

学会理事の所感

2013年4月に全国から様々な専門家が集まり、日本医療安全学会が下記の趣旨の下に設立されました。

「医療安全に関する医療業務には、医科医療安全、歯科医療安全、医薬品安全、医療機器安全、看護安全など多岐にわたり、医療現場はそれらの協同作業で展開される。また、関連分野としてリスクマネジメント、品質管理、ヒューマンファクターと安全工学、リスクコミュニケーション、臨床コーチング、法行政学、医療経済学、医療経営学、情報科学、行動科学、認知科学、疫学・統計など多種多様の専門分野も存在する。

本学会の目的は、これらの膨大な複合領域の観点から、医療安全文化の向上を図り、患者中心の医療を充実させることにある。」

さてこの度、設立時の理事の諸先生からお寄せいただきました本学会に対する期待と抱負を電子媒体にてお届けする運びとなりました。

なお、本学会は医療現場が日常抱えている安全問題を解決することを具体的な目的とし、特定の固定観念にとらわれず、幅広く様々に複雑な状況へ柔軟に対応し、現場に即した実践的な安全文化の構築を目指します。

このために、各種の安全管理責任者が本学会の理事・代議員として医療における各種の安全分野を編成し、多職種横断ならびに学際的研究の2つの視点から活動を展開します。

以上から、本学会のキーワードは現場的、実践的、柔軟性、多職種横断および学際研究です。この広領域の諸課題を以下の観点から検討します。

医療安全の基本フレーム、医療安全の質的研究、医療安全の量的研究（ビックデータなどの数量解析）、リスクマネジメントと医療経営・経済学、リスク情報学、安全工学(品質管理)、システム工学、安全心理・行動学、ガバナンス（組織学、透明性、リーダーシップ、など）、臨床安全コミュニケーション、臨床安全コーチング、など。

このような独特な特徴を持つ本学会は、皆様が現場で抱えている安全問題の共通部分について多職種横断によって問題意識と解決策を共有・共感し、同時に各専門分野での安全向上に努め、日々に高度に発達していく巨大かつ複雑な医療現場での安全文化を構築します。

日本医療安全学会の開設にあたり

日本医療安全学会 理事長
国際医療リスクマネジメント学会 理事長
酒井 亮二

過去10年の間に、日本政府では医療安全(医科と看護)、歯科医療安全、医薬品安全および医療機器安全に関するそれぞれの専門職制度を全国的に導入し、これらによる医療安全文化の促進を進めております。その結果、日本医療界では世界に類を見ない速度で医療安全文化のインフラ整備が進行し、膨大な数の安全実務担当者集団が形成されました。

また、医療の現場は患者を取り巻き、様々な職種の専門集団によるチーム医療が不可欠です。したがって、医療機関での安全文化の向上はある職種だけ行うだけでは非現実的で、高い有効性を期待できません。チーム医療という現場で安全文化を向上するには、多職種間の協同による医療安全の向上が不可欠と考えます。

以上の近年の日本における医療環境の劇的な変化の下で、日本の医療現場では多様な安全分野の実務担当者を中心となって運営を行う実務型学会が必要な発展段階に至りました。

これらの要望に応えるために、この度、日本医療安全学会 (Japanese Society of Clinical Safety) が設立されるに至りました。この学会は医療安全(医科と看護)、歯科医療安全、医薬品安全および医療機器安全、および関連する専門分野から構成される多職種の実務家達による理事会によって運営されますので、互いの職種間の情報交換により安全向上がより促進し、多職種間の連携の円滑化にも貢献できます。

学会理念に明記されている日本医療安全学会の目的、すなわち「これらの膨大な複合領域の観点から、医療安全文化の向上を図り、患者中心の医療を充実させることにある」は国民と医療者の真の願いです。日本医療安全学会の学術集会と機関紙「医療と安全」がこの分野での学術と実践に極めて重要な社会的貢献を果たすと確信しました。

日本医療安全学会の設立に当たって

東京大学大学院医学系研究科人体病理学・病理診断学分野教授
深山 正久

このたびの医療安全学会設立に当たり、病理医の立場から、本学会の課題と活動について期待するところを述べたい。

医療安全の課題の一つとして、「診療中の予期しない死」（診療関連死）が起こった場合の対応が挙げられる。まずは、適切丁寧に死因究明を行い、症例を検討、省みることが重要である。また、そのような状況を想定して、十分な体制を作っておくことにより、遺族を含めた国民との間に強い信頼関係を築くことができるものと信じている。

新たな死因究明制度に求められている「調査解剖」の意義、在り方

現代の複雑化している医療の中の死因究明という課題に誠実に応えようとするれば、解剖調査の実施と専門領域医師による臨床経過の評価、ならびに両者を総合した臨床病理カンファランス (clinicopathological conference, CPC) が必要である。法医学の立場から、この問題を全般的な死因究明制度（死体の検視、検案体制）の中に位置づけて論ずるべきであるという意見もあるが、調査解剖として求められている要件にはむしろ「病理解剖」の特徴と共通する点が多い。そして、制度設計に当たっては、責任追及を目的とするのではなく医療の質の管理という立場から調査、評価が行われ、医療者が心おきなく相互批判、検討することのできる環境が必須条件である（病理と臨床 30 臨増：40, 2012）。

診療関連死調査のモデル事業は、現在、内科学会から日本医療安全調査機構に引き継がれて実施されているが、従来形式の調査（従来型）とともに、これまでとは異なったモデルである「協働型」、「再検討型」（仮称）も導入されている。従来型では、遺体を第三者の医療機関（解剖施設）に搬送し、臨床専門医、法医とともに病理医が調査解剖を実施する。「協働型」は院内調査委員会を活用することを主目的としたもので、第三者機関が外部委員を病院に派遣し評価を行う。解剖調査については第三者機関から派遣された解剖調査医が当該病院の病理医とともに調査を行う。また、「再検討型」は、既に病理解剖が終了している症例であるが、遺族が疑念を拭いきれず、一定の時間をおいて調査を望んだ場合が該当する。病理解剖結果、報告書を第三者機関の病理医が再評価することで調査解剖に代えるものである。

ここで調査、評価制度での「解剖調査」の必要性について確認しておきたい。東京大学人体病理学教室における2001年1月から2011年10月までの連続剖検例1052例について、臨床診断、経過概要の中から「突然死」という言葉をキーワードとして症例を抽出し、臨床経過を確認した42例について病理解剖の死因究明への寄与について調べたところ、臨床診断と病理解剖診断が一致した症例は24例（55%）、両者が解離したものは3例（7%）、病理解剖によって判明したものは10例（23%）で、大半の症例で病理解剖の有効性を確認することができた。

医療における病理解剖，CPC の現状

これまでも病理解剖は医療の質を省みる契機となってきた（参考：病理と臨床 27 臨増：2，2009）。例えば，病理解剖・診断の不一致を分析するための Goldman 基準を用いた 2003 年のメタアナリシス（Shojania et al. JAMA 289:2849, 2003）によると，1990 年以降の調査で，一般，内科を対象にした報告例では，Class I の不一致は 7-11%，Class I, II をあわせた major な不一致は 14-34%となっている。

調査解剖は病理解剖に近似しているが，調査には，より綿密な検索が必要とされる。このため，解剖調査にあたる病理医には，病理専門医研修を指導する指導医レベルの専門医が望まれる。ここで非常に問題になるのは，病理医，臨床医の双方が経験を積む場である病理解剖の数が全国的に減少していることである。病院評価機構によれば，平成 19 年 500 床以上の病院あるいは特定機能病院での剖検率はそれぞれ 9.2%，17.3%であったが，平成 24 年には 5.2%，10.2%に減少している（日本病理学会への回答による）。このような状況の背景として，1990 年以降「医療現場での忙しさ」が格段に増加し，医療費ならびに医師数の抑制などの医療政策が決定的な悪影響をもたらしたことがあると私自身は考えているが，社会医学的手法を用いてこの問題を掘り下げた研究は少ない。Harrington, Sayre の分析 (Soc Sci Med. 70:191, 2010)によれば，1987 年から 2000 年までの米国での剖検率減少の大きな要因は，医療費削減，病院死の減少であるとしている。

病理解剖の意義，重要性への理解を目指して

病理解剖・CPC を継続して行うことは，医療における自己点検，相互批判の文化を保持する上で極めて重要であり，医療安全の基盤とも言える。これまで医療側の自己努力にゆだねられてきたが，国民的な視野に立てば病理解剖に対する公費負担が望まれる。病理解剖による医療の質向上に対する評価について，たとえば医療安全加算での加点などの方策も必要であろう。

病理医個人として診療関連死調査に直接的に貢献することは勿論であるが，病理解剖を医療の中にしっかりと位置づけていく普段の努力も重要である。我々は，臨床研修医の CPC レポートの指導を行うとともに，CPC ダイジェストの院内公開，研修医に対する e-learning コースの作成等に取り組んでいる。一方で臨床医の努力も欠かすことができない。米国での Burton らの前向き研究 (Am J Med. 117:255, 2004)によると，病理解剖を勧める医師の態度が剖検率に大きく関わるということが明らかになっている。

本学会の活動を通じ，医療界，社会に，病理解剖・CPC を継続して行う意義，重要性をご理解していただき，病理解剖の公費負担，病理医リクルート等へのご支援をお願いしたい。

日本医療安全学会設立に寄せて

東京大学医科学研究所先端医療開発推進分野・附属病院医療安全管理部教授
長村 文孝

我が国で医療安全が大きく取り上げられるようになったのは、1999年の相次ぐ重大な医療事故が契機であった。そのような状況を背景として2000年には国立大学附属病院長会議が「医療における「安全」の再構築を図り、国民の信頼を取り戻すために」を提言している。当院では「医療安全管理部」が2001年に設立された。名称は「医療安全」ではあるいが、本来の目的は当院のミッションである先端医療開発を、適切かつ円滑に行うためには医療の質と被験者の安全が不可欠であり、それを守る・管理するという意図が込められたのであった。私は先端医療開発やトランスレーショナルリサーチを推進するために、この医療安全管理部に配属された。しかしながら、組織の名称が「医療安全」を含んでおり、上記のような状況から、設立と共に医療安全に取り組むことを余儀なくされ、今日に至っている。

当院は東京大学の1部局である医科学研究所に属し、病床数135床で、診療科も限られた特殊な病院である。国立大学附属病院長会議の下に国立大学附属病院医療安全管理協議会が組織されており、非常に活発な医療安全のための活動がなされている。当院も加盟しているが、ほとんどの他の病院と比較して約1/10の規模であるため、人員あるいは資金としては比べものにならず、どのようにしたら大きく水をあげられることがないようになるかという方策については現在にいたるまで悩み続けている。そのような状況のなか、本学会とも関連した国際予防医学リスクマネジメントの研修会講師として声をかけていただいたのは2007年であった。当初は病院の規模もあり、他の医療機関の範となるような話ではできかねると固辞していたものの、小規模の病院で何ができるのかを示すことも多くの医療機関の参考になると説き伏せられお引き受けすることになった。以来、何度か話をさせていただく機会を与えていただいている。自分たちが実践してきたものを披露するというよりは、これを契機に勉強させていただくというつもりで取り組んできており、むしろこれらを院内での医療安全に還元してきたというのが偽らざるところである。その中で年々痛感の度が大きくなるのは、「医療安全」に含まれること、我々が対応しなければならない案件は年々拡大の一途をたどっているのではないかということである。

