のある内容なので病棟の医療安全検討会のテーマにして話しあうことを伝える。
- ⑥ 今後は受け持ち患者以外の対応はまず受け持ち看護師に確認することを教える。

## 第1回「輸液管理」

# ルールの「簡素化・意味の理解」が決め手 —多重業務、多段階プロセスの危機管理

起こりやすいミス、事故の実態と研修指導による改善の方向を探る

任和子(司会) × 小野幸子 × 佐藤さやか × 大谷友貴美

座談会では、輸液管理におけるヒヤリハット事例として報告される発生頻度の高いミス、事故の発生防止と発生時の適切な対処を徹底するために、新人看護職員研修の場でどのような指導を行うことが効果的で現実的かについて、プリセプティ、プリセプター、リスクマネージャーそれぞれの当事者の立場で語りあっていただいた。

任「輸液管理」は臨床では一番使うことが多い技術ですが、新人看護師はほとんど習ってきていないということで看護基礎教育と臨床現場との間に大きなギャップがあります。医療安全企画の初回ということで「輸液管理」を取り上げましたが、特に新人にとっては非常に重要なテーマだと思います。現実的に現場でどんなことに困っているか、プリセプティ、プリセプター、

リスクマネージャーそれぞれの立場からお話をお聞かせいただきたいと思いますが、本題に入る前にまずは、自己紹介からお願いします。

小野 滋賀医科大学医学部附属病院で専任のリスクマネージャーをしています。専任としては2年目です。その前は病棟師長として4年間脳神経外科の病棟に勤務していました。その時に新人の方の教育にかかわり、プリセプターの方の

小野幸子  
滋賀医科大学医学部  
附属病院

大谷友貴美  
京都大学医学部附属病院

## 「新人同士のダブルチェックにはミスが多い」…佐藤

相談にも乗っていました。

大谷 京都大学医学部附属病院心臓血管外科で1年目(2005年度)の看護師として働いています。

佐藤 北野病院で消化器内科・外科混合の消化器センターに勤務しています。4年目になります。プリセプターとしては、05年度に1年間担当しました。

任 私は昨年現場に戻りました。それまでは、滋賀医科大学などで13年ほど教員をしていました。ですから、基礎教育と現場とのギャップについてはよく分かります。そのギャップを埋めていくことが医療安全につながるのだと思います。そのための研修の仕組みと現場の指導体制を築いていければと考えています。

では、具体的な議論を始めたいと思います。まず、佐藤さんにプリセプターの立場から、新人の指導に際して重視していること、注意しているテーマについてお聞きしたいと思います。

佐藤 点滴に関しては、まずダブルチェックを必ずするようになっていますが、新人同士がダブルチェックをした時はけっこうミスが多いという問題が出ています。新人が慣れてくるのは夜勤が始まる夏過ぎごろですが、ちょっと自信を持ったこ

ろに新人同士でダブルチェックしたらミスが起きて、後で気づくということが多かったですね。

消化器内科・外科なので病棟で使う薬に特徴があります。どういうものに気をつけなければいけないか、また、よく似た名前の薬、例えばアミノフリードとアミノトリバ、ラクテックGとラクテックなどの違いを教えています。

任 心臓血管外科系には鎮静薬やカテコラミンなどハイアラートな薬剤をよく使用しますが、大谷さんはプリセプティとして医薬品の取り扱いで注意しているのはどんなことですか。

大谷 カテコラミンやコンクライト-K(カリウム剤)などを扱う機会が多いので、1年目の最初はプリセプター、先輩と行くのが当たり前でしたが、一番怖かったのは1人で点滴に行くときでした。カテコラミンはずっと1人で実施するのは禁止でした。病棟で勉強して、それをプリセプターの方に確認していただいて、さらに副師長に確認していただき、実際に患者さんに実施するときには10回くらい同期と先輩に確認していただいて、それがやっと冬になるころに1人で実施できるようになりました。今でもハイアラート薬は主任とダブルチェックして、「カテコラミンが接続されてい



佐藤 さやか  
(財)田附興風会北野病院



任 和子  
京都大学医学部附属病院  
副看護部長

## 「ダブルチェックは相手が間違えるという前提で」…小野

るから点滴ルートをこのようにつないで最後はへパリン加生理食塩液を等速で流す」ということを今でも同じように言われる感じです。

任 それは決められたルールですか。まずハイアラートな薬について勉強する。次はプリセプターが確認、その次は副師長が確認し、患者さんに実施するときは必ず先輩と一緒にやる。1人でやれると認められてから、単独で実施するということですね。

大谷 はい。

小野 合格するまで1人ではさせてもらえないということですね。

### 表層的な確認に止まる 「落とし穴」

任 ハイアラート薬の扱い、配合禁忌の問題ですが、リスクマネージャーの立場からみていかがですか。

小野 たくさんの薬の種類がありますので、新人に教育しても最初は覚えられないというのが正直なところのようです。私たちもどのように教えていくか、苦労しています。

任 指示を受けてから準備、実施、終了までの間でどのあたりのところが難しいでしょうか。

大谷 指示受けはリーダーが担当します。リーダーは薬を用意していて手渡しをしてくれます。その時点で一緒にダブルチェックをしています。自分で薬を取り出すことはほとんどありません。取り出すところは一番怖いところです。

佐藤 私も指示受けはしませんが、急に変更になった場合は、「指示が出たので、注射カードがはさんであるから見ておいて」ということになりがちです。

小野 当院では、薬剤名や規格・単位などの間違い防止のために、注意すべき薬品に関しては、リストを作成しています。そのリストが処置室にはあってあっても、現場は忙しいので見に行くことができないと言っていますね。それぞれの部署で、使用頻度の高い間違いやすい薬剤をピックアップして新人には教育しているようです。薬剤名や規格・単位などの間違いは、病棟配置薬から薬品を取り出す時に一番起こりやすくなりますので、ダブルチェックを行うことが重要になります。

