

高砂市民病院の患者取り違え事故

2014-06-20

Q: どのような事故だったのでしょうか？

A: 2014年6月16日、兵庫県高砂市の高砂市民病院が、乳がんの検査結果を取り違え、別の女性が乳房の一部を切除されていたことを公表しました。兵庫県に住む成人女性は、2014年4月、高砂市民病院で乳がんと診断されたため、5月上旬に別の病院で乳房の一部を切除する手術を受けていました。しかし、切除された腫瘍からはがん細胞は検出されず、本来は切除する必要がなかったそうです。報告を受けて市民病院が調べたところ、女性と同じ日に検査を受けた別の乳がんの50代の女性患者と検査結果を取り違えていたことがわかりました。



図.1 高砂市民病院

Q: 検査結果を取り違えた原因はわかっているのですか？

A: まだわかっていません。病院が調査しているそうです。

Q: 患者取り違え事故といえば、1999年の横浜市大医学部付属病院の患者取り違え事故が思い出されますが・・・？

A: その医療事故については下記の新聞記事（注.1）でコメントしています。7年前の記事ですが、私の見解はまったく変わっていません。

注.1 http://www.hufac.co.jp/documents/fsb_rensai_05.pdf

Q: 高砂市民病院の事故は本質的には横浜市大病院の事故と変わらないとみているのですか？

A: その通りです。高砂市民病院の事故についても調べが進めば明らかになると思いますが、横浜市大病院の事故と同じように、潜在意識で忙しく働く関係者がデジタル情報を処理せざるを得なくなり、エラーをしたのだと思います。

Q: 新聞記事は医療界による横浜市大病院の事故の原因分析と対策に懐疑的ですが、高砂市民病院の事故はこの時の分析と対策の甘さにより起きたと考えているのですか？

A: 事は人の命や健康に関わることですから、言葉を飾るべきではないと思います。率直に言えば、そういうことになります。

Q: 横浜市大病院の事故の原因をもう少しわかりやすく説明していただけませんか？

A: 弊社が永年の研究の末に構築した「ヒューファク」のエラー理論で説明しましょう。エラーには無作為エラーと系統的エラー、突発的エラーがありますが、最後の突発的エラーがいわゆる「ベテランのエラー」とよばれる潜在意識のエラーです。人間の脳の特性に由来しているために、教育や訓練、設計や作業手順の改善といった従来の対策では対処できず、多くの深刻な事故やインシデントを引き起こしています。突発的エラーの発生メカニズムを簡単に説明すると、「①頭在意識が低下した状況で、②アナログ情報しか処理できない潜在意識が、③デジタル情報を処理すると、④エラーをする」というものです。難しいと思われるかも知れませんが、先日、ある建設会社の講演会で説明させていただいたところ、

現場の皆さんにはご理解いただきました。

Q: 患者取り違え事故など多くの医療事故が増えているのは、医師や看護師、技師、調剤師といった医療従事者の頭在意識が徐々に低下しつつあるということですか？

A: そうです。新聞記事でも触れていますが、最近の多くの病院ではクリニックとよばれるコンピュータによる自動化システムが導入されています。医療従事者の多くは、この自動化システムの中でコンピュータやマニュアルに振り回されて、疲労感や眠気で徐々に頭在意識を低下させています。それだけではなく、医療従事者は、マニュアルやコンピュータに依存するあまり、人間本来の想像力や洞察力を失いつつあります。

Q: クリニックとは、そもそもどういうものですか？

A: 医療界でも、その由来を知る人は少ないでしょう。クリニックは、米国の医療界が医療事故の防止のために考案したシステムです。ですが、これはいわゆる伝統的な科学的管理法（テイリズム）を医療版に焼きなおしたものの過ぎません。我が国の医療界は、テイリズムに批判的な考えをもつ人が産業界にいることを知らずに、効率化の美名のもとに無批判に導入してしまいました。

Q: テイリズムとは、そもそもどういうものですか？

A: 米国の自動車業界がかつて、自動車の大量生産を開始しようとした際に、多くの労災事故が発生して大量生産が難しくなったことがあります。フォード社は、フレデリック・テイラーという学者に依頼して、この事態の打開策を考案してもらいました。それがいわゆる「ベルトコンベヤ式流れ作業」で、テイラーが考案したためにテイリズムとよばれています。この作業手法は、自動車産業だけではなく多くの産業に採用されて、生産性の向上に貢献しています。わが国の産業界で普及しているISO9001も、その流れを汲む品質管理手法といえます。米国の民間航空界はISO9001よりも早くにテイリズムを採用して、「信頼性管理体系（Reliability Monitoring System）」を考案しています。信頼性管理体系は民間航空界で現在でも主流をなす安全管理手法です。テイリズムとは、①エラーを避けられない人間を機械やコンピュータに置き換えて、②機械やコンピュータの使い方や作業の手順をマニュアル化し、③人間にマニュアルの遵守を要求する、というものです。民間航空界はこの考えに則って、最初は5人いた運航乗務員を今では2人にまで減らしています。