「医療安全」は当初は、医療者がいかに間違いなく患者に対して医療を行うか、そのエラーをいかにして減少させるのが対象であったので医事法の知識があると対応しやすいというレベルであった。しかし、「医療安全」に含まれる対象は年々広がり、患者クレームへの対応、患者からの暴言・暴力への対応、院内感染対策、医療の質の向上、災害時の対応（医療の維持）、監督官庁等への報告、死因不明死への対応等々非常に多岐に渡り、しかも専門性を有する分野が増えている。これらのハンドリングは、医療機関の組織や体制によって扱い方が担当部署も大きく異なるため医療機関の工夫が要求される。そのため、新

たに取得し検討しなければならない情報は益々増加しているのが実感であり、研鑽の機会がますます必要となっている。

現在は、医療安全に関する多くのツール、手法あるいは研修会が提供されており、10年くらい前と比べるとその進歩は著しいものがある。しかしながら、医療機関における医療安全を担う人材の継続性となるとこれから解決して行かなくてはならない大きな問題の1つである。専従となり勤務すると元々の専門から遠ざかることにもなり長期間の医療安全業務が避けられる傾向にある。最近では、医療安全のための永続的ポストも用意されるようになり長期にわたり専従となる方も増えてきてはいるが、まだまだ多くの医療機関にとって継続的な人材の確保が問題となっている。長期的に従事できるよう専用のポストが確保されるのが望ましいことではあるが、一方では、教育の向上による、より早い医療安全のための知識の習得と、実習を通じての訓練も必要であると考え。日本医療安全学会が今後の日本の医療安全を向上させ、そのための不可欠な組織と活動できるよう祈念しており、その一助となるべく寄与できればと思っている。

日本医療安全学会の発足にあたって

放送大学客員教授、東京医科歯科大学名誉教授
海野 雅浩

平成25年5月日本医療安全学会が発足いたしました。心からお慶び申し上げます。本学会は医学、歯学、看護学、薬学、臨床工学、法医学、工学、法学、コミュニケーション学などの多様な分野の方々から構成されています。長年それぞれの分野で医療安全に従事されてきたエキスパートの方々です。

ところで医療安全が制度化されて10年以上が経過しました。平成14年厚生労働省の医療法施行規則の改正を受けて特定機能病院や臨床研修病院での安全管理体制の整備・強化が図られました。これらの病院では専任リスクマネージャを配置することから始まり、日本医療機能評価機構へのインシデント報告が実施されるようになりました。このことで日本における医療安全の実態が徐々に明らかになってまいりました。そしてインシデントの収集、分析を通してしっかりとしたリスクマネジメントを行えるようになりつつあると思います。

一方で医学、医療は急速な発展、変化を遂げつつあります。新しい医療技術や薬剤の開発、先端機器の導入、再生医療の臨床導入、多職種間のチーム医療の推進など旧来とは異なる医療状況が生まれています。臨床現場はこうした医療環境の変化、医療の高度化、細密化に対応してゆかなければなりません。旧態の医療安全だけを踏襲するのではなく、新しい医療安全のあり方を模索する必要があります。また社会や患者が求める医療安全のあり方にも応えて行かなければなりません。

医療安全は質の保証と安全管理が基本ですが、患者中心の安全文化を基盤として構築してゆくものと考えております。医療の質保証と医療安全の確保は患者、医療者双方に資することは言うまでもありません。

さらに最近が多職種連携によるチーム医療の推進が求められております。役割を分担しつつ明確な目標と情報共有のもとに高い専門性を活用してそれぞれが連携、補完しあう。そのことで患者に質の高い医療を提供することを目的としています。こうした多職種連携における医療安全をどう確保するかはこれからの大きな課題であり、本学会が先導的な役割を果たすべきと考えます。本学会が医療安全に関する新しい学術情報、技術、多職種間協力のあり方を提供できると確信しております。

私は歯科医療安全の活動に従事してまいりました。歯科医療安全にはインシデントの収集体制と報告体制の構築、歯科医療における多職種間連携の促進、緊急対応体制の整備などの課題が残っています。こうした課題解決のためにも歯科分野から本学会への積極的な参加を期待しています。

日本医療安全学会理事就任に当たって

名古屋大学医学部附属病院 医療の質・安全管理部教授
長尾 能雅

この度、日本医療安全学会設立に当たり、理事及び、機関誌「医療と安全」編集長を拝命致しました。この場をお借りして、関係者の皆様にごあいさつ申し上げます。

私が医療安全に専従する医師として勤務してから、8年が経ちました。日本の医療安全はミレニアムを境に産声を上げ、その後多くの方々のご努力、ご支援によって成長を続けて参りました。しかし、医療安全の実務を担当しながら依然私が感じますのは、医療安全活動は優れた臨床医との連携が不可欠であるにもかかわらず、多くの医療機関でその体制が整っていない、という事です。

例えば、医療過誤に伴って発生する疾患群は極めて多彩で、当該診療科が単独で対応できるものではありません（表1）。したがって有事の際にはその医療機関内、あるいは地域内における、専門性を横断した治療連携が求められますが、これらの体制の構築はまだ十分とは言えません。

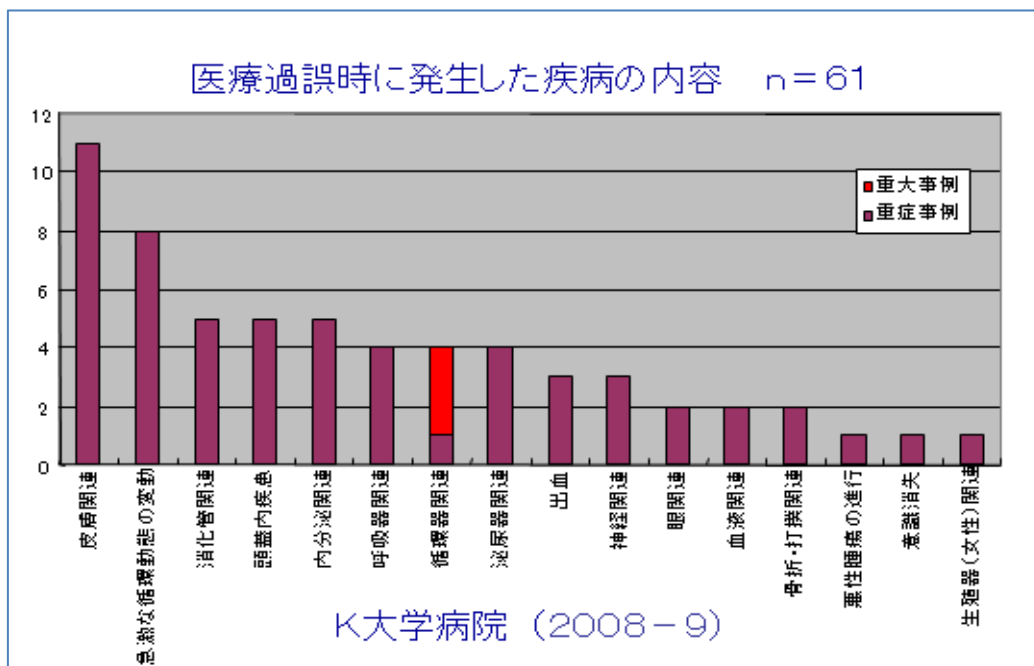


表1. 医療過誤に伴って発生した疾患群

その理由として、事故治療のトライアル&エラーの公式な集積が乏しく、いざ有事の際に、どの診療科に専門性があり、どの科とどの科を連結する必要があるのか、といった情報が医療安全の視点でまとめられていないことが挙げられます。また、医療安全の実務が看護師を中心に展開されており、医師の介入が遅れがちになることも一因かと思えます。

例えば、小児患者に大量に点滴が漏れた時、緊急で招集が必要となる診療部門はどこでしょうか。整形外科、形成外科、皮膚科、小児外科、小児科、褥瘡チーム、薬剤部、看護部などが想起されますが、具体的な指針はありません。ガイドワイヤーが血管内に遺残した時は、どの科とどの科が知恵を出し合って、リスクを判断し、どのように患者に説明したうえで治療を進める必要があるのでしょうか。多くの医療機関でさまざまな経験を有しているはずですが、残念ながら“医療安全”の名のもとに、それらの知見は集積されておられません。診療活動を行う以上、有害事象の発生は不可避であり、本来医療機関は医師を中心にトラブルシューティングの準備をしておく必要がありますが、その発想自体が乏しい現状が続いています。

そこで私は、新しい学会の設立にあたり、その守備範囲の一角に、“医療事故治療論の展開”を加えて頂くようご提案申し上げる次第です。まずは医原事故発生時の対応について、各医療機関での成功・失敗などの経験をケースレポートとして集積し、将来的には事故治療指針などの作成につなげることができれば、と思料します。

その他、本学会に期待する課題として、以下の六つのキーワードを挙げさせていただきます。

- ・臨床医療安全論の構築：インシデント報告による事例抽出から再発防止にいたる過程における、実践的なメソッドの体系化と学術的検証。
- ・テクノロジーとノンテクニカルスキルの導入：最新のテクノロジーと、医療者のノンテクニカルスキル融合による事故防止。
- ・検証文化の醸成：客観的医療事故調査のあり方や、報告書の作成・管理、知見の集積とフィードバック。
- ・中小規模医療機関における医療安全：小規模医療機関群と大規模病院の医療安全における連携体制の構築。
- ・医療の質・安全における指標作成：コホートのカルテレヴューによる医療の質・安全のためのインジケータの抽出と、ベンチマーク。

医療安全は実践的な取り組みの連続であるため、従来の科学論文様式にはなじまないとの指摘があります。学会員の皆様のお力をお借りしながら、慣習にとらわれず、柔軟な視点で知見を集積し、医療安全に取り組んでいる方の役に立つような機関誌を届けたいと思っております。また、今まで医療安全に関心を持たなかった方に、少しでも関心を持っていただけたら望外の喜びです。微力ではありますが、何卒よろしく願いいたします。