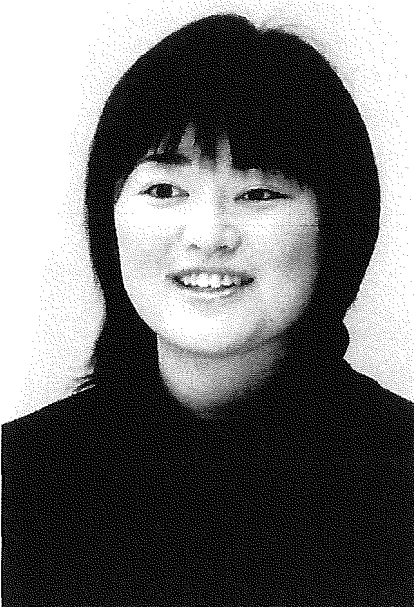
任 新人同士のダブルチェックで間違えうというのほどこに問題があるのでしょうか。

佐藤 ダブルチェックを何のためにやるのかということを知ると実はよく分かっていません。ただ2人で見合わせれば良いという程度で、やり方がまずかったり、ミスが起きてから気づいたりということがあります。きちっとマニュアル化されていないことが問題になってくる。それがないために、毎年同じようなダブルチェックのやり方でミスが起こっていたり、指示の受け方によってミスが起きたりするということがあります。

小野 「ダブルチェックの落とし穴」という言葉があります。相手が見てくれているからということで、双方が安心してしまい、片方が間違っても間違いを発見できずそれでOKになってしまうことです。相手の間違いを見つけるつもりで確認しているのではなく、ただ単に聞いているというだけで緊張感がありません。人間は間違えるという人間の特質を理解したうえで、確認をする必要があります。ダブルチェックは相手が間違えるという前提で行いなさいと口を酸っぱくして言っています。

任 大谷さんは輸液のダブルチェックについてはどうですか。

大谷 新人は指示と薬剤が合っているかどうかだけをみますが、先輩とやると「なんでこんな薬の指示が出ているの」とか言われます。患者さんの



症状から判断するところまでは1年目ではできないというのが正直なところですよ。

任 確かに、なぜこの薬剤を使用するのか、この時間、このタイミングでいいのか判断しながらチェックするということが大切ですね。新人同士のダブルチェックの間違いというのは、表層的な確認に止まっているということに一番の原因があるということですか。

佐藤 それが多いですね。

任 患者さんの状態まで含めた判断を新人が行うのは難しいですね。

小野 目の前のことをやりこなすのに精一杯ですね。

### ミスしやすい「魔」の午前9時

大谷 朝の9時ごろは抗生剤投与の指示が多いのですが、そうすると1年目の場合、ダブルチェックをしていても頭の中では「まず重症のAさんのバイタルサインを測定して、次にBさんの清拭(せいしき)をして」という1日の自分の業務プランを考えていることがあります。点滴だけに全部集中できないことがあって、危険な時間帯だと思います。

任 多重業務で、ダブルチェック中にナースコールが鳴ることはよくありますが、今のお話は状況的にはダブルチェックに専念できるにもかかわらず、頭の中では違う業務をしているということですね。

大谷 点滴を作っている時にナースコールやモニターには触らなくて良いと言われていますが、自分の頭の中で中断業務をしているということが起きています。

任 時間帯として多重業務であるということが背景ですね。9時ごろが危ないなど危険な時間帯は教えられましたか。

大谷 いえ、自分で経験的に思いました。

小野 私も日勤帯の多重業務になる時間帯を危険な時間帯として説明したことがなかったですね。

今まで、危険な時間帯としては、大脳機能のバイオリズムから考えると夜中3時から6時であることを新人研修などで伝えていました。朝の勤務開始時など多重業務になる時は、いろんなことを段取りよく行わなければならないので、ひとつの作業をしていても集中できずにいろんなことを考えながらやってしまう傾向が新人にはあるということでしょうか。朝の9時、10時に集中してしまう業務が分散できると一番いいですけどね。

任 4年目になる佐藤さんは業務の集中についてどう考えて、対応していますか。

佐藤 今はそういうことは特に気にしていません。むしろ夜の方が間違いやすいという心配を持っています。夜は疲れていますし、特に最近2交代が始まって気持ちのうえでも疲れていますから夜の方が今は怖いかなと思います。1年生の時は、抗生剤投与の指示が10時にあって、10時に全部接続しなければいけないと思って焦っていました。働いているうちに先輩にいろいろ聞くと、「そんな5分ずつずらしたらいいやん」と言われて初めて気づきました。薬ですから時間通りが基本なのでそこは忘れてはいけませんが、24時間のTPNの場合、例えば11時で更新する人が多かったら指示受けの時に、「11時は更新が多いから、この人は13時にしよう」とか、最初の時に調整をせずにはしています。1年生の時は、言われるがままでしたが、指示受けをするようになって考えなければならないと思うようになりました。そして先輩が私たちに失敗しないように工夫をしてくれていたかということに気づきました。

任 指示受けの段階が大きなポイントだということですね。指示受けの段階で複数の患者さんの流



## 「ルールを覚えきれず、病棟で助けられたのは先輩の一言」…大谷

れをみて許容範囲の中の調整をしているということでしょうか。

佐藤 師長が指示受けをしてくれることが多いので、それをリーダーに伝えてという形です。

任 先ほどのお話で、6人の患者さんに9時に抗生剤投与の指示があるとして前後15分の30分間で対応するという指導についてどう考えますか。

大谷 どこまでが許容範囲かわかりません。まず重症患者の抗生剤をミキシングして実施し、続いて

バイタルサインを測定すると10分や20分はかかっていますし、次の患者さんの抗生剤をダブルチェックしてということになるとどんどんずれていきます。

小野 当院の場合、抗生剤は「朝、夕」という指示をもらいます。「朝」は午前中11時までに投与する、「夕」は準夜帯の患者さんの夕食が終わってからというだいたいのルールがあります。

任 それで特に問題はありますか。

小野 特に問題は起こっていません。血中濃度などの関係でどうしてもその時間に投与しなければならない薬は決まっているので、そういう場合は「9時」「21時」ときっちり指示が出ます。それ以外、術後の抗生剤などは「朝、夕」という形で指示が出ることが多いです。

佐藤 バンコマイシンなどは、この時間という指示が出ます。バンコマイシンの点滴が11時であれば、それはきちんと時間通りにいけるようにその他を調整するという事になっています。

### 守っていれば間違わない ルール作りが大切

任 まず間違いを起こさないような医師の指示出しが大切です。配合禁忌の問題では、例えば前

後のヘパリン加生理食塩液はダメであると明記してあれば新人も間違えませんか。当然その理由も教えなければなりません。絶対やるべきことは、守っていれば間違わないルールを作ることだと思います。特に輸液は命にかかわったり治療効果にかかわったりするところでもリスクが大きいのでそういうルールをいれることが大事です。

