

医療安全の現状

横浜市立大学附属市民総合医療センター 副院長、統括医療安全管理者
医療の質・安全管理統括部長、がん包括センター 部長、医療・診療情報部長
消化器病センター 外科 教授、部長

國崎 主税



「1999年1月の横浜市立大学における取り違え事故以来、本邦においても医療安全に目が向けられ、確立されてきた」。この文言は、20年を経過した現在も全国津々浦々において開催される医療安全講習会の冒頭で幾度となく言われ続けてきた枕詞です。横浜市立大学にとっては大変不名誉な出来事ではありますが、当大学のみならず多くの施設において医療安全部門の充実が図られ現在に至っているのは、皆様ご承知のとおりであります。

術前高リスク症例報告、インシデント報告、チームステップス、外部講師を招いての医療安全講習会、死亡例報告、M & M、リスクマネージャー会議、安全管理室ミーティング、医療安全管理委員会などさまざまな会議が多職種を交えて行われています。「医療安全」はまさにチーム医療のお手本のような組織となっており、病院全体で最重要案件として取り組まれております。

横浜市立大学附属市民総合医療センターにおいては、私が統括医療安全管理者として安全管理室のスタッフの方々とさまざまな「出来事」に取り組んでいます。というか、助けられています。それまでは消化器病センター外科部内のことしか知りませんでしたが、病院全体の安全管理に携わるようになってからは、「医療安

全」の範囲の広さと奥の深さを痛感する日々です。

一方、消化器病センター外科内での安全管理を振り返ってみますと、毎週15件前後の手術症例数があり、月・火曜日に術前カンファランスを行います