歯科医療における医療安全

大阪大学歯学部附属病院 副病院長 丹羽 均

我が国における歯科医療は、約7万件の個人開業の無床歯科診療所が主体を成しており、そこにおける医療安全体制の確保こそが、安心・安全な歯科医療の根幹であると考えられる。平成19年4月に医療法が改正され、それら無床の一般歯科診療所へも「医療の安全管理のための体制の確保」が義務付けられ、施設規模に応じた医療安全対策が求められるようになった。しかし、医療法に則った、医療安全管理、院内感染対策、医薬品に係る安全確保、医療機器に係る安全管理が各診療所で十分機能しているとは言えない。大学病院では医療法に基づき医療監視が行われ、毎年保健所から厳しくチェックされている。しかし、一般開業医の場合、これら4項目に対し、具体的にどう対応していかかわからないのが現状であろう。これまでの歯科医療における安全対策の指針は、主に大学病院や病院歯科において策定されてきたことから、一般開業医歯科医院ではそのままでは導入しにくいという背景がある。

大学附属病院の歯科や病院歯科では、盛んにインシデントレポートが収集され、その分析・活用が進んでいる。大阪大学歯学部附属病院においても、インシデントの収集は平成14年7月に開始され、1ヶ月あたり20数件が報告されている。できるだけ多くのインシデントを収集し、その原因を分析し、対応策を講じることが医療安全管理の第一歩である。一方、大阪大学歯学部の研修協力型施設である約20件の一般開業歯科医院において収集されたインシデントは、総数でも年間20件程度であり、インシデントを報告し、活用するという安全文化すらまったく根づいていない。また、その内容としても受付・応対・接遇に関連した患者からのクレームがほとんどで、大学病院とはまったく異なった内容の分布を示す。つまり、大学病院で収集・分析されたインシデントに基づく対応策を、一般開業医にそのまま当てはめることができない可能性を示している。一般開業医における大規模なインシデントの収集・解析が必要である。遅ればせながら数年前よりようやく、その取り組みが歯科医師会単位で開始された。その成果に大いに期待したい。

一方、大学病院と個人開業医の発生するインシデントに共通する部分もある。それは歯科診療の根幹をなす行為と関連している。歯科診療は、医科診療と比べ、その診療内容から、それほど侵襲度が高いわけではなく、医療事故が身体に及ぼす影響度もさほど高くない。しかし、歯科治療は、狭い口腔内にて歯牙切削用の高速切削器具を使用することや、気道および消化管の入口である口が術野になることもあり、これらの歯科特有の事情に起因するリスクにあふれている。事実、大学病院で収集されたインシデントレポートの内容でも、切削器具により口腔粘膜を損傷したり、金冠や切削用のバー等を誤飲・誤嚥させたり、口腔内への落下による誤飲・誤嚥未遂の報告も非常に多い。このような誤飲事例が、1ヶ月に1回程度の頻度で発生している。誤飲・誤嚥の予防対策の確立は、歯科医療において、安全管理の中で早急に取り組まなければならない重要課題と考えられる。

歯科医療における医療安全対策は、医科におけるそれと共通する部分も多いが、歯科独自の特徴に基づいた医療安全対策の確立も必要である。

日本医療安全学会の設立に対する所感

湯河原厚生年金病院病院長、順天堂大学元教授
釘宮豊城

日本医療安全学会が設立された事は大変に喜ばしいことである。

医療安全については各専門学会を含む多方面から数多くの努力がなされてきており、その結果としての医療事故数が減少していることは喜びに堪えない。しかし、その一方で相変わらず医療事故は起こっていることも事実であり、不孝にして事故に関与した患者および家族の苦しみは言うまでもなく、医療従事者の苦しみも察するに余りある。命題はいかにしたら医療事故をゼロにできるかである。

筆者は麻酔科医であるので医療事故というとすぐに麻酔事故と短絡し、麻酔事故を中心に医療事故を考えてきていた。しかし、数年前から病院長という職についてみると、病院内で起こる医療事故の範囲の広さとその頻度に驚かされる。

医療というものは常に不確かさがつきまとう。医師、看護師、技士（師）等を含む医療従事者というヒトが、それぞれ独自の生理学的、解剖学的またその他諸々の特異性を有し、その上に外科的内科的疾患を有する患者というヒトに対し、診断に基づいて最も適していると思われる外科的内科的治療を行うのだが、そこには多くの不確かさが必然的に含まれてしまう。突き詰めて言えば、医療に完全なものはなく、いかにして問題や事故、医療の言葉で言えば合併症、偶発症、を少なくするか、あるいは患者の予後に影響を与えない範囲にとどめ、その上で患者の納得が得られる治療効果を得る事が、我々医療人に課せられた義務であると考えているが、その遂行がなかなか難しいのは周知の事実である。

これを可能にするには医療安全のシステムを医療の中に構築することであると考えている。現時点で、具体的にどのようなものが究極的あるいは現実的なものが明確に打ち出されているとは思えないが、安全への指針、ガイドラインなどもその方向に向けた努力の一端であろう。

医療事故を防止するためにはどのようなシステムが必要十分条件かを考え、医療従事者がそのシステムを活用することにより、医療が100%安全と言われる日が来るものと信じて進んでいきたい。医療従事者が自然体積極的に医療安全に貢献できるようなシステムを作ることが急務であり、単なる理想論で終わってはならない。

本学会が今までの歴史を踏まえて、これからどのようにしていけば良いのかを考える場として貢献し、医療事故ゼロという最終の目的のために大きな役割を担うことを願って、本学会に対する私の所感としたい。

最後に本学会を設立するに当たって、長年にわたって努力されてきた方々に改めて敬意と感謝の意を表したい。

日本医療学会設立に寄せて

地域健康文化学研究所
九州大学大学院教授医療コミュニケーション分野前教授
荒木 登茂子

この度、「日本医療安全学会」が設立の運びとなったことを心からお喜び申し上げます。

これまでに何回か「医療安全とコミュニケーション」に関する研修会を開催して、参加者の方々の現場での医療や安全に対する熱い思いに触れてきました。多忙な現場で多くのストレスを抱えて疲弊しながらも、患者の安全と安心とQOLの改善を追求するために何度も立ち上がる「元気の源」(レジリエンス：回復力)にはいつも目を見張る思いです。

私は10年前までは、臨床心理学および心身医学の立場から患者さんの心理治療を行ってきました。患者さんが無意識についで行ってしまううっかり行動や何度も反復される認知行動パターン、集団心理、組織における建前と本音、育ち方やしつけと性格傾向や認知行動パターンとの関係、ストレスマネジメントなどを扱い、患者さんの症状やライフスタイルのセルフコントロールを支援するものです。心理治療や心身医学における考え方が、医療安全におけるコミュニケーションの問題を考えるのに非常に役に立ちました。

病気の発症メカニズムとインシデントや医療紛争の発生メカニズムには、準備(背景)因子、発症(引き金)因子、持続・増悪因子(対策が明確でないと症状やインシデントは反復)などの共通点があります。症状のセルフコントロールのためには準備因子の解消と準備因子となる要因に対する対策を明確にして、適切な行動変容が生じるまで訓練も含めてサポートを行います。インシデントの根本原因分析や背後要因分析、あるいは医療場面での調停と同じです。新しい適応様式の習得が出来れば、症状のコントロールが可能になりますが、インシデントを予防する方策の習得と同じです。また対立する当事者の適切な自己表現を促し、コミュニケーションのズレを解消して互いに折り合える解決策を見出す援助も双方の新しい適応様式の習得と言えます。

医療安全が患者さんと医療者双方の安定と良好なQOLを基に成り立つことを念頭に置き、準備因子の解消を促し新しい適応様式の習得を目指す研修を通して微力ながら学会の発展に力を尽くす所存です。今後の学会の発展を心から祈念いたします。

医療安全とコミュニケーション

医療現場では患者の安全を守ることが求められるが、状況によっては非合理的なコミュニケーションが行われ、インシデントにつながることもある。患者は病を抱えた不安定な状態であり、合理的判断が不可能なことも多いが、医療者にも、時間的切迫、人員不足による疲弊やストレス、権威勾配による遠慮や抵抗などがあり、適切で合理的なコミュニケーションができない状況が存在する。

医療現場におけるリスク場面の根本原因の一つは、医療者間、及び患者・患者家族と医療者とのコミュニケーションのズレである。伝達内容の見落としや確認漏れ、解釈の間違い、権威的な相手や医師の不適切な指示に対して疑問や意見をさしはさめないという権威

勾配や情報格差の問題などによってコミュニケーションのズレが生じる。

医療現場でのリスクを軽減させるためには、上に挙げた様々な場面でのコミュニケーションのズレを埋めるための方策が必要である。的確かつ明確な伝達方法（5W1H、起承転結、SBARなど）や権威勾配の打破の実践や習得が一層必要になる。また对患者・家族とのコミュニケーションでは、患者や家族の状態のアセスメント（記憶障害、退行、不安、混乱、否認、回避、選択的知覚、失感情傾向など）に応じたかかわりが必要になる。

医療におけるインシデント防止の対策を考えるためのインシデントレポートの分析では、優れた工学的対策や精密なルールの下でも、緊急事態や疲労や思い込みなどが重なり、コミュニケーションのズレが修正できないままインシデントにつながった場合が少なからず認められる。マニュアル実施の徹底に加えて、インシデントにかかわった当事者の（主観的な、時には十分には意識できない領域も含めて）言動を分析して予防策に繋げることが必要である。物理的・心理的背景の詳細な分析を通して、人間が陥りやすいパターンを抽出し、インシデントに繋がる流れに介入出来るような対策が求められる。

医療現場での顕在化したコミュニケーションのズレに加えて、患者・治療者関係での不満や不信を回避するための患者と治療者間でのコミュニケーションも重要である。患者や家族の不満や不信は潜在化しやすく、医事紛争や訴訟に至る準備因子となる。

エラーや事故が紛争に発展するときのひとつの要因として、治療者に対する不満や怒りの蓄積がある。紛争事例の分析によると、引き金としての出来事（事故やコミュニケーションのズレ）に伴う否定的感情の強さは紛争の主要因になるが、紛争の背景として多くの事例で事故発生前にすでに「病態が改善しない、よく診てもらっていない、訴えを聞いてもらえない」などの不満の蓄積があり、それが紛争の準備状態を作っていたことが指摘されている（川村）。

患者の期待と予想に反する結果が起きる時には、それまでのプロセスでの問題や、治療者とのコミュニケーションの悪さが不満・不信の重要な増幅要因になる。医療現場での不満や不信や怒りは、直接的に医療者に向けられることなく抑制され蓄積することが多い。そして引き金となる出来事をきっかけに噴出する。予防には不満や怒りを出来るだけ蓄積させない方策をとることが必要である。

上記の事から、不満や不信を解消するためのコミュニケーションは、ズレやそれに伴う否定的感情の表出をうながす、受容的・共感的で患者を尊重するという医療者としての基礎的な態度であることが分かる。患者の不満や不信に気づき、その解消を図る基本的なコミュニケーションの蓄積がリスクを予防するための治療的信頼関係の確立に必要である。

患者や家族の気持ちに耳を傾け、受容・傾聴することの重要性は、知識としては誰もが心得ている。しかし知識と現場での実践との間にはズレがある。対立場面で表出された言葉は患者や家族にとっての（主観的な）現実であることを肝に銘じ、否定的な感情をキャッチして患者や家族の安定を図るコミュニケーション力が求められる。