小野 指示受けの時点で、どのように医師に指示を記載してもらおうかということは、経験のある看護師の役割でもあります。

任 それを病院の中の取り決めにして標準化すれば良いということだと思います。それを新人に教えるということですね。

大谷 ルールについては最初の研修の時からひたすらいっぱいあります。それが覚えられなくて病棟に戻ってきて一番助けられたのは、先輩のふとした一言でした。オメプラーの時は「前後に生食ね」と一言言われて「ああそうか」と。すごくありがたかったですね。

小野 経験のある看護師は、1年生がどういうミスをしがちであるかということを知っているから、指示受けの時点で「オメプラー投与前後に生食をフラッシュする」など、前もって医師に指示を出してもらおうということもひとつの手ですね。

### ダブルバッグの開通忘れ防止が 安全性を高める

任 輸液にかかわる安全上の問題では、患者誤認やダブルバッグの開通忘れなどもありますね。

小野 患者誤認は当院で問題になっているインシデントのひとつです。他院では患者のリストバンドのバーコードと薬剤のバーコードを認証させてOKなら投与する患者認証システムが導入されていて、患者誤認防止に一役買っていると聞きます。当院ではまだそのシステムが入っていませんので、

患者さんに名前を名乗っていただいてその名前が薬剤に書かれている名前と同じであるか確認して投与方法をとっています。しかし、そのルールがなかなか守れないという現状があります。

任 「ルールを守るんだ」ということを教えてもらうことがまず大切です。ダブルバッグについては、絶対に間違わない(隔壁を開通させないと投与できない)仕組みを作らなければならないと思います。どんなに製品に表示があっても他に注意すべきことがいっぱいありますから、なかなか見ることができません。「ダブルバッグに表示している注意点を読む」ということのルールにプラスアルファすることとなり、負担が大きいという議論がありました。各医療機関によって医薬品の確認システムが違うこともあり、色による識別には限界があります。例えば、開通確認シールなど一連の流れ作業の中、効率よく作業をこなそうとてあらかじめシールをはがしてしまったりまったく意味がなくなってしまいます。

小野 ダブルバッグの開通忘れ防止については、開通しなければ滴下できないというような仕組みを作ることで安全性を確保することが重要だと思います。今回、新たに開発された容器は、構造的に開通忘れが起こらない仕組みが内蔵されたもので、一連の作業を変えない利便性を重視した私たちが待ち望んでいたものです。

### 実効的なルールを作り、経験談で実感を

任 後輩への良い指導の仕方ということについて意見を聞かせて下さい。

佐藤 今知識が少しずつ身に付いてきているのは、1年生の時に数々の失敗をしてきたからだだと思います。「この薬は怖いんだ」ということをいろいろ学んできた。私はプリセプティや1年生に話すときに、そういうことがあったという話を伝えて、

だからこういうことに気を付けてというようにしています。

大谷 最初はプリセプターと一緒に行って、ある日ひとり立ちしたときに結局聞けたのは、プリセプターか、2年目の先輩でした。上の先輩には、「2年目に聞いてはダメだ」と言われますが、でもやっぱり聞きやすいですね。何気ない経験談を聞くとそんな怖いこともあるんだということを実感できます。

任 経験を話すということは大事ですね。新人であっても間違えない仕組みを作り、ルールにしたうえで、プラスアルファとして経験の話を加えていくということですね。

小野 新人にとっては先輩の失敗談を聞くと記憶に残りますね。「この先輩でもこんな失敗をしはったのか」と案外記憶に残って自分に置き換えることができ、私も注意しようということになりますね。

大谷 ルール化されていることが先に立つということがあるので、結局意味が分からないので、ルールと同時にプラスアルファがあると良いと思います。現場では意味を教えることが大事ですね。

集合研修の場では、ルールと手技を徹底するということだと思います。

任 輸液管理はいくつもの業務プロセスがあって、しかも多重業務になりがちです。それだけにルールも複雑になりがちですね。シンプルなルールが必要です。守れないルールでは逆効果ですね。まず実効的なルールを作る、そのうえでルールの根拠、なぜそうするのかについて理解する、ということですね。今日はお忙しいところありがとうございました。





# ヒヤリ・ハット事例から見た 事故防止対策と医療安全に向けて 患者に期待される役割

嶋森 好子

## ヒヤリ・ハット事例の 収集分析事業

厚生労働省は、2001年10月からヒヤリ・ハット事例（ニアミスまたはインシデントで患者に障害が生じなかった事象）の収集分析事業を行ってきた。また、04年10月から特定機能病院等に事故の報告が義務化された。現在、これらの事業は、日本医療機能評価機構の事故防止センターが厚生労働省からの委託を受け継続している。筆者は03年と04年に、厚生労働科学研究として、ヒヤリ・ハット事例の収集分析事業における記述情報の分析を担当した。

本稿では、ヒヤリ・ハット事例発生が多いいくつかの場面についての防止対策と今後の医療安全において患者・国民が期待される役割について述べる。

## 薬剤に関連する事故と その防止対策

—組織的対策の不備の責任は  
誰が負うのか—

ヒヤリ・ハット事例で最も多いのが薬剤関連である。患者の死亡事故が起きた2つの薬剤については、すでに日本薬剤師会や厚生労働省からの通知等が出された。1つは、患者の血液が酸性に傾くのを防ぐために使われる“カリウム製剤”である。これを原液のまま血管内に投与すると心停止を招く。また、抗不整脈剤の“キシロカイン”には、濃度の違う2種類の製剤があり、濃度の濃いものを原液のまま血管内に投与するとやはり心停止を起こす危険がある。

現在多くの病院ではこれらの危険な原液製剤は一般病棟に置いていない。しかし、このような措置を取っていない病院で同様の事故が起きている。この場合、事故の責任は誰が負うべきだろうか。筆者は病院もしくは管理者が負うべきだと考えるが、実際に事故が発生し、重大な結果に至った場合は当事者が刑事責任を負うことになる。これは大きな問題で、医療事故発生

時の組織および個人の責任とその責任の果たし方については、司法の専門家や患者・国民を含めた議論が必要と考える。

そのほか、薬剤に関連する事故やエラーの防止に関しては、薬剤師の役割が大きい。この点については、特集記事1を参照いただきたいが、筆者としては臨床薬剤師が直接薬剤を投与する医療現場に配置されることを望んでいる。

