

## — 医療 —

東京通信病院 病院長

安原 洋 Hiroshi Yasuhara

## 1. 医療における安全

医学、医療の分野においては、つい最近までは世間一般で考えられる「安全」の概念は確立されてはいなかった。こう書くと驚かれる方も多いはずである。事実、臨床現場では、「安全」ではなく「医療安全」、「患者安全」の言葉がよく用いられる。安全対策の対象となるものが、物ではなく、人（医師や患者）であることが、その理由のひとつとされてきたが、実はこのことは、これから説明する「医療における安全教育」にも深く関係している。

医学や医療において、関心の中心は常に患者であり、患者は病気にかかっていること自体が危険な状態（リスク）とみなすことができる。そのため、長い間、臨床現場で危険といえば、患者の病状が重症であることであり、治療（医療行為）自体の危険性を意味しているわけではなかった。そこには、治療は全て医師の良識に基づき、最良の状態で行われるとの前提があり、治療に過誤があることは、想定されてこなかった。

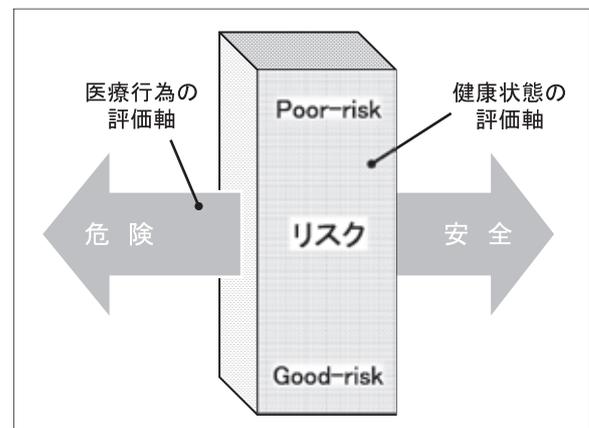
この話は手術の安全性を例にとると分かりやすい。今でこそ、「手術の安全」には、手術という医療行為の安全性や術者の技能なども思い浮かぶが、かつては手術の結果を左右するものは、あくまで患者の病状であり、「手術の安全」を示す用語には、患者の病状を反映した、“poor-risk（健康状態不良）”、“good-risk（健康状態良好）”が使用されていた。その背景には、手術が必要になるほど重症な患者に

は安全など存在せず、病気の程度がリスクの全てとの考えであった。（図1）

このような医学界の常識に警鐘を鳴らしたのは、ハーバード大学公衆衛生学部の Leape、Brennan らである。彼らは、ニューヨーク州の51病院で1984年に入院した患者カルテの調査を行い、医療事故が1,133件（3.7%）、医療過誤はそのうち280件（0.9%）発生していることを報告した（New England Journal of Medicine 324：370-376, 1991）。さらに、医療事故死の約半数は医療過誤によるもので、これは当時のニューヨーク州の交通事故死の2倍を超えるものであった。

「医療安全」が一般の「安全」と異なるもう一つの点は、臨床現場の仕事は、製造業のように直線的、段階的に流れず、個人やグループが、緩く連携しながら、分散して複雑な作業を進めていることである。そこでは、根本原因分析（Root cause analysis）など因果関

図1 手術のリスクのとらえ方



かつては手術のリスクは患者の健康状態ととらえられ、一般的に考えられる安全とは評価軸が異なっていた。2009年にWHOが公表した「安全な手術」のためのガイドラインでは、チーム医療やチェックリストの利用が提唱され、医療行為そのものに重点が置かれている。

係に基づく伝統的な事故防止のためのアプローチはうまく機能しないことがある。そのため、現在の医療安全教育は、個々の作業の複雑さや作業同士の繋がりなども考慮し、「ものごとが正しい方向に向かうことを重視する」(Safety-II) などといった新しい安全理論を取り入れようとしている。

## 2. 医療安全教育の実際

わが国の「医療安全」が注目されるきっかけは、1999年に起きた横浜市立大学病院の手術患者取り違え<sup>※1</sup>、都立広尾病院の消毒液の静脈内誤投与<sup>※2</sup>などの医療事故で、このため医療安全教育では、医療事故調査、医療訴訟、患者誤認防止、安全な手術、誤薬防止、ヒューマンエラーなどに重点が置かれている。