医療安全におけるコーチングの活用

東北大学大学院医学系研究科肢体不自由学分野教授
出江 紳一

日本医療安全学会設立にあたり、所感を申し述べます。

学会には、その学問領域の発展と普及、構成メンバーの教育啓発、他の学問領域との交流、社会への発信などの役割があります。このたび医療安全学会が設立されましたことは、医療安全が学問として立ち上がったことを多くの人々が認識したことを意味しており、意義深いことです。社会に大きな衝撃を与えた医療事故を契機として厚生労働省に医療安全推進室が設置されたのが2001年、2004年から医療事故事例等の収集が開始されました。全国の病院に医療安全推進室が設置され、ヒヤリハット事例が集積されて危機管理に活かされています。同じく2004年に開催された第127回日本医学会シンポジウムの序に、「いわば医療安全学というべき新たな学問領域が必要であるといえます」と述べられています。もっとも、2005年に医学書院から出版された「医療安全のエビデンス 患者を守る実践方策」(今中雄一監訳、京都大学大学院医学研究科医療経済学教室訳)に収載されている膨大な文献をみれば、医療安全という学術用語が認知される以前から、それを学問の対象として取組んできた先人の努力の結果として、医療安全の制度が整備され、今があることが分かります。

ところで、医療の役割は、人の生命を守り、後遺障害を軽減し、生活の質を高めることです。したがって、安全は医療の本質であり、単に過誤のない状態を意味するものではありません。また、医療は様々な専門的スキルを持つ集団の共同作業です。医療職、事務職員、さらに製薬・医療機器企業の職員など診療を支える人々が連携し、ときには患者やその家族など当事者も参加して営まれます。したがって、医療の質とは医療チームの質であり、安全はその全体を覆う空気のようなものといえるでしょう。空気は目にみえませんが、生きる為に必須で、換気などの配慮を怠ると不都合が生じます。

このチーム医療には、日ごろから豊富で質の高いコミュニケーションを交わしている組織風土とマネジメントが必要です。マネジメントにより仕組みが作られ、コミュニケーションがその仕組みを機能させます。そして、この2つを創出するのは、組織(チーム)を活性化させ続けるリーダーシップです。では、どうすればリーダーシップを実践出来るようになるのでしょうか。

何かを学ぶときには、それに精通した他人を模倣すると良いでしょう。コーチングは、他人をうまくいかせることに長けた人々のコミュニケーションの仕方を抽出して体系化したものです。そこで、組織をリードする立場にある人がコーチングを使い、組織の構成メンバーをうまくいかせる過程を通してリーダーシップを学ぶこと提案します[1]。

東北大学病院は平成23年度文部科学省事業「チーム医療推進のための大学職員の人材養成システムの確立」(チーム医療事業と略す)に採択されました。筆者は事業実施担当者を務めています。提案した課題名は「高度専門医療チーム活性化システムの開発」であり、

その中で平成23～25年度にコーチング理論によるコミュニケーションスキル（CS）研修を実施し、約60名のコミュニケーションのハブとなる人材を育成する計画です。

すでに東北大学病院では、平成22年度にコーチング研修プログラム（MCTP: medical coach training program、コーチ・エイ、東京）を試験的に導入しており、その実績に基づいて本事業を企画しました。期間は7ヵ月にわたり、36時間の電話によるクラス授業を受講しながら、4.5時間の1対1コーチングをプロのコーチから受け、さらに、職場における重要関係者5名のそれぞれに受講者がコーチングを実施する研修構造をとりました。つまり、人材育成に必要な、ティーチング、トレーニング、コーチングという3要素が含まれています。そして、この構造により、受講者はCSを習得するだけでなく、コーチングの実践を通して組織のメンバーの目標達成を支援することになります。参加者は、17名の受講者と、その受講者のCSを評価する134名の評価者でした。履修前と履修後にアンケートを実施し、受講者のCS自己評価、評価者によるCS他者評価を測定しました。さらに評価者は組織活性度と安全性を測る質問紙に回答しました。本試行から示唆されたのは、「マネジメントを行う立場にある病院職員がCSを学び、相手に伝わる形で実践できた場合に、組織の活性度が高まる」「チーム単位の活性度が高まると医療安全の意識が高まる」ということでした[2]。

今後にもさらに知見を重ねる必要がありますが、患者中心医療の基盤となるコミュニケーション文化の醸成、チーム医療の促進、医療安全の向上という3者がリンクする仕組みを作るマネジメントに、コーチングの導入は貢献できると考えています。

最後に、本学会の設立にご尽力された関係各位に深謝致しますとともに、微力ながら本学会の発展に貢献することをお約束して筆を置きます。

【文献】

1. 出江紳一、坪田康祐（編著）：看護管理者のためのコーチング実践ガイド 臨床を動かすリーダーシップ。 医歯薬出版、東京、2013
2. 岡本智子：コミュニケーションの活性化が医療現場における組織活性と安全性に及ぼす影響。平成23年度東北大学大学院医学系研究科障害科学専攻修士論文

日本医療安全学会設立に際して

帝京平成大学薬学部教授
東大病院前副薬剤部長
清野敏一

1999年の横浜市大病院での患者取り違い事故以降、多くの医療事故が報告され、各医療施設においては最重要課題として医療安全体制確立に向けた取り組みがなされてきている。また、医師、薬剤師、看護師など職種ごとに多くの学会等でリスクマネジメントに関する討議が行われてきており、医療安全へ向けた体制作りは進んでいる。しかしながら、未だ多くの医療事故、ヒヤリハット事例の報告があり問題は改善されていない。臨床の場でリスクマネージャー等を経験してきて常々感じていたことは、職種間の連携の必要性、ならびに医療安全担当者以外の医療業務に関わるすべての職員の医療安全に向けた意識の向上、たとえば日頃から安全管理上の問題を提起し、検討された事故防止のための改善策を適正に実践することなどが必要不可欠であるという点である。本学会は医師、歯科医師、薬剤師、看護師、臨床工学士などの各分野の専門家のほかに、職種間の連携に関わるリスクコミュニケーション分野、ヒューマンファクターなど安全工学分野、法行政学分野など様々な関連分野の理事から構成されている。各分野が協同して医療安全の達成という大きな目標に向けて組織全体で取り組むことができる本学会の設立は大変喜ばしいことであり、医療安全担当者だけではなく、是非とも日頃現場で苦勞されている多くの先生方にも参加いただき、本学会を盛り上げていただければ幸いである。

本医療安全学会の設立にあたり多大なお力添えをいただいた、理事長や多くの理事の先生方に感謝致します。

日本医療安全学会の設立に対する所感

松村由美

京都大学医学部附属病院 医療安全管理室

医療安全は単純エラー対策から始まった

1999年の患者取違い事故、薬剤と消毒薬の取り違い事故に始まった本邦の医療安全対策の過程では、「医療は他の業界や産業から学ばなければならない」と私たち医療者はずっと言われてきた。実際に、航空・鉄道業界や原子力産業から多くのことを学び、医療に取り入れてきた。薬の取り違いや患者間違いという単純ミスについては、ダブルチェックや指差呼称、名乗らせ確認という手法が有効であることを学んだ。コンピューターによる安全管理体制も整えてきた。併用禁忌薬や注意薬を処方しようとするコンピューターが教えてくれる。以前は、よく使用する薬剤については、アップデートな情報を覚えておく必要があったし、分からないときには医薬品集で確認していた。いまやオーダリングシステムがそれに取って代わるようになった。

リスクホメオスターシス・リスクコンペンセーション

しかし、残念なことに医療事故は依然として続いている。便利な機械が導入されてきたことによって、私たちは機械を過信し、知識を吸収することを怠るようになったのかもしれない。その結果、知識不足による別種の事故が発生することもある。あるリスクについて対策を立てても、また、別のリスクが発生し、結局リスクの発生頻度が変わらない状況をリスクホメオスターシスまたはリスクコンペンセーションという。

ダブルチェックはしばしば間違った方法でなされる

「ダブルチェックをおこないましたが、間違った量の薬剤をミキシングしてしまいました」という類のインシデント報告をよく見かける。よくよく聞くとダブルチェックの方法が間違っている。注射薬のミキシング段階を間違いなくおこなうためのダブルチェックは、シリンジで薬液の量を測る際に量の間違いないか、輸液の量が間違っていないか、という部分を2人でチェックしなければ正しいダブルチェックにはならない。薬剤師の調剤段階と同じ方法でダブルチェックを済ませてしまって、その安心感から肝心のミキシングの段階での正しいチェックをおこなっていないことがある。今、自分は何を確認すべきか、という意識をもたなければ、形だけのダブルチェックになりかえって危ない。

リングエルマン・ラタネの社会的怠慢理論

ダブルチェックの際に、相手に頼ってしまうことも危険である。1+1が2にならず、1のままか、あるいは、0.5になってしまうこともある。複数の人で仕事をする際に手を抜いてしまうのは、誰もがしばしば経験することである（リングエルマン・ラタネ「社会

的怠慢理論)。形骸化して深く考えずになされるダブルチェックが時としてマイナスになるのは、ひとりひとりが手を抜いてしまうことによる。一人でおこなったほうが確実なことさえある。

事故の背景にある「人間の本质」に着目する

単純エラー対策に私たちは目を向けがちであったが、人間の本质にもっと注目しなければ事故はなくなる。平時あるいは安全な環境では、ひとは容易に手を抜き、誤って思い込んでしまう。しかし、震災や非常事態の際に、眠っている力を最大限発揮することができるのも、また人間の本质である。人間だからこそ間違えるが、人間だからこそ困難な状況を臨機応変に乗り切ることができるのだ。思い込みと臨機応変は表裏一体である。機械のように融通が効かずがちがちの固い仕組みは、非常事態の下では脆弱である。能力を普段から引き出すためには何が有効であろうか。

人間の能力を引き出す安全対策を

単純ミス無くすことだけを目標にすると、医療者のような専門職には評判が悪い。それよりも、良い面を引き出すような安全対策をもっと取り入れていかなければならない。心理学やコーチングのように、ひとがひとに対してアプローチする際のより良い手法を医療安全学に取り入れてはどうだろうか。「理系頭」も重要だが、「文系頭」も他人の理解のためには欠かせない。医療が複雑になり、コミュニケーションが求められている今、相手の理解度を確認するという行為が欠かせなくなってきた。どのように伝えれば、相手が気持ちよく応じてくれるかというスキルも、私たちは伸ばしていかなければならない。

医療安全学会：多様な考えを柔軟に取り入れて懐の大きな学会を

多種多様な考えに接すること、違った面からものごとを見ようと努力すること、自分の考え方に固執しないことの3点は医療安全を考える上で必要である。この医療安全学会がダイバーシティ（多様性）を尊重し、懐の大きな学会として発展することを祈念したい。

『本学会の果たすべき役割を想う』

井隼彰夫 (いはや あきお)