## 患者の誤認とその防止対策 —患者の果たす役割に期待する—

1999年、患者を誤認し“2人の患者に間違っただ手術をする”重大な事故が発生した。この事故は医療従事者や患者を含めた一般の人々に大きな衝撃を与えた。医療への信頼を揺るがす事態となったが、これを契機に日本の医療の安全対策が推進することになった。

この事故後、患者誤認防止対策が医療現場で進んでいる。多くの病院で患者の氏名を記入したベルトを手首に着ける（リストバンド）ことや、注射や内服薬の投与にあたって、患者に氏名を名乗ってもらうようになった。また、薬剤の準備や投与の際には、医師の指示書と薬剤および投与する患者の氏名のそれぞれを間違えないように、“指差し呼称”を取り入れている病院も多い。

それでも、患者誤認は医療のすべての場で起きている。外来で名前を聞き間違えた患者が診察室に入って来てそのまま診察を受ける。検査室やX線室でも同じことが起きている。患者が自分の食事と間違っ隣りの配膳台の食事を持って行くというような、重大事故ではないがヒヤリ・ハットが起きている。しかし、検査対象を間違えると誤診につながり間違っ治療をする結果となる。手術患者や手術部位の間違いは重大な結果をもたらす。

患者誤認は、米国でも重大な事故事例がある。左右の足を間違っ健康な足を切断した事例である。米国の医療施設の評価機関（JCAHO：Joint Commission Accreditation Health-care Organization）が2004年から医療安全

のゴールを示しているが、第1番目のゴールは、患者誤認防止である。それについては、次のような提言をしている。

＜患者誤認防止＞

①治療や検査その他の医療サービスのすべての場面で患者確認を行う。

②患者確認は、独立した2つ以上の方法で行う。

a. 外来患者の場合、患者の氏名を名乗ってもらい、住所や電話番号などを確認する。

b. 入院患者の場合は、上記に加えて、リストバンドで氏名を確認する（できればバーコードによる認証を行う：（ ）内は筆者）。

患者誤認事故の防止対策で患者の果たす役割は大きい。患者自身が誤認されないように注意する。外来受診の場合には診察室に入ったら氏名を名乗る。入院して注射を受けたり内服薬を受け取るときにも氏名を名乗りリストバンドを示す。確認されることを嫌がったり面倒がらないことも重要で、そのような態度をされると医療者も遠慮したり確認を躊躇する。

人は、自覚しない間違いを起こす。これは心理学の分野では当然のことと認識されている。特に患者を多く抱えて治療や看護をしている現場の医師や看護師たちは、仕事に追われて簡単なことを間違っこともある。誤認防止のために患者の役割はとりわけ重要である。

## チューブ・カテーテル関連事故 防止対策

—急性期の事故防止対策としての  
身体拘束とその

インフォームド・コンセント—

医療現場で使用されるチューブ類はさまざまである。血管に留置される点滴チューブ、気道内に挿入して呼吸を助けたり人工呼吸をするための挿管チューブ、胃や腸に挿入して、栄養物を注入したり、治療のためにガスや消化液を排出するために使われる胃管や腸管と呼ばれるチューブなどである。

これに関連する重大な事故事例では、胃の中に入れるべき薬を血管に挿入されている点滴チ

チューブから注入した事例がある。この事故の要因として、血管内に薬剤を投与する注射器の口径と消化管に栄養等を注入する注入器の口径が同じで接続可能であることを指摘する声が相次いだ。現在は、消化管への注入に用いる注入器の口径を大きくした“カテーテルチップタイプの注入器”を導入し接続できないようにしている。その現場では、同種の誤注入は起きていない。

人工呼吸器や気道内に呼吸を補助する目的で挿入したチューブと機器などをつなぐ接続管の種類を間違えて、患者を窒息させる事故が生じている。これもやはり目的の違うさまざまな機器に用いる各種の接続管の口径が、ヨーロッパ式と米国式の2通りではあるが、合理性（どんな機器にもつなげられる）と経済性（そのため大量に安く製造できる）の面から、一定のサイズになっていることが要因のひとつである。そのため、機器の構造や仕組みを知らない医療者が、本来つなげてはいけないものをつなげて事故になる。

医療現場に機器が増加し、各メーカーはしのぎを削って現場で期待される多くの機能を盛り込んでいる。しかし、それぞれの患者に使われる機能はその一部でしかなく、全体的な機能を知らないまま使っている。そのため、アラームが鳴っても対処方法がわからない。これは新人医師にも言える。

これらのリスクを低減化する目的で、認知心理学の専門家などと共同して、パネルのダイヤルの並びや、アラームの位置、色など人間の認知能力に応じたデザインを考える研究者も出てきている。しかしまだ、実際の機器にその結果を生かすまでには至っていない。筆者が昨年訪れたペンシルベニア大学病院では、すべての病棟の輸液ポンプが同じ種類であった。このような対策は日本でも一部とられ始めているが、まだ多くの施設で経済的な理由もあって統一されたものにはなっていない。

医療機器の増加とともに新しい医療専門職として登場してきた臨床工学技士は、自動輸液ポンプや人工呼吸器など医療機器が適切に使える

ように保守・点検および修理と、患者に接続している機器の条件設定まで医師の指示に従って行える職種である。これらの職種の人たちが、人工呼吸器装着中の患者について、1日1回以上訪問して機器と患者の状況を観察し調整することを行えば、人工呼吸器によるエラーの多くは防止できる。しかし、多くの病院でこれらの職種の配置数は少なく、不十分な状況で医師や看護師がその役割を担っている。今後は、医療機器を使う患者のいる場に配置されることが望まれる。

そのほか、チューブ類に関連する事故防止のうえで、チューブ挿入の目的とそれが達成したら、すぐ抜去の指示を出すなど、患者の状態に応じた医師の適切な判断によって患者にチューブの自己抜去など問題が生じないようにすることが重要である。

また、急性期の患者の体内に挿入されたチューブ類は、生命に関わる重要なものであることを認識し、必要な場合には主治医や患者・家族と相談のうえで、鎮静剤を用いて安静を保てるようにすることや、患者や家族の許可を得て、身体の拘束をすることもある。身体拘束が必要と判断した場合には、その必要性や危険性、どのような状況になったら拘束をはずすことが可能かなどについて十分話し合ったうえで、患者・家族の了承を文書で得ることが必要である。

