



2022年5月 診療カレンダー

日	月	火	水	木	金	土
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31	1	2	3	4

住所:東京都中央区日本橋大伝馬町13-8
 メディカルプライム日本橋小伝馬町3階
 TEL:03-3639-3110 FAX:03-3639-3112

2022年6月 診療カレンダー

日	月	火	水	木	金	土
29	30	31	1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30	1	2

・中央区検診はじまりました
 ・子宮頸がんワクチン接種実施中

ホームページ
 院長ブログ公開中

休診日 午後休診 18時最終受付

一般外来	9:30-12:00	16:00-19:00
発熱外来	12:00-13:00	15:30-16:00

「今月の言葉」

人の失敗から学びましょう
 自分で経験するには、人生は短すぎます
 ~エレノア・ルーズベルト~



<お知らせ>

令和4年度の中央区 区民健康診査(特定健診・がん検診)が開始されました。詳しくはお電話にてお問い合わせください。



失敗の科学



4月23日に北海道の知床沖で遭難した観光船のニュースが連日取り沙汰されています。懸命な捜索にもかかわらず26名全員の生存が絶望視されています。船の沈没の原因は海上の悪天候、船の構造の問題、または不完全な修繕であるとか様々言われていますが、船長や船会社の社長の危機管理、安全面での意識の甘さも問題となっているようです。偶然でしょうが4月には107名が死亡したJR福知山線脱線事故、7名が亡くなった関越自動車道のバス事故が起きており、人為的ミスによる重大な事故を防ぐ方法について考えてみたいと思います。

さて、皆さんもご存知のとおり、医療の分野でも、時折、医療事故や医療過誤が発生します。マシュー・サイド著の「失敗の科学」では失敗を起こした場合の対応について、最も進んだ対策をしているとして航空業界を挙げ、その他の業界とを比較し、我々が失敗からどう学びそれを活かして対応すればよいかを説いています。

第1章では安全重視にかかわる二大業界、医療業界と航空業界の比較をしています。航空業界では圧倒的な安全記録を達成しており、過去に起きた多くの事故から学び、常に改善と改良をし続けるというアプローチを行っているといえます。一方、医療業界では回避可能な多くの医療過誤が発生していますが、残念ながら教訓として活かす切れず、安全性の向上に繋がっていません。著者はその原因をいくつも挙げています。例えば疾患の複雑性、WHOでは12,420種類もの疾患や障害をリストアップしており、すべて処置や治療手順は異なります。疾患の複雑性以外にも資金や人手不足、医療従事者がとっさの判断を迫られることが多く、治療の選択肢をじっくり検討する時間がない、などの問題が指摘されています。現場ではこれらの指摘は確かに当てはまるどころがあり、耳が痛いところです。

米国では毎年100万人が医療過誤による健康被害を受け、実に12万人が死亡しているというデータがあります。英国でも毎年34,000人あまりの患者が医療過誤で死亡しているそうです。日本でも以前から医療事故はありましたが、横浜市立大学病院での患者取り違え事故と、消毒液を誤って点滴ルートから注射して死亡させてしまった都立広尾病院事件をきっかけに特に注目されるようになりました。いずれも1999年に発生した事故ですが、その後から医療事故を繰り返さないためにはどのような措置を取るべきか、起きた時にはどのように対応すればよいかを病院や学会においても議論されることが多くなりました。そのころ私も東大病院で勤務していましたが、失敗学の権威の畑村洋太郎さんの講演を聞く機会もあり、医療分野以外の失敗学にも大変関心を持ちました。

同じく失敗学の権威の芳賀繁さんのお話で興味深かったのは両国国技館の地図を見せると、国技館の住所である東京都墨田区横網一丁目の、横網(よこあみ)を横綱(よこづな)と読み間違える人が多いというお話でした。これは人間の思い込みによる間違いとして典型的な例だそうです。

ところで私の専門の循環器の分野でもかつて取り違えで問題となっている薬物がありました。抗不整脈薬の塩酸キシロカイン(リドカイン)です。これは急性心筋梗塞の時の不整脈に有効とされ、救急カートにアンプルとして必ず入っている薬剤でした。リドカインには2%と10%の2つの濃度があり、注射で使用するときには2%の薬剤を使い、その後持続点滴するには10%を薄めて使います。医師の指示が明確でなかったり、はじめから2%と10%の2種類の剤型があることを知らなかったりして、間違えて投与される危険性があり誤投与が原因の死亡事故が後を絶ちませんでした。私も自分が対応した救急の患者さんにあやうく研修医が投与しそうになるのを目にして、直前で事なきを得たことがありました。2005年に10%リドカインが発売停止になり、それ以降の誤投与はゼロになりました。誤投与の原因となる紛らわしい薬剤はほかにもあり、例えば、筋弛緩薬の「サクシン」と、副腎皮質ステロイドの「サクシゾン」があります。これらの薬剤は緊急処置中に投与されるため誤投与が多かったのですが、対策として作られた昔の医療安全のパンフレットをみると、「よく確認して投与しましょう」などと記載されているのですが、(おそらくそれでは)一向に誤投与はなくなり、筋弛緩薬のサクシンの名前がスキサメニウム注という名前に変更してから誤投与は全くなりなくなりました。

我々は事故や失敗が起こると多くの場合は、「〇〇さんのせいだ」と人に責任を負わせる傾向にあります。事故や失敗には個人の過失が付きものですが、果たしてそれがすべての原因といえるのでしょうか?例えば、リドカインやサクシンの誤投与は「確認しましょう、注意して投与しましょう」という呼びかけでは一向にならなかつたものが、名称を変更したことでその後は1件も起こらなくなっています。ミスや失敗が起こるとダブルチェックなどチェック体制を強化をするという向きもあるようですが、点検を増やせばいいというわけでもなく、適切なチェックでなければミスを減らせないどころか逆に手間が増えることにより、業務時間が増え、疲弊し、ミスを誘発するという悪循環になるという指摘もあります。

JRの事故も、バスの事故も、事故を起こした当事者は皆事故により亡くなっています。当事者は悪意をもって事故を起こしたわけではなく、自分の落ち度でまさかこのような最悪の結果を招いてしまうとは、考えてもみなかったと思います。航空業界では個人のミスを処罰しないという方針により重大な事故の件数を減らすことに成功しました。我々の社会においても個人のミスや失敗が重大な事故に繋がらないように技術面・心理学的な面からも、さまざまなアプローチで適切な対策をしなければならぬと感じています。 文責 齋藤 幹