福井大学医学部医療倫理・医療安全学

よく「ご専門は何ですか」と聞かれることがある。「医療安全です」と答えると、一般の人だと「それは何なの」といった怪訝な顔をされる。一方、医療関係者だと「それは大変ですね」といった返事が返ってくる。医療安全は、交通安全と違ってまだまだ一般人の常識にはなっていないようである。確かに、近代医学史を振り返ると、医療安全の誕生はつい先ほどといえるだろう。

本邦の医療安全を考えると、決して忘れられない事件がある。1999年1月11日に発生した横浜市大病院での心臓と肺の患者を取り違えて手術した医療事故である。1999年は年号では平成11年、従って事故発生日は11111と奇妙にも1が5つ並ぶことになる。記者会見の席上、病院側は手術室へ搬送した看護師の申し送りミスと説明し謝罪したが、事故調査委員会は病院組織の種々の問題点を指摘し、組織（システム）の改善なくして再発予防はあり得ないと結論した。

この事故が当時の社会に与えた影響は大きかった。特に高度先進医療の担い手である大学病院での手術部位間違いや薬剤間違いなど、単純ミスが原因の医療事故が相次いで報じられ、大学病院の医療従事者には、まさに冬の時代となった。

平成13年には国立大学病院長会議が「TO ERR IS HUMAN:人は誰でも間違える」をキーコンセプトに、新たな医療の安全性確保のための戦略を打ち出した。この際、医療事故を単なる個人の問題から組織の問題とする必要性が強調された。国や行政もこの動きに同調し、平成14年には全国の病院に医療安全管理者（GRM:ゼネラルリスクマネージャー）と医療安全管理部門が設置されるに至った。

横浜市大の事故から14年が過ぎた今、わが国の医療安全は成長したといえるだろうか。院内で発生した有害事象が日々報告されるようになり、GRMは事実関係把握のため、関係者を求めて院内を駆け廻り、もし有害事象が影響度III b以上であれば事例検討のための審議委員会が開催されている。このように院内で発生した有害事象を把握し検討するシステムは概ね整ったことになる。一方、自院の有害事象でなくても、日本医療機能評価機構からの医療安全情報が伝えられ、対岸の火事といって済まず時代ではないことも事実であろう。それでは、医療従事者の安全意識は十分であろうか。計算すると、過去14年間に新たに医療従事者になった人たちは横浜市大の事故を知らないことになる。「戦争を知らない子どもたち」といった有名なフレーズがあるが、事故を知らない人が増えると、医療安全もまた忘れられ形式化していく。では、このような悲惨な医療事故を知らない人たちに医療安全の大切さを理解させるにはどのような方法がベストであろうか。

平成11年の横浜市大の患者取り違い事故や都立広尾病院の消毒薬点滴事故、平成12

年の京大病院の人工呼吸器エタノール誤注入事故、これらの事故は我が国の医療安全を誕生させる大きな契機となった。このような悲惨な医療事故の歴史をこれからの医療従事者に正しく伝承していくこと。これはまさに本学会の果たすべき大きな役割であろう。

GRMの立場は孤独である。報告された有害事象の整理・分析で一日が過ぎていく。有害事象の報告は昼夜を問わず、また携帯電話の出現で日曜も祭日もない。つまりGRMに安息日はないのである。このように肉体的にも精神的にも追い込まれると、初心の維持は難しくなる。このようなGRMの強い味方となり、学会を中心としたGRMサポート体制を構築すること。これも本学会の果たすべき大きな役割であろう。

平成13年のわが国の医療安全は「TO ERR IS HUMAN:人は誰でも間違える」をキーコンセプトとして始まったが、これはまさしく米国からの直輸入といえる。当時の米国でも医療事故が多く、対応に苦慮したクリントン大統領の要請に米国医療の質委員会が応えたものである。米国を模倣して、わが国でも医療安全対策と称して各種マニュアル作りが流行した。また、あうんの呼吸のわが国の医療界に「インフォームド・コンセント」という新しい概念が導入され、「ムンテラ」で育った医療者は大いに戸惑った。多くのマニュアルや手順書が作られた結果、その煩雑さに疑問が投げかけられ、皮肉にもマニュアル自体が整理(5S)される時代となった。わが国でも、米国方式に見習う点が多々あることは認めるが、そのまま直輸入しても、土壌が異なるわが国で成長するとは限らない。わが国の風土に受け入れられる安全対策を考えて育てること。これも本学会の果たすべき大きな役割であろう。

近代医学史を振り返ると、わが国の医療安全の誕生はつい先ほどと前述したが、これは社会的問題として大きく取り上げられたことを意味している。医療は人の命を扱うため、倫理的論議は昔からあり、医療の安全希求のルーツは既に古代ギリシャにおけるヒポクラテスの誓いの「患者の利益を第一とし、患者に危害を加えたり不正を働かない」に見てとれる。また、この流れを受けた20世紀後半の米国の哲学者ビーチャムらは、【生命医学倫理】において、自立尊重、無危害、善行、正義の4原則を挙げている。まさに医療安全の原点は倫理なのである。生命倫理を背景としての医療安全の必要性・重要性をもう一度医療従事者に示すこと。これも本学会の果たすべき大きな役割であろう。

医療安全の基本行動は確認である。患者間違いも、薬剤間違いも結局のところは確認不足に起因する有害事象である。医療のプロフェッショナルとしての自覚を持ち、確認強化のための指差し呼称やチームメート間の相互確認などは勿論有用ではあろうが、もし医療者自身に患者を思いやる心がなければ、単なる形式だけの確認作業に終始することになる。思いやり・気遣いは海外からも称賛される日本人独特の文化である。これをわが国の医療安全に生かさないと手はないと思う。「思いやる 心重ねて ミス防ぐ」医療安全川柳

学会設立に関する所感

東京大学医学部附属病院医療安全対策センター 中島 勸

日本医療安全学会は学会の趣旨として、医療安全は多岐にわたる医療業務の共同作業で展開されることに加えて、多種多様の臨床医学にとどまらない専門分野の関連を掲げている。そして膨大な複合領域の観点から、医療安全文化の向上を図り、患者中心の医療を充実させることを、学会の目的としている。設立当初から、一部の医療職ではなくチーム医療を支えるすべての構成メンバーが共同で医療安全を目指すとする当学会の姿勢には、これまでの医療現場に最も欠けていた、コミュニケーションの重視という観点が強く含まれている。私は本学会が、日本の医療界に対して、チーム医療におけるコミュニケーションの重要性を伝えていくことをもっとも期待している。

医療安全という領域は、学問としての医学ではなく、実践としての医療に属するものであり、医療機関を舞台として生じるすべての出来事を対象としている。そのステークホルダーは、医療現場に登場するすべての人である。つまり、一般的によく言われるような、患者の前で直接的に医療に参加していることが多い医師と看護師等という一部のメンバーだけではなく、チーム医療に関わるすべての医療従事者に加えて、治療の中心にいる患者も含まれていなくてはならないはずである。しかし医療安全意識が根付いたと考えられている現在であっても、医療安全がそのような幅広いステークホルダーを対象としていないと感じる場面を見ることは、珍しくないように感じられる。

例えば医療安全のツールとして最も重要視されるインシデント報告制度は、ヒヤリハットと呼ばれる日常に潜む危険の素と言っても良いようなものを見つけ出し、ヒューマンエラーをシステム改善により減少させることに役立ってきた。特に医療職の中でも、決まった仕事を確実に遂行することが本来業務であった看護師や薬剤師、医療技術職の間では、医療安全意識は明らかに高まったと思われる。しかし一般的な医療機関でインシデントレポートの報告が少ないとされる医師には、医療の中心に位置して、さまざまな医療行為を指揮しているにもかかわらず、医療安全意識は根付いていないように感じられる場面が多い。

例えば、医師が業務を行う際、通常は各種の指示書を作成し、または処方箋を発行し、担当者はその内容を確認した後に実行に移す。医師はそのような文書を作成する際に、それを読んだり実行したりする人の立場になって、またはその場面を想像して作成しているだろうか。

例として私が勤める施設におけるインシデントレポートの集計結果を挙げてみる。2012年のレポート内容は、数が多い順に1. 内服・外用薬、2. 注射・輸液、3. チューブ・ドレーン、4. 転倒・転落、となっていた。この傾向は例年ほとんど変わっていない。例えば医師が内服薬を処方する際に、それを内服する患者や、内服させる看護師の立場にな

って考えたことがあるだろうか。医師にとって内服薬は、その治療効果が重要なのであり、処方したからには当然内服されていなくてはならないと考えられている。しかし薬の種類が多すぎて内服したりさせたりするのが大変ではないかとか、色・形や名称が似た薬が混在していて服薬ミスにつながらないか、などと考えて処方している医師はほとんどいないのではないか。医師が注射の指示を出す際に、カテコラミンやカリウムを含む輸液など、投与速度が重要な薬剤が側管から投与されている点滴ラインを選んでいないかとか、配合変化が起きるのではないか、などと考えている医師も多くはないだろう。もちろん知らないという場合もあるだろうが、知っていてもそこまで気を使っていない場合も多いと思われる。また術後の点滴ラインを漫然とキープしていて、何かの拍子に事故抜去された時に、もう必要ないから終了でよいと看護師に言った経験のある医師は多いと思うが、その後不必要な点滴ラインをできるだけ速やかに抜去するようになった医師は少ないだろう。治療や検査など、積極的に行われる行為に付随する危険性を説明することはあっても、年齢や投薬などの影響で転倒しやすくなっている患者に対して、転倒や転落の危険性を説明している医師は少ないだろう。

医師がどのようなインシデントが多いのかを知りながら、それを減らす努力を怠っているとすれば、それは医療チームの構成メンバーである、自らの指示を遂行する医療従事者が何に対して苦勞しているのか、患者はどんな気持ちで治療を受けているのかを当事者意識で考える習慣がないことに起因している可能性が高い。しかし医師の業務を考えると、自らの出した指示や処方が実行される場面に居合わせられる可能性は低く、その実施にあたっての問題を直接知ることは困難と思われる。そうだとすれば、インシデントの起きる場面を知って、インシデント発生を減らそうとする場合には、その治療に関わる医療職や、患者とのコミュニケーションをとり、治療効果だけでなく、インシデントを減らすための提案を受ける必要があるはずである。

もちろん医師だけがコミュニケーションをとるための努力をするだけでなく、治療に関わるすべての者が、相互にコミュニケーションを図る必要がある。医療安全活動は、これまでは看護師は看護師、薬剤師は薬剤師、というように、自らの職種の間での徹底されてきた場面が多かったようであるが、異なる職種間で十分な安全管理のためのコミュニケーションが図られてきたとは言い難い。