## 転倒・転落事故事例の防止対策

### —療養環境改善の重要性—

転倒・転落事故は、医療施設に限定されるものではなく、家庭生活を営む中でも起こる。

しかし、重大な結果（骨折、頭部外傷など）を生じる可能性もある。現在、多くの医療施設で、入院時に転倒・転落しやすい患者を発見するために“転倒・転落リスクアセスメントシート”を用いた患者評価が行われている。これまでのヒヤリ・ハット事例の収集から、転びやすい患者は、①高齢者、②転倒・転落の経験がある患者、③歩行補助器具を使用している患者、④身体機能に何らかの障害がある患者——と認

識されており、これらの患者に対して防止対策を立てている。また、それらの患者が転倒・転落事故を起こしにくい環境の整備（廊下の手すり、滑りにくい床、ベッドやオーバーテーブルのストッパーなど）や事故防止のための機器（離床センサー、車椅子の転倒防止バーなど）の導入なども行われている。

転倒・転落の防止対策を考えるうえで、病院の環境を検討する必要性が指摘され、療養環境研究会（代表：三宅祥三・武蔵野赤十字病院長）が立ち上げられている。これまでの病院は治療をする医師や看護師たちにとって使いやすい施設・設備となっている。このことが療養する患者、特に高齢者や小児の転倒・転落を招きやすい要因になっている。

今後は、設計段階から安全を考慮した病院設計が行われる必要があり、患者のプライバシーの確保と安全防止対策との矛盾についても検討していく必要がある。

## 国民を巻き込んだ医療安全対策と安全文化の醸成

### —医療安全の主人公としての患者への期待—

医療現場のヒヤリ・ハット事例の分析から、重大な事故を防止するために現場で導入されている対策について述べてきた。これらの対策に共通する点は、安全な業務プロセスを設計しその標準化を図り、その標準化された業務ルールを遵守して行動する習慣を身につけることである。

医療現場は医師や看護師をはじめとする専門職の集まりである。1999年に重大な事故が起きるまで、“専門家である自分が十分注意すれば事故を起こすはずがない”と思っていた。しかし、1999年、米国科学アカデミーが医療安全に関する報告書を出したが、そのタイトルは“To err is human（邦題：人は誰でも間違える）”であった。それ以来、“人は誰でも間違える”ものであり、間違えても事故につながらないシステム作りが重要だと認識は変わってきた。

このような認識は深まったが、行動レベルでは従来の行動パターンが抜けきらず、ルールを意識せず無意識の行動でエラーを事故につなげる結果になっている。この習慣を改善し、安全文化を醸成することが課題である。

2005年11月26日に“医療の質安全学会設立記念シンポジウム”が東京で開催された。筆者もこの学会の設立準備に携わったが、医療の質と安全のためには医療の専門家だけでなく、心理学・工学・法学・経済学などさまざまな分野の人々による学際的な研究が必要である。この稿においてもそれらの知見を導入して医療安全が図られている例をいくつか述べた。そのために、医療職以外の分野の方たちにも参加を願うことにした（理事にも医療職以外の理事もいる）。これらの学際的な研究の推進が医療安全を高める原動力となるよう願っている。

05年6月厚生労働省は、「今後の医療安全対策について」の報告書を出した。その報告書の原案を作成したワーキンググループの会議に筆者もメンバーとして出席した。

この報告書では今後取り組むべき課題として、①医療の質と安全性の向上、②医療事故等事例の原因究明・分析に基づく再発防止対策の徹底、③患者、国民との情報共有と患者、国民の主体的な参加への促進——を3本柱にして医療安全を推進するために取り組むべきことを検討した。

その中で、これからの医療安全には、患者の主体的な参加は不可欠であることが確認された。医療安全確保の主人公は患者自身である。このことを医療者も患者も認識する必要がある。米国のMD アンダーソン病院では入院時のオリエンテーションで患者に、①もっと声を挙げる、②注意する、③自分で学ぶ、④弁護士を依頼する、⑤薬を知る、⑥医療機関を使う、⑦意思決定に参加する——ことを伝えるそうである（見学した友人からの情報）。

すべての国民が医療安全のためのそれぞれの役割を主体的に果たすとき、日本の医療がより安全で質の高いものになると期待される。

（しまもり・よしこ＝京都大学医学部附属病院看護部・部長）

# 電 氣 評 論

2006 5

ELECTRICAL REVIEW

ホームページ <http://www.eonet.ne.jp/~ehyo>

## 特 集 安全文化の醸成と事故・災害の防止

- 特別寄稿 労働災害と感電災害の現状
- 解 説 GPSを利用した電力系統監視システム
- 連載講座 最近の光技術(第11回)
- 読 み 物 節約は最大の資源(I)
- 一 般 論 文 蒸気タービンケーシングのクリープ疲労に関する余寿命診断研究  
高性能セラミック酸素分離膜の開発概要
- 随 想 研究の面白さと難しさ
- 環境技術ノート プラズマによるディーゼル排ガスPM処理
- 海外文献紹介

## ◇安全文化の醸成に向けての取り組み

## 医療現場における安全文化の醸成

京都大学医学部附属病院 嶋 森 好 子\*

## 1. はじめに

医療現場の安全を確保することは、国民全体の課題である。医療現場で働く医療従事者が改めてその認識を深めたのは、ここ数年のことである。それまで、医療現場の安全確保の責任は、医療の専門家である医療従事者が負うもので、国民はその結果として医療の提供を受けるものだとしか認識していなかった。そのため、医療安全の問題を医療の専門家以外の者が取り立てて問題にすることはなかった。

その従来のあり方を覆すことになったのが、平成11年に生じた重大な医療事故である。一つは、心臓の手術が予定されていた患者が肺の手術を受け、肺の手術を予定されていた患者が心臓の手術を受けることになった患者誤認事故である。この2人の患者は、同じ病棟から一人の看護師によって手術室に運ばれ、手術室の看護師に患者を引き継ぐ際に、名前を聞き違えてそれぞれ、間違っただけ手術室に運び込まれて手術を受けることになった。途中何度か気づくチャンスはあったが、いずれも患者間違いがないという前提で合理的に解釈され、手術終了後に集中治療室の医師が患者に氏名を名乗ってもらうまで気づかなかつた。もう一つは、消毒薬の誤注入事故である。同じサイズの注射器に注射薬と処置用の消毒剤を同時に用意し、注射薬入りの注射器と間違っただけ、消毒薬入りの注射器を病室に運び込んで患者のベッドサイドの床頭台の上に置いた。これを、ナースコールで呼ばれた看護師が確認しないまま血管内に注入した事故である。この事故は、いずれも大きくマスコミに取り上げられた。当事者達は刑事責任を追及されることになったが、同時に、国を挙げて医療安全に取り組むことが必要であるとの認識を深めることになった。