### (1) 病院における教育

医療安全教育では、現場教育 (Onsite Job Training、以下、OJT と記す) が大きな役割を果たしている。医療安全管理部署が病院長直轄で設置されている病院も多く、そこには医療安全管理者<sup>※3</sup>が配置されている。医療安全管理者は、日ごろから病院職員に対して医療安全の啓発活動を行い、医療事故発生時には中心になってその対応と処理にあたる。また、医療スタッフに対する医療安全研修 (表1)、医療安全マニュアル作成など、教育活動の企画・運営を行っている。

さらに、臨床現場から提出されるインシデント・アクシデント報告なども OJT の一環と考えられる。ここでは医療事故につながる可能性のある危険な事象 (ヒヤリ・ハット) や医療事故に相当する患者への傷害が報告される。報告者は、自らの関与したミスを振り返りながら、報告書を作成することで、安全意識が高まり、さらに深く安全な行動について学ぶことができる。

表1 病院内の医療安全研修の内容の一例

項目	内容
医療安全管理	院内組織体制、患者誤認防止、転倒転落防止、ヒヤリ・ハット報告、ヒューマンエラー、チーム医療、業務の標準化、指針・マニュアル整備
院内感染対策	手洗い、手指衛生、ICT <sup>*</sup> ラウンド、5S 活動
医薬品安全管理	誤薬防止 (6R <sup>**</sup> )、薬品の管理、危険薬、麻薬管理
医療機器安全管理	保守点検、安全使用、機器購入、機種統一化
医療事故	事故発生時の対応、関連法令/規定、法的責任

\* : 感染対策チーム

\*\* : 誤薬防止のために、正しい患者 (Right patient)、正しい薬物 (Right drug)、正しい目的 (Right purpose)、正しい容量 (Right dose)、正しい方法 (Right route)、正しい時間 (Right time) の確認作業 (6R) が求められている。これらの確認作業は、患者確認に加えて必要になる。

最近では院内感染に対する感染制御や、医療機器の安全使用も医療安全の一部として捉えられるようになってきた。感染制御では、多職種の医療スタッフで構成される院内感染制御チーム (Infection Control Team: ICT) が、日ごろから医療現場で手指衛生の指導や清潔意識を高める啓発活動を行っている。

医療機器に関しては、医療機器安全管理責任者<sup>※4</sup>を中心に、医療機器を安全に使用するための情報収集、安全研修を医療スタッフに行っている。

### (2) 大学における教育

現在でも全ての大学医学部に、確立した医療安全管理学の講座やカリキュラムがあるわけではない。医療安全とは医療スタッフ全職種の課題であるため、チーム医療、多職種連携、職種間のコミュニケーション、ノンテクニカルスキルなどへの関心も高く、看護をはじめとする医療系大学や非医療系大学院のカリキュラムに組み込まれていることもある。

#### やすらら・みる

東京大学医学部卒業。東京大学医学部第一外科学教室入局。茅ヶ崎市立病院外科にて研修。東京通信病院外科勤務。米国ニュージャージー州立医科大学にて血管外科の研究に従事。その後、東京大学医学部附属病院第一外科講師、帝京大学医学部附属市原病院外科教授、東京大学医学部附属病院手術部教授。2019年から現職。

※1

#### 手術患者取り違え

本来行うべき手術を、患者を取り違えて行った医療事故。いくつものエラーが重なる「スイスチーズモデル」が注目された。

※2

#### 静脈内誤投与

手術後の患者に、血液凝固阻止剤と間違えて消毒液を点滴し、患者が死亡した医療事故。事故後の記者会見で病院側が虚偽の説明をするなどして遺族の不信感を増大させた。

※3

#### 医療安全管理者

医療機関の管理者から安全管理のために必要な権限の委譲と、人材、予算およびインフラなど必要な資源を付与されて、管理者の指示に基づき、業務を行う者で、安全管理体制構築の参画、委員会等各種活動の円滑な運営の支援、職員への教育・研修、情報収集と分析、対策の立案、事故発生時の対応などを主たる業務とする。

※4

#### 医療機器安全管理責任者

平成19年4月の医療法改正で制定された資格。病院の管理者の指示の下、医療機器の安全使用のための従業者に対する研修、医療機器の保守点検に関する計画の策定と実施、医療機器の安全使用のための情報収集などを行う。