当初から幅広い職種や研究領域を対象とした本学会が、医療安全を目的としたコミュニケーションの向上に役立つことを願ってやまない。

学会設立にあたっての所感

白川哲夫

日本大学歯学部附属歯科病院長，日本大学教授（小児歯科学）

医療安全はあらゆる医療機関・医療従事者にとって真摯に取り組まなくてはならない最重要事項の一つである。振り返ると，厚生労働省が医療安全対策検討会議を設置したのが平成13年であり，その翌年には「医療安全推進総合対策～医療事故を未然に防止するために～」が策定され，中長期的な医療安全対策の方向性が示された。医療の安全確保に関する問題点を明確化し，有効な医療安全対策を立案することがこの時点での主たる目的であった。その後の約10年間で，医療安全の確保に関するいくつかの施策が講じられ，医療安全の考え方や方法論が国内の多くの医療機関に普及したことは確かであろう。ただ率直な印象を申し上げますと，わが国での医療事故防止への取り組みそのものは，高齢化社会の進行とともに困難さが増しているのではないかと感じている。学会活動として，わが国の年齢別人口や疾病構造を念頭に置いた医療安全対策を考える必要があると感じている。

私が現在責任者を務めている歯学部附属歯科病院には医科の診療科が設置されておらず，診療内容は全て歯科領域に含まれるものばかりである。一般的に言えば，歯科の診療が患者の体調の急変に結びつく，あるいは重症患者の対応に追われるといったことはそうそうないわけであるが，大学附属病院の場合は歯科診療であっても重大事故に結びつく可能性のある症例に日々向き合っており，医療の安全確保の重要性は一般の開業歯科医院とは比較にならないくらいに高い。口腔から頸部にかけては呼吸器官の入り口でもあり，歯科疾患に関連して気道周囲に炎症が及ぶと呼吸困難を生じる場合があるほか，器具類の咽頭付近への落下により誤嚥を生じてしまうと，それが直接重大事故に結びつく可能性がある。高齢者では後者のリスクが高い。

加齢とともに身体機能は低下し，疾患を合併する割合も当然のごとく高くなるので高齢者では歯科治療に関連してインシデントが起き易い。歯科治療に伴う異常高血圧や不整脈は，循環系に何らかの疾患がある場合には全年齢層で起こり得るが，高齢者場合には明らかに発生頻度が高くまた回復までに時間を要することが多いため，治療を担当する歯科医師は基礎疾患のスクリーニングやバイタルサインの確認を怠ってはならないとされている。院内開催の医療安全セミナーではほぼ毎回そういった留意点が述べられているが，高齢者が受診患者の多くを占めるようになると，体調確認に費やす時間や手間が増え，また歯科治療中のモニタリングも多くの患者で必要になるであろう。大学病院や総合病院を除けば，体調急変時に即応できる体制が整っている歯科医療機関は少ない。歯科に限らず，今後，小規模診療所の医療安全体制をどう構築すべきかについても，学会が指針を提示する必要があると考える。

医療安全活動における今後の課題 - 法医学から

慶應義塾大学医学部 法医学教室 藤田真幸

私は法医学を専門としています。法医学といいますと、医療従事者からは「法的責任の追及」と直結していると思われがちで、なにかと敬遠される傾向にありますが、医療安全の問題に、それなりに貢献できる面がございます。

我々法医学者の仕事は、「法的責任の追及」ではなく、「法的責任の解明」のために「犯罪・事故による被害やその発生状況」、また、「事故と死亡との因果関係」などを明らかにすることです。したがって、医療安全の分野においても、そのような経験を生かして、医療事故の検証を行うことができるのではないかと考えています。また、法医学者は、労災事故などを通して、実は、日頃から、どんなところで、どんなときに事故が発生しやすいのかということ、よく知っている面があります。医療事故においても、法医学者であれば十分指摘できたものも少なくありません。もっとも、それは、法医学者ならミスをしなかったであろうということとは全く別の話です。

話をもとにもどしますが、私はもともと、病理医でしたが、病理医は、臨床医と協力して病態を解明することを得意としています。一方、法医学者は、証拠をしっかりと押さえるという点で優れています。このように証拠をしっかりと押さえるのは、当事者に納得してもらおうためです。

ご遺族は、「死亡」という、本当はどのようにしても「納得できない」結果を受け入れるということを要求されているわけですので、他のどんなことも納得しにくい状況にあります。

したがって、まずは納得のいく調査でなくてははいけません。ここでは科学的客観性（争点となる部分について念入りな調査を行うこと）や、社会的客観性（専門家だけでなく第三者であること）が重要となります。

また、説明をする段階では、社会的説得性を踏まえた視点が必要となります。臨床医は、信頼されている中で説明することを得意としていますが、遺族は、信頼していないから何度も病院を訪ねてくるという面があります。そのような中では、事実ではないことで批判されたり、事実を捻じ曲げて解釈されてしまったりする場合がありますので、丁寧で、わかりやすい説明が必要となります。また、誠実で納得のいく態度でなければなりません。遺族が何度も聞くのは、わからないからだけではなく、その事実を飲み込みたいからという面もありますので、それを拒絶すれば納得してもらえないのは当然のことです。

謝罪も納得のいくものでなくてはなりません。本当にそのような気持ちがなければ、どのような言葉を使っても、それが伝わってしまいます。また、謝罪は妥当な謝罪でなくてはなりません。行き過ぎた謝罪をされると、事故そのものを理解できていない遺族から見ると、「あまりにもひどいことをされたようだ」としか思えない場合があります。

さらに、今後の対応という点でも、必要に応じて、納得のいく補償を行う必要があります。そして再発防止という点でも、納得のいく対策を施す必要があります。

そのようにして初めて、おおよそ遺族には「納得できない」はずの、死という現実を、受け入れてもらうことができるのではないのでしょうか。

我々、法医学者は、日頃、事故や犯罪に関わるトラブルを扱っていますが、こういった法医学的視点を提供できるという点で貢献できるのではないかと考えています。

法医学ということで、まずは、事故の検証や遺族の対応というお話をいたしました。医療安全の今後の課題として、最も重要なことは医療安全教育です。

医療事故と呼ばれているものの大半が、一見、初歩的なミスとして映ることが多いわけですが、実は、「多くの患者を担当し、常に、そして、緊急時にも正しく対応できるということ、そしてそのような環境を作れることや仲間と共有できるということ」は、かなり専門的で高度な技術であるということ、まず理解してもらう必要があります。したがって、それは大きな精力をつぎ込む値打ちがある課題であるということ、これを徹底する必要があります。これらのことは卒前教育でたいへん重要になりますので、これが医学教育の大きな柱といえますか、土台であるということ、教員にも学生にも理解してもらう必要があります。

しかし、実際は、いくら頑張っても安全な方法は隅々までは普及しないという現実があります。それはなぜかという、安全な方法には費用がかかるし、手間がかかるという面があります。皮肉なことに、実は、安全でない方法にも、それなりの「都合の良さ」があって、その恩恵を被っている人が少なからず、いや少数であるとしても、必ずいるからであります。

それは、個人的には、安全の大切さを理解できていない人がいるということですが、社会的には、安全に対する十分な費用が支払われていないということと関係しています。

そういった意味で、今後の最大の課題は、「安全が何よりも大切である」ということを、医療従事者全員に「完全に」浸透させることとあります。試験で問われれば、みんなそう答えるでしょうが、本当の意味ではわかっていないのが現状です。

これを克服するためには、卒前教育のような「後天的」な学習だけでは不十分であり、中学校や高校などでの早期からの教育、これが重要になってくると思われまます。

これによって、将来の医療人に「先天的」な学習をさせるだけでなく、国民全体に対して、「安全は最重要課題であり、それを確保するには費用がかかる」ということを教育し、社会の常識にできるのではないかと考えます。一方、「過剰な安全に対する要求」に陥らないことも教育する必要があります。これは、「鎧が重すぎて歩けない」というような状態に陥り、システム全体を破綻に追い込んでしまうからです。

以上のような点が押えられれば、現在の医療安全活動は、次世代の医療従事者の間で、社会の協力にも支えられながら、かなり自然かつ有効に発展していくものと思われまます。

以上、2つの重要な点について申しましたが、最後に、この学会の進むべき方向について、述べさせていただきます。

本学会では、医療に関わるさまざまな職種の方々や、医療以外の分野でご活躍中の方々が入会され、そして、年輩の方々や、若い仲間などあらゆる年代の人が出会う場となり、いろいろな角度から、医療安全について意見を交換し、検討することのできる学会を目指したいと考えています。

よく、「コミュニケーションが重要」と言われますが、限られた職種の者だけで話し合ったり、限られた世代の者たちだけで意気投合しあっているようでは、「コミュニケーション」が良好になっているとはいえないように思います。最初に入会される方は、病院でも指導的な立場である年輩の方ではないかと思いますが、どうか、若い仲間への入会も促してください。

わたくしも、会員の皆様方とともに、微力ながら、頑張っていきたいと思いますので、なにとぞ、よろしくお願い申し上げます。

日本医療安全学会発足に寄せて

医療安全の本質と前向き活動への流れへ

近畿大学医学部安全管理部・医療安全対策室

辰巳 陽一

日本医療安全学会発足に当たり、理事にご指名いただきますとともに、医療安全の世界の諸先方とも親交を持つ機会を得て、心から感謝いたします。

私が当院医療安全対策室前任者の援助という形で、医療安全の世界に足を踏み入れてから、10年以上の月日が過ぎようとしています。当時既に、“人は間違える”という言葉は医療安全の世界では使われるようになっていましたが、日々の医療安全対策活動の中で、残念ながらその底辺に流れる思いが、医療者の中に広く伝わっているかについては甚だ疑問であると言わざるを得ません。

To err is human の中には、

“Although no single activity can offer a total solution for dealing with medical errors, the combination of activities proposed in To Err is Human offers a roadmap toward a safer health system.”