その後も、それまで表に出ていなかった、事故事

例が大きく報道されることになった。マスコミで取り上げられた事故の当事者のほとんどは看護師であり、またその事故のほとんどが、事故の後で振り返ると、単純なミスがキッカケとなって重大な結果を生じていた。そのため、医療者の怠慢や倫理観のなさが事故の発生の要因になっていると批判する声が大きくなった。医療事故の多くが刑事裁判で裁かれることになり、“禁固刑”の判決を受ける例も増加した。事故を起こした医師が逮捕され、診療科が閉鎖に追い込まれるという極端な事例まで発生した。法医学会からは“異状死ガイドライン”が出され、事故による患者の死亡は、医師法21条による“異状死”として届けことが求められるとの判断が一般化した。しかし、これについては、そもそも医療にはリスクがあり、合併症や予測された範囲の結果については、警察への届出が必要ではないという医療者特に外科医の意見もあり、医療における事故の取り扱いについては、いまだ明確にされているとはいえない。

## 2. 医療現場のヒヤリ・ハット事例の報告と事故報告の義務化

医療現場で生じた“ヒヤリ・ハット（ヒヤリしたりハットした）事例”を報告することは、一般産業に習って看護師は以前から行っている。しかし、これを病院全体のシステムとして行っていた医療機関は、平成11年以前にはほとんどなかったといえる。医療事故は公にしたり報告するものではなく、病院の中で処理され、訴訟になりそうな場合に初めて損害保険会社に報告されていた。従って、以前から医師賠償責任保険を団体として引き受けている医師会には、訴訟事例についての情報は届いているものと思われる。

平成13年、厚生労働省は、先の重大事故以来続出する医療事故の報道と、社会からの批判の声を受け、

\*しまもり よしこ 看護部 部長 院長補佐

医政局総務課に医療安全推進室を設けた。これによって、厚生行政として医療安全に取り組む姿勢が明らかになった。その年の10月から、ヒヤリ・ハット事例の収集・分析事業が厚生労働科学研究として開始されている。

平成14年には、医療法施行規則の一部改正によって、各医療機関は、ヒヤリ・ハット事例等、医療安全に資する情報を収集・分析するシステムを医療機関内に設けることが義務付けられた。同時に医療安全に関する指針の作成や教育・研修の実施も求められている。

さらに、平成15年には、特定機能病院や臨床研修指定病院等に、医療安全管理を行なう部署を設置し、専従者を置くことが義務付けられ、平成16年10月からは、これらの病院に、事故の報告が義務付けられた。国として、医療機関で生じた事故事例の報告を受け、これを分析して、その情報を提供することによって、医療事故の防止対策に役立てることを、その趣旨としている。報告が義務化されている病院と

報告件数(表1)"および報告すべき事故の範囲(表2)は表の通りである。但し、報告が義務化されていなくても自主的に報告を行うとして登録している病院も報告義務医療機関と同じような数に上っており、医療安全に対する意識の高い医療機関が多くなっている。しかし、全国に9000余りの医療機関があることを考えると、約500の報告義務医療機関と自主的な登録医療機関の数は、約5%強にすぎない。ベッド数では、かなりの数にはなるが、多くの医療機関がこれらの義務を免除されている。今後の医療法改定においては、医療機関全体へ医療安全のためのシステムの構築が課せられるものと考えられる。事故の報告義務医療機関で、報告すべき事故事例が発生した場合には、医療機関が事故と認識してから2週間以内に、財団法人“日本医療機能評価機構事故防止センター”(厚労省からの業務委託機関である)に報告することになっている。

平成13年から行われているヒヤリ・ハット事例の収集・分析事業は、平成17年3月まで、3ヵ月毎に

自主的に登録した医療機関から報告を受けた事例について、厚生労働科学研究として量的な分析と記述情報分析が行われてきた。筆者は、この記述情報分析を平成15年度から、担当している。これらの事例の収集分析を通して、ヒヤリ・ハット事例の傾向やその防止対策として何をすべきか

表1 事故の報告数と報告機関数

	平成16年 10~12月	平成17年										報告数
	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	計		
報告数 (件)	241	110	101	81	89	107	158	88	117	98	949	1,190 (合計)
報告義務 医療機関数 (ヶ所)	277	277	277	276	275	275	275	272	272	272	-	934
参加登録 医療機関数 (ヶ所)	215	237	247	257	265	266	269	273	277	278	-	129
その他 医療機関数 (ヶ所)	約9,000										127	

表2 事故の報告範囲(16年10月~)

重症度原因等	患者	A死亡 (恒久)	B障害残存 (恒久)	C要濃厚治 療(一過性)	軽微な医療 処置又は影 響なし
1. 明らかに誤った医療行為や管理上の問題により患者が死亡若しくは患者に障害が起こった事例、あるいは濃厚な処置や治療を要した事例		事故として報告			ヒヤリ・ハット事例として報告
2. 明らかに誤った医療行為は認められないが、医療行為や管理上の問題により、予期しない形で、患者が死亡若しくは患者に障害が起こった事例、あるいは濃厚な処置や治療を要した事例					
3. その他、警鐘的意義が大きいと医療機関が考える事例 *ヒヤリ・ハット事例に該当する事例も含まれる		事故として報告			
○ 医療行為や管理上の問題とはなんら関係もなく予期せぬ結果となった場合(薬剤による副作用・アナフィラキシーショックや医療機器の誤作動によるもの等)		報告対象外			