Q: 一言でいえば、テイリズムのどこが悪いのですか？

A: 人間がマニュアルやコンピュータに過剰に依存するために、脳の機能、特に頭在意識を次第に不活性化させてしまうことです。テイリズムの下では、人間は想像力や洞察力といった本来の能力を発揮することができません。有名な経済学者であるP.F.ドラッカーは、テイリズムが蔓延する現代社会のシステムを野球に例えました。与えられた狭い守備範囲のみに意識を払っていればよい野球は、選手を不活性化します。これに対して、サッカーの選手は全体の流れを広い視野でみなければなりません。そのために、米国や日本など一部の国を除いては、サッカーが野球よりも圧倒的な人気を呼んでいます。ドラッカーは、著書の中で野球型からサッカー型への社会システムへの変革を推奨しています。

Q: 医療界や産業界はテイリズムの手法をやめることができますか？

A: 社会はすでにマニュアルやコンピュータの恩恵を多く享受していますので、現実的には難しいでしょう。しかし、その陰で多くの犠牲者が出ていることを自覚しておくも必要です。解決策は、人間がマニュアルやコンピュータとうまく付き合っ、頭在意識を適度に維持するしかありません。そのための手法がヒューマンファクター（Human Factors）です。わかりやすくいえば、デジタル情報の多用を控えて、潜在意識で処理しやすいアナログ情報を増やしていくことです。弊社の「ヒューファク」は、それをより具体的に解説しています。

Q: 横浜市大病院の事故の後で、医療界の事故調査チームが、患者取り違えの防止策として図.2のよう

なバーコード付きリストバンドの導入を提唱していますが・・・？



図.2 バーコード付きリストバンド

- A: これは、医療界の事故調査チームがエラーの発生メカニズムをよくご存知ないためだと思います。前出の弊社のエラー理論によれば、バーコードという究極のデジタル情報の導入は事態をさらに悪化させます。バーコード付きのリストバンドを患者に付けるのは人間であり、付け間違いは避けられないからです。付け間違えたリストバンドを、その後の行程で誰かが気づいて修正するのは容易ではありません。スーパーマーケットの商品のバーコードも同じですが、一度付けられたバーコードを疑う者はいません。人間はデジタル情報に関心を寄せないからです。商品のバーコードなら間違えてもさほど被害はありませんが、患者のバーコードの付け間違いはそうはいきません。医療界の方々には、商品や備品のバーコードの付け間違いがいかに多いか、一度調査されることをお勧めします。
- Q: 高砂市民病院の事故が契機かどうかわかりませんが、医療界でも医療事故調査委員会が正式に発足すると聞いていますが・・・？
- A: 産業界でもこの種の事故調査委員会の設立が広がっています。ですが、事故調査は権威を付与すればよいというものではありません。問題は、それぞれの委員が確固たるエラー理論を理解してトップダウン思考ができるかどうかです。医療界の方々の仕事は、患者の病状を科学的に診断して的確な対処法を処方することですが、こと自身のエラーに関してはうまく対処できないようです。
- Q: 人間が潜在意識で行動する状況でのエラーを防ぐために、デジタル情報ではなくアナログ情報を用いている例は実際にあるのですか？
- A: もちろんあります。例えば、建設業界で用いているブルドーザーの操作を間違えれば事故につながりますが、それを防ぐために、ブルドーザーの変速機の切り替えスイッチには、「高速」「低速」という文字表示ではなく、「ウギ」と「カメ」の絵が使われています。しかも、これは国際標準になっています。ウギとカメのイップ寓話が世界で広く知られているからでしょう。逆に、航空界では、緊急時に用いる紙のチェックリストに代えて、コンピュータによるディスプレイを採用しようとしています。パイロットが緊急時にはたしてコンピュータの複雑な操作をできるのか、疑問視する人もいます。医療界や産業界では、人間が潜在意識でエラーをしないために、アナログ情報の必要性を再認識すべきではないでしょうか？

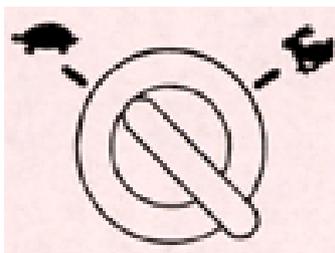


図.3 ブルドーザーの変速機の切り替えスイッチ