つまり、

一つの活動で医療事故を完全に解決するのは無理でも、To Err is Human で示されたような活動を組み合わせることにより、より安全な医療システムへの道標とできると記されています。

それでは、この活動（＝医療安全活動）とは、そもそもどのような切り口で捉えられるべきものなのか？

そこには、いくつかのキーワードあるいは課題と言っていいものが内在しています。

その解決こそ、本学会に課せられた使命に大きな柱ではないかと思う次第です。

1. 多様性の克服： そもそも、医療業務自体は、多職種で遂行される作業であり、底辺には、“チーム医療”と言う概念が存在します。しかし、真の“チーム医療”を獲得するための障害は、現実には多数存在します。例えば、未だに見下し感を持って業務を行っている医師の存在、②チーム医療に対する職種間での理想と現実のギャップすなわち、「信念対立」の存在（(1)治療方針をめぐる対立、(2)チームリーダーをめぐる対

立, (3) コミュニケーションの方法論をめぐる対立など))¹⁾、形だけの“チーム医療”ではなく、本質論に基づいた、“質性を前提としたチーム構築”が必要なのかもしれません。

2. 意識、知識の共有： 医療者である限りは、事故は必ず起こるということ、事故の発生の形態、事故分析の方法などは、医療安全担当者としては、一般常識のレベルで知っておいてほしいことでしょう。しかし、現実には、なかなかそうはいきません。しかし、医療安全的なものの考え方からすれば、やはりこの現象は情報を提供する我々の責任であり、それを限られた人的、金銭的資源の中で効率的に成し遂げなければいけないと帰結せざるを得ません。とするならば、これを打破するための知恵・改善策を、部署内だけ、一医療施設内だけ、グループ医療施設内だけ、日本国内だけなどと限定するのは、本来“共有”という言葉が旗頭に働くものとしては狭量と言わざるを得ないのかもしれない。

“外には言えない”という意識を払拭して、拡散していく努力をしていきたいものです。

3. 既存意識・既視意識の打破： 医療安全活動を行う上で様々な抵抗勢力が存在します。既存のルールとその決定者チーム、現場との接点が減少した医療者や、医療職ではない経営陣、そして、そもそも何か作業が追加されることに対し、基本的にNoとすることにしている医療者。彼らから前向きな協力を得るのは非常に難しいことかもしれません。しかし、この状況打開に向けて、我々医療安全担当者は、絶え間なく効果的な対策とその根拠となるデータを提供し続ける必要があります、そのためにも、上述の真の意識・知識を共有する意識が必要と言えるでしょう。

4. 前向き方向へ医療安全意識の変革： 医療安全活動に対しての、医療安全活動に関与していない医療職の印象を聞くと、その多くが、“怖い”、“暗い”、“つらい”というものであり、よく似たコメントは、医療安全担当者からも耳にすることがあります。され、医療事故が発生した際、当施設にもまだ隠れてスタッフを叱責する上司が徘徊している事実があり、先のコメントを完全に否定することは難しいのかもしれない。しかし、自戒も踏まえ、この行動の持つ問題点を明確にし、解決していく必要があります。医師に少ないとされているインシデント入力についても、事故を非難するのではなく、事故が回避できた可能性について話し合うための題材であること、さらにできることから事故にならなかった各自の対応を報告してもらい、その内容についてはフィードバックの上褒めたたえるなど、前向きな意識の醸成が必要ではないかと考えます。その中には、医療安全の新しい流れである Resilient Health Care (しなやかな医療)、Safety-I/Safety-II などのものの考え方や、TeamSTEPPS/ノンテクニカルスキルなどについての意識共有などが散りばめられていくのでしょうか。

現場の問題を解決していく作業は、個々のスキルアップだけでは限界があり、医療施設・医療界全体の“空気”を作り出していく必要があります。

我々の取り組みが、“結果を求める”医療安全活動だけではなく、“前向きな規範”育む医療安全の流れに繋がればと念願するところです。

1) チーム医療における信念対立を 思考ツールを用いて解明する試み、[週刊医学界新聞](#)第3035号 2013年7月15日、清水 広久（埼玉成恵会病院外科・救急科）

日本医療安全学会の活性化へ向けて：過酷な医療現場への医療安全の定着のために

早稲田大学法学学術院・教授

日本医療メディエーター協会代表理事

和田仁孝

この15年ほどの間に、わが国の医療安全の理論的探求や取り組みは着実に進んできたといえる。しかしながら、なお事故は発生しているし、施設の規模や状況によって、理論的には理解できても現場がついていけないといった事情も存在する。その原因はどこにあるのだろうか。

わが国の医療体制は、国民の医療へのアクセスの確保という点では、世界に誇る成果を有している。たとえば、OECD諸国の平均値の2倍を数える人口当たりベッド数、先進諸国と比較して5倍以上を数える年間外来患者数といった数値は、わが国の国民が、いかに医療への買う背酔を補償されているかを物語る数値である。入院のために数ヶ月待たねばならなかったり、かかりつけ医を経ずに病院を受診できなかったり、さらには処方薬やリハビリ治療が公的保険でカバーされないなど、諸外国では語句日常的な困難を、わが国の国民は経験することがない。

こうした充実した医療アクセスを保証するために多くの国家予算が支出されているかという点、実は、わが国の医療費のGDPあたりの支出はOECD諸国の平均値以下である。少ない支出による充実した医療アクセスの保障が実現しているのである。

しかし、この一見、夢のような状況には、もちろんウラの事情がある。それは日本の医療者に課されている過酷な労働環境という問題である。米国の同規模の病院と比べると医師数も看護師数も、職員全体の数も2分の1にさえ達しない。場合によっては10分の1といった状況さえ存在する。日本における国民の医療へのアクセス保障は、まさにこうした医療従事者の過酷な労働、美しく言えば献身的な努力によって担われている。わが国の医師の外国の30代の医師の労働時間レベルに到達するのは、やっと60代後半に至ってからというデータもある。

さて、医療安全にとって、こうした環境が好ましいはずはない。医療安全が叫ばれ、多くの試みが紹介されても、現場でそれが十分しない場合があるとすれば、その原因は、こうした日本の過酷な医療供給体制そのものにある。逆に言えば、この環境の中で日本の医療は、トップレベルの安全性を維持できているのは、驚異的ということである。たとえば新生児・乳児の死亡率は世界でもトップレベルの安全性を保っている。

にもかかわらず、医療安全は患者にとってはゼロであるべき目標であることに変わりはない。この日本の医療労働環境が一ター朝には改善することが望めないとすれば、この現場の環境の中で、なすべきは、その現実に応じた医療安全の方策を模索していくことであろう。先進的な医療安全策を参照しながらも、以上の多忙な現場への定着を促すような日本的創意工夫が今後も引き続き成されていかねばならない。

私は、事故の防止につながる医療者と患者、医療者同士のコミュニケーション、さらには事故後のオーネスト・トーキングを掛け声だけでなく実現していくためのコミュニケーション・モデルとしてメディエーションを推進してきているが、これも、隣接する多くのモデルとの統合や現場環境の中での可能性を考え、常に改善を志していかなければならないと考えている。

日本の医療への恵まれたアクセスを維持しながら、なお、医療安全を苛酷な環境の中でもいかしていくために、この学会が多大な貢献をできることを願っている。

「体外循環と医療安全」

東京都健康長寿医療センター センター長 許 俊鋭

私は心臓外科専門領域として臨床に従事してきた関係で、特に「体外循環の安全」「補助人工心臓や心臓移植治療」を通じて医療安全に関係してまいりました。当学会では医療機器安全分野の担当理事をさせて頂いております。私が体外循環の医療安全にかかわりだした最初の事例が、2001年（平成13年）3月に東京女子医科大学で発生した陰圧吸引補助脱血法を用いた体外循環事故でした。この医療事故に対し、当初東京女子医大が設置した院内・院外調査委員会は、空気送り事故の原因を「体外循環システムを操作していた医師が吸引回路を高回転で操作したため」とする調査結果を報告しました。これに対して体外循環の多くの専門家は「現存の装置では、いくら吸引回路を高回転させても陰圧吸引が働いていればリザーバ内が陽圧になることは考えられない」と主張し、「再発防止には真の原因究明が不可欠」との考え方から日本胸部外科学会・日本心臓血管外科学会・日本人工臓器学会は3学会合同調査委員会(高本眞一委員長)を構成し、学会が本格的に原因調査に乗り出しました。結果、委員会は「0.67mlの水滴(結露)が陰圧吸引補助ライン設置されたガスフィルターに吸収されることによりガスフィルターに目詰まりが生じ、リザーバに対して陰圧吸引が働かなくなったことが原因」であることを突き止めました。

この結果を踏まえて、3学会合同調査委員会は陰圧吸引補助脱血体外循環検討委員会中間報告を全学会員に向けて発信し、直ちに「陰圧吸引補助ラインにはガスフィルターを使用せず、ウオータトラップを装着すること」を要請しました。更に安全な体外循環を実践するために、「陰圧吸引補助ラインは毎回滅菌された新しい回路を使用すること、貯血槽には陽圧アラーム付きの圧モニター並びに陽圧防止弁を装着すること、微調整の効く専用の陰圧コントローラーを使用すること」を勧告しました(図1)。この勧告を順守することにより今日まで15年間に同種の体外循環事故は生じていません。

この医療事故において、人工心肺装置を操作していた佐藤医師は東京女子医大の調査報告に基づき、業務上過失致死に問われ刑事裁判となりました。第一審では3学会合同調査委員会報告に基づき「ポンプを高回転にしても脱血不能にはならない」として無罪判決が下されました。むしろ危険な装置を設置した病院の責任を問題としましたが、原因となった人工心肺システムの欠陥はこの当時の医療界には認識されていなかったとの判断から、病院の責任は問われませんでした。その後、佐藤医師に対する名誉棄損を訴因とした損害賠償訴訟(東京地裁, H22.8.24)で、「病院報告書に重大な誤りがある」と東京地裁が認定しました。一方、東京高裁での第二審では、体外循環トラブルの原因に対する判断を避け、「トラブル発生前の静脈カニューレ挿入時に既に脳障害を負っていた可能性がある」として手術チームの別な医師のミスが事故原因であると結論し、時効が成立しているためそれ以上の訴追は行わないと判決しました。専門家であれば誰もがこの東京高裁の判決に疑

問をぶつけるであります。別の真犯人を「でっち上げ」なければ、無罪の人間を無罪にできないとはなんと情けない日本の法制度でしょうか! この第二審は人を訴追することしかできない刑事訴訟の限界を如実に示した判決であり、医療事故の原因究明や再発防止に刑事訴訟が全くなじまないことを示す典型的な事例でしょう。ただ、この事例を通して、医療界が体外循環の安全性を高める必要があることを強く認識したことは、その後のガイドライン(図 2)をはじめとする体外循環関連事故対策の発展に貢献したことは確かです。

心臓手術で心停止中に体外循環を停止しなければならないトラブルが発生した場合、脳をはじめ全身のあらゆる臓器が一瞬にして虚血に陥り、全臓器の虚血障害が同時に進行します。その結果、体外循環停止時間に依存して等比級数的に脳を始めとする臓器障害が進行し、脳は常温では 5 分以上の循環停止には耐えられません。一方、手術成績向上を目指した体外循環システムの改良(回路充填量の減少、常温体外循環、回路の複雑化、小切開低侵襲手術・ロボット手術の導入)が、逆に体外循環トラブル時に致命的となる要因を増加している側面もあります。このような状況の中で関係者は、従来、『ヒューマンエラー』として片づけられていた多く事象が実は『システムエラー』ではないかと考えるようになりました。今日では、個人の責任追及よりシステムの改善で『ヒューマンエラー』の誘因を解消できないか、更に『fail - safe』・『full proof』といった医療安全工学の概念を少しでも体外循環システムに導入できないか、ということ私たち関係者は常に念頭に置き、体外循環の安全性の確立の努力をしています。それでも想定外のトラブルに起因した重大医療事故は無くなりません。