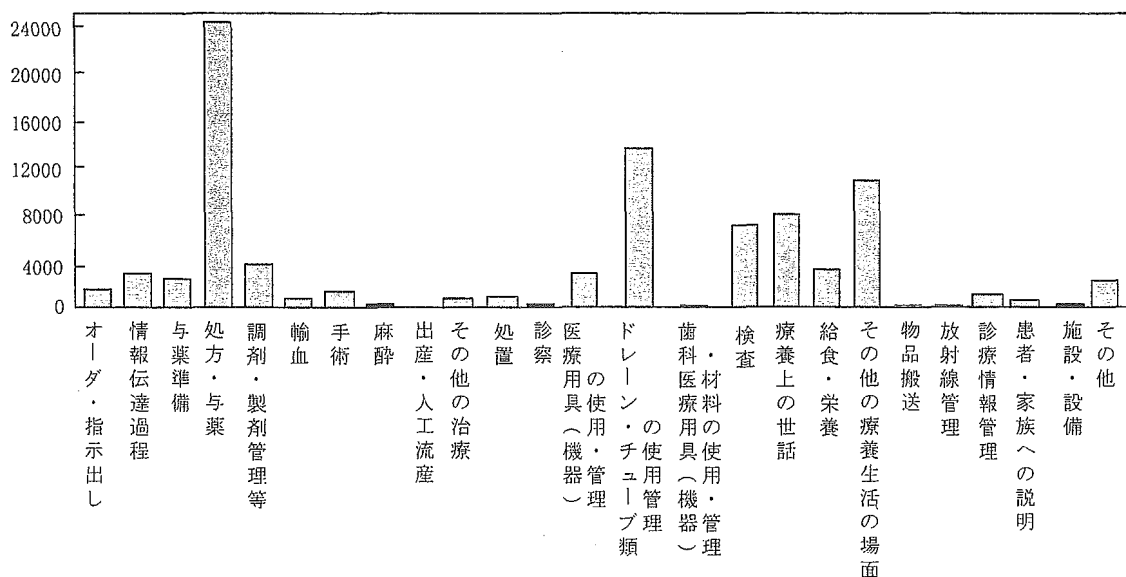


図1 ヒヤリ・ハットの発生場面

について多くの事が明らかになっている。しかし、医療現場における独自の風土・文化や古くからの習慣を改善するまでには至っておらず、既に明らかになっている防止対策が必ずしも現場には届いていない。これらの習慣を改善して、医療現場において安全を第一に考える風土・文化を醸成し、安全を第一に考える習慣をいかに身につけるかが大きな課題である。

### 3. 報告されたヒヤリ・ハット事例と事故事例から見た医療現場のリスク

これまで行われたヒヤリ・ハット事例の全般コード化分析結果では、現場で数の多いヒヤリ・ハットは図1の通りである<sup>2)</sup>。最も多いのが、薬剤に関連したヒヤリ・ハットで、関連する職種は、医師、看護師、薬剤師である。薬剤の名称や患者および量や投与方法の違いなど様々である。次いで多いのがチューブ関連のヒヤリ・ハットで、身体の各器官や体腔に挿入するチューブの挿入間違い（胃に挿入すべきものを気管に挿入するなど）や、抜いてはいけない手術後の患者のチューブを患者が自分で無意識に抜いたり、自然に抜けたりする事例、接続間違いをして本来の目的が達成できなくなる事例などである。次いで多いのが、療養上の世話となっているが、多くが患者のベッドからの転落や廊下での転倒などの事例である。その他、機器類に関することや、検査に関連するヒヤリ・ハットも多く見られている。

ヒヤリ・ハットを報告する職種としては看護師がその8割以上であり、医師は数%に留まっている。

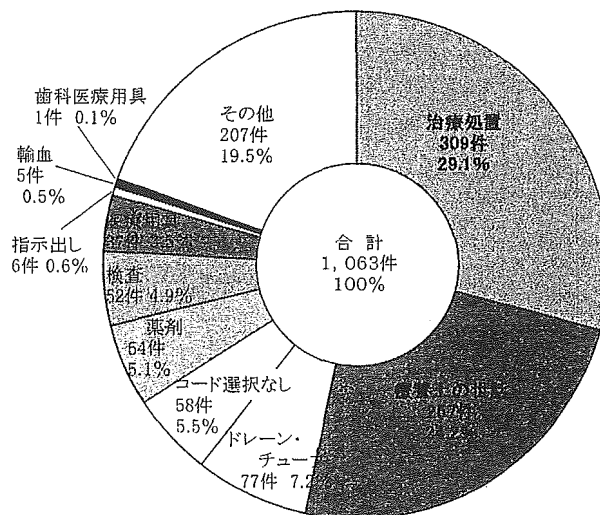


図2 事故報告の内容

その他の職種も少ない。

一方、平成16年10月から義務化された事故の報告内容を見ると、ヒヤリ・ハット事例と少し違った様相を見せている<sup>1)</sup>(図2)。事故の内容として最も多いのが治療処置で、約30%を占めている。これは医療行為であり、ほとんどを医師が行っている。その次に多いものは看護師が関わる事故で療養上の世話となっており、25%を占めている。いずれにしても患者の最も身近にいて、医療を直接患者に提供する立場にある医師と看護師がヒヤリ・ハットも事故も当事者となっていることが分かる。

### 4. コミュニケーションエラー事例の分析から見た、医療現場の曖昧な風土と文化



業績も認められないし出世の道もないのでやめておいた方がいいと言われたそうである。確かに、医師を医療安全管理の専従者としておいている医療機関はまだ少ない。しかし、医師が専任することで、医療における安全管理が重要な柱であるとの認識は深まる可能性は高い。確かに多くの病院で看護師長クラスの看護師が専任者として活躍しており成果は挙げている。しかし、その多くの専任者から聞かされることは、“医師の協力が得られない”か、“医師からのインシデントレポートの提出が少ない”という愚痴である。

先の医師が述べたように、医療の実践現場のリーダーである医師が、率先して医療安全に取り組まない限り、本当の意味での医療における安全文化の醸成は難しい。

ジェームス・リーズンはその著書で安全な組織の要件の一つとして“報告する文化”を上げている。医療のリーダーである医師からのインシデントの報告が少ないこと自体が、安全な組織文化がまだ育っていない証拠と言えるだろう。今後は、医療のリーダーで

ある医師の目指す医学の重要な柱として、“医療の安全”を位置づける必要がある。そのためには、医療の安全を学問として位置づけ、医療安全が医学のなかで重要視され、これに専任を希望する優れた医師が輩出し、これらの医師たちが報われるシステムを作ることである。“医療の質・安全学会”は、それを目指して設立されたが、これらの活動を通して、医療現場の安全推進に実践的に取り組んでいる人たちの活動が評価され、その情報が集積され、お互いに利用可能な状況になることが、医療現場の安全文化の醸成に大きな役割を果たすと考える。

#### 参考文献

- 1) 医療事故情報収集事業 第3回報告書, 財団法人日本医療機能評価機構事故医療防止センター, 平成17年10月
- 2) 同 第4回報告書 同上 平成18年3月
- 3) コミュニケーションエラーの発生原因に関する研究－医療従事者のコミュニケーションエラーの防止対策の検討－, 嶋森好子他, 平成14年度厚生労働科学研究分担研究(主任研究者, 松尾太加志), 平成15年4月
- 4) 組織事故, ジェームス・リーズン・日科技連, 2000年

### 志賀原子力発電所2号機が営業運転を開始 ー北陸電力ー

志賀原子力発電所2号機(改良型沸騰水型, 定格電気出力135万8千kW)は, 昨年より試運転を行ってきたが, 3月15日, 経済産業省の使用前検査に合格し, 営業運転を開始した。

志賀2号機は, 国内で稼働中の商業用原子力発電設備としては55基目となる。

志賀2号機の営業運転開始により, 志賀原子力発電所は志賀1号機(沸騰水型, 定格電気出力54万kW)と合わせて総出力約190万kWとなった。

#### 1. 志賀原子力発電所2号機の概要

- ・所在地: 石川県羽咋郡志賀町
- ・原子炉型式: 改良型沸騰水型軽水炉(ABWR)
- ・定格電気出力: 135万8千kW
- ・着工: 平成11年8月27日
- ・営業運転開始: 平成18年3月15日

#### 2. 志賀原子力発電所2号機の特徴

##### (1) 建物・構築物の特徴

1号機と同様に, 主要な建物は半地下方

式とし建物の高さを低く抑え, 外観もアイボリーと淡いブルーを採用して周囲環境に溶け込むよう配慮している。

また, 冷却用海水の取放水路も海底トンネルを採用し海岸の保護を図るとともに, 温排水による海水の温度上昇範囲を小さくするため, 沖合いの水深の深い所から高速で放水する, 水中放水方式としている。

##### (2) 機器の特徴

改良型BWRは, 安全性・信頼性のより一層の向上などを図るため, これまでに培ってきた原子力発電所の建設や運転・保守の経験を踏まえ, 国, メーカー, 電力会社で開発実証された技術を集大成し, 昭和50年代初めより十数年の歳月をかけて開発されてきたもの。改良型BWRで採用されている改良技術は, 国外の発電所で十分な実績があり, 国内でも東京電力(株)柏崎刈羽原子力発電所6号機・7号機や中部電力(株)浜岡原子力発電所5号機で採用されている。

平成13年度から14年度にかけて、厚生労働科学研究の分担研究者（看護業務改善による事故防止に関する学術的研究～エラー防止および医療チーム研修導入の効果～主任研究者 松尾太加志 北九州市立大学文学部）として、「コミュニケーションエラーの発生要因に関する研究<sup>9)</sup>」を行った。

その結果、コミュニケーションエラーの発生の背景要因として、医療従事者間の情報伝達が適切でないことが大きく影響していることが分かった。このような状況を生じさせている要因として挙げられたのが、「いつもと違う手順だった」「ルールがなかった」「暗黙のルールで行われていて、これを確認しなかった」などの“きちんと決まっていない曖昧なままの手順を習慣的に行っていた”事が分かった。このような曖昧な文化の中で、お互いに勝手に情報を理解して、お互いが理解しあったと思いついて情報交換を行っているため、思い込みが生じ、益々コミュニケーションエラーを助長することになってしまっている。

またヒヤリ・ハット事例の中で、最も多い薬剤に関連した事例の分析結果でも、医師の指示の段階から、看護師が患者に指示された薬剤を投与し最後の観察をするまでの各段階で生じたエラーを分析してみると<sup>1)</sup>、

①指示段階では、指示の出し方のルールが決まっておらず、育った大学で教えられた方法をそのまま行っているため各診療科や個々の医師によって違いが生じており、その医師の指示の出し方や文字の癖を見て判断するというようなことまで行われている。

②指示受けの段階では、その医師や診療科のやり方を暗黙のうちに理解しているベテランの看護師によって指示を受けている間はエラーがないが、その看護師の不在時や看護師の異動によって、改めてエラーを生じやすい場所となっている。看護師のヒヤリ・ハット事例の報告者として多くの割合を占めているのが、新人看護師であるが、異動して1年未満の看護師にも同様の傾向が見られる。

③指示注射薬を準備する段階では、指示書を見ながら確認する習慣が充分育っていない。夜間の場合には遠くにいる医師から電話による口頭指示を受けて実施することもあり、この指示の受け方も一定のルールが決められておらず、記憶したものに照らして業務を行い、間違いを生じている。この場合には確認の手段がなく、患者を間違えたり、薬剤の量や単位を間違えたりということがしばしば起きている。

平成11年以降に、患者の誤認防止のために氏名を書いた小さなバンド（リストバンドと呼んでいる）を装着する方法が多くの病院で取り入れられているが、その現場でも患者誤認事故が多く起きている。これは、患者の確認方法が、リストバンドの導入以前と全く変わっていないからである。リストバンドを装着すると決めた時点で、それを誰が何時、どのように確認するかのルールを決めていない。また決めていても、従来のやり方を変えることができない。忙しい仕事の中で、昔の習慣通りに名前を読んだところ返事があったので、その人だと思いついて処置や治療を行ったところ違った人であったということがしばしば起きている。人は見たいものを見、聞きたいことを聞くようにできている。心理的な状況によって、どんな風にも聞こえるのが人間である。そんな医療現場で、名前を呼ぶだけの患者確認では、誤認防止は難しい。

忙しいと思いつくあまりに、正しい手順を飛び越えて従来のやりかたでやってしまう。その結果、間違った場合には、間違わないように丁寧に時間をかけて行ったより以上の時間をとられ、一生悔いが残る結果となり、その修復も容易でない。このような認識に立てば、ゆっくりすべてを確認した上で実施するということを当たり前にしなければならない。しかし、これだけ事故が起きている医療現場であるにもかかわらず、相変わらず新しく作られたルールを、正しく手順どおりに実施するという姿勢が育っていない。何かと理由をつけて従来のやり方を変えようとし、ここに大きな問題がある。

## 5. 医療安全を第一に考える 風土・文化の醸成

平成18年3月21日、キャンパスプラザ京都において「医療の質・安全学会設立記念シンポジウム in KANSAI」が開催された。そこでのディスカッションで、医師からの興味ある発言があった。その医師は昨年秋に大学病院の専任の医療安全管理室長として着任したばかりの医師で、臨床医としても優れており、出向した病院から大学へ帰ってもらっては困るといわれて、帰れなかったというエピソードの持ち主である。その医師が安全管理の専任者になるについては、上司や先輩の医師から反対を受けたというのである。

医学は診断学と治療学の2本柱で成り立っており、そこに安全学という柱がない。ないものをやっても