日本医療安全学会を通じて、少しでも「体外循環の安全」と心臓外科治療成績の向上にお役に立つことができれば、嬉しく思います。

図 1 3学会合同調査委員会の勧告

陰圧吸引補助脱血体外循環の有効性と問題点

— 3学会合同陰圧吸引補助脱血体外循環検討委員会報告書より —

3学会合同陰圧吸引補助脱血体外循環検討委員会が設置され、陰圧吸引補助脱血の歴史と臨床的意義、アンケート調査から見た陰圧吸引補助脱血法の現状、模擬回路を用いた陰圧吸引補助脱血法の検討、陰圧吸引補助ライン内に設置されたフィルターに関する検討、安全な陰圧吸引補助脱血法に向けての提言、が行われた。その結果に基づき、①陰圧吸引補助ラインにはガスフィルターを使用せず、ウォータートラップを装着する、②陰圧吸引補助ラインは毎回減菌された新しい回路を使用する、③貯血槽には陰圧アラーム付きの庄モニター並びに陰圧防止弁を装着する、④陰圧吸引補助を施行する際には微調整の効く専用の陰圧コントローラーを使用する、ことの4項目が平成15年3月2日に中間報告として勧告された。

埼玉医科大学心臓血管外科 許 俊鋭 KYO, Shunsei	東京大学医学部心臓外科、呼吸器外科 高本 眞一 TAKAMOTO, Shinichi
慶応義塾大学医学部心臓血管外科 四津 良平 YOTSU, Ryohei	東京医科歯科大学先端外科治療学講座 坂本 徹 SAKAMOTO, Tohru
慶応義塾大学医学部工学センター 又吉 徹 MATAYOSHI, Tohru	埼玉医科大学MEサービス部 見目 恭一 KENMOKU, Kyoichi

図 2 体外循環安全ガイドライン

人工心肺 Clinical Engineering 別冊 安全ガイドライン

【編集】
許 俊鋭 (埼玉医科大学名誉教授、東京大学医学部胸部外科)
高本 眞一 (東京女子医科大学心臓血管外科)

DVD 付

目次

- Ⅰ 「人工心肺装置の標準的接続方法およびそれに応じた安全教育等に関するガイドライン」
— ガイドラインを読み解く重要ポイント
- Ⅱ 人工心肺安全教育のためのフローチャート

DVD

- CHAPTER 1 人工心肺の基本システム
- CHAPTER 2 人工心肺の基本操作
- CHAPTER 3 人工心肺操作の実務 (東京大学医学部附属病院の例)

秀潤社

日本医療安全学会設立に当たって

明治薬科大学 薬学部 教授
医薬品安全性学研究室
佐藤光利

一般社団法人 日本医療安全学会設立、誠に喜ばしく思います。また、医薬品安全分野の理事を拝命賜りまして、誠に光栄に存じ上げます。

医薬品に関しては、わが国は忘れてはいけない「サリドマイド」「キノホルム」「ソリブジン」「クロラムフェニコール」「非加熱血液製剤」などの薬害を経験しています。このことによりこれまでに様々な医薬品安全対策がとられ、近年では、薬に関する大きな事故は少なくなりつつあります。しかし、医薬品を使用する際のヒューマンエラーなどの医療過誤は、一向に減って行かないのも事実です。もちろん、医療従事者は安全な医療を提供することを常に心がけて最善を尽くしていますが、ミスは無くならない現実からも、医療の安全に関して検討する学会は、医療の質を向上させる上でも社会的に重要な役割を担うことになると思います。疾病の治療には医師・歯科医師をはじめ、薬剤師、看護師、臨床検査技師、栄養士などによるチーム医療によって行なわれ、多職種がかかわることからも職種間連携が重要になります。一方で、チーム医療による高度な医療やより患者に細やかな配慮をした質の高い医療を提供しようとすると、それぞれの職種の業務が煩雑化して医療事故はこれらの職種間の境界領域で起こりやすいジレンマもあるように思われます。

我々薬剤師（薬学）は、薬の専門家としての立場から医薬品の安全使用や医薬品が関連する医療事故防止に貢献できればと考えております。医薬品が関連する医療過誤は、施設にもよりますが医療過誤全体の約3割を占めています。薬剤師は、医薬品が関連する医療過誤を未然に防ぐ活動を業務の中で行ない、これまでもインシデントレポートとして報告する活動を行なっておりますが、現在約15,000種類の医薬品が販売されているため「商品名」や「形状」、「包装の色」が似ていたり、「複数の規格」や「倍散」などがあることが要因となって医薬品関連医療過誤が起きています。最近では、ジェネリックへの切り替えを促進していることから、ジェネリックの切り替えによるミスも増えてきています。医療現場からの要望やインシデントレポートの解析から製薬業界の中でも医薬品の事故を減らす工夫がされていますが、しかし、薬剤師が薬を調剤して病棟に配薬あるいは患者さんへ渡した後に起こる医薬品関連の事故も多く見られます。リスクが高い医薬品に関しては医薬品が渡されるのと同時に使用上の注意も伝達される仕組みの構築や他職種への医薬品に関する情報提供の方法も重要になります。薬剤師が、治療に関してチーム医療に積極的に参画すると同時に医療安全への積極的な関与が、薬物治療における有効性ならびに安全性の向上には重要です。医療薬学関連の学会

でもリスクマネジメントに関する発表や討論がされていますが、多職種での医薬品の安全性に関連する議論が重要であり、本学会は、多職種間で情報交換する学会としての位置づけが特徴になると思います。医薬品の有害事象発生は、被害を受けた患者のみならず治療を行なう医療機関や国にとっても莫大な損失になることから、有害事象の防止や有害事象の早期発見にも貢献できればと思います。リスクが高いガン化学療法レジメンや医薬品の適応外使用に関する安全性評価ならびに安全管理に関しても今後取り組んで行く重要課題のひとつと思われます。病院や薬局内ではもちろんですが、医療の地域連携や地域包括ケアシステムでの医療安全のなかで医薬品に関しては、薬剤師が積極的に関与することが必要になってくる時代です。私自身も本学会で他職種や施設間との情報交換を通じて、効果的な医薬品安全管理や連携強化が行なわれることにより医療安全に貢献できるよう、医薬品安全分野の理事として尽力を尽くして行きたいと思います。どうぞ、宜しくお願い

日本医療安全学会理事に就任して

東京慈恵会医科大学附属病院医療安全管理部

海渡 健

医療の安全に関する学会は数多くあり、それぞれ特徴のある学会運営がなされているが、その中でも本学会は多彩な職種の人が、自由な雰囲気、形にとらわれず考えを述べ合う、実学に基づいた医療安全を考える機会を提供する学会である。歴史が浅い分、現場の率直な悩みや考えを参加者で共有し、少しでも前向きな医療安全推進活動につなげる、そのような機会を提供する学会であるとも言える。そのような学会の理事として少しでも学会の発展、学会員のお役に立てる活動をしていきたいと考えている。私自身、元々は血液内科の医師、中央検査部の医師であり、臨床現場だけを歩いてきた。それが突然10年ほど前に医療安全部門も兼任するよう言われ、それ以来、少しでも安全で質の高い医療が提供できればと、手探り状態で臨床現場の経験に根ざした安全推進策を考えてきた。特に意識していることは、①人の不完全な認知特性を基本的安全確認行為でカバーする、②多様性（ダイバーシティー）を認め合いお互いを尊重する、③安全文化を定着させ社会からの信頼を勝ち取り維持する、この三つである。

決まりの好きな日本人の特性なのか、ハインリッヒの法則の誤解釈なのか、事例を解析しマニュアルを決めることが安全対策と考えている人も多いと思われる。しかし、いくら決まりを作っても、個人の認知特性や行動特性を変えられないため、複雑システムである医療現場では、このような個別の対策を決めて守らせる「後ろ向きの事故対策」では効果は望めない。むしろこれらの個人の特性を念頭に、如何にそれを減らせるか（個人）如何にチームでカバーしあえるかを考える「前向きな安全推進活動」が必要である。個人ができることは、意識して速い思考を押さえるための指さし声だし確認、チェックバックなどであり、当院においてもすべての研修会で実践させている。医療現場よりも安全な鉄道や工事現場で行われている安全確認行為が、より危険な医療現場では習慣化されていないのはおかしな事であり、学会を通じて多くの会員に初心に戻ることを訴えていきたい。

多様性（ダイバーシティー）はもともと社会での女性活用ということでジェンダーフリーな社会を目指すことから始まり、その後国籍の多様性に広がり、最近は考え型の多様性という意味にも捉えられるようになってきた。チームで医療を行う場合、男女だけでなく、多くの職種、様々な経験を持った個人がいるため、各々が立場を認め、尊重し合いながら機能的なチームを作る必要がある。そのための一つの方法がTeamSTEPPSであり、当院でも積極的に推進している。しばしばTeamSTEPPSを導入すると言う施設が多いが、TeamSTEPPSはシステムとしてカパッと導入できるような者ではなく、また米国との考えや職種の差も激しくそのまま導入することは不可能である。TeamSTEPPSという名前が目的ではなく、

その中身を自分たちの施設の現状に合わせてアレンジし、活用すべきものであり、名前にこだわらず、アサーティブに、ダイバーシティを認め合い、何でも言い合えるチームを作る、これが安全への重要なステップである。ベテランほど間違え、大きな事故を起こす、この常識をベテランの医師の常識にする事から始まる。

最近、高信頼性組織(High Reliability Organization:HRO)という用語が安全の面で提唱されている。危険な環境で危険な行為を行い、安全な結果を残し社会から信頼される組織を表す用語であり、患者安全の分野でも非常に重要な考え方とされるようになってきた。医療の安全は現場に無責任に投げられるべきものではなく、管理者も当然一緒になって取り組むべき事であり、HROは、お互いを認め合い、些細なことにも良く気づきマインドフルな組織になることから始まる。事故を封じ込めるために、常に事故や失敗の存在を意識する、単純な解釈を否定する、日常の安泰な行為に敏感になるなどを、事故発生時には、危機回復力を重視し、現場の専門知識を尊重すること、などが五大要素とされている。安全の先には信頼があることと、また事故は安全を低下させるだけではなく組織の信頼も簡単に失墜させることを上層部が理解して、組織全体で安全推進に取り組む必要があることを示している。HROも学会での大木ら取り組み項目になるよう、知識を広げていきたいと考えている。

いずれにしても安全なチーム医療を行うために、個人の原価を理解してチームでカバーすることが最も重要であり、マインドフルで機能的なチームを如何につくっていくか、リーダーとしての意識改革やフォロワーとしての意識改革をどのようにしていくか、組織としての安全と信頼の結合が必要なことを上層部にどのように認識させていくか、単純ではないが進むべき道は見えてきているので、それに向かって少しずつ歩んでいきたいと考えている。

日本医療安全学会ニュースレター

発行責任者：酒井亮二

発行者：日本医療安全学会

〒113-0033 東京都文京区本郷 4-7-12-102

E-mail: office@jpscs.org

TEL/FAX: 03-3817-6770

ホームページ: <http://www.jpscs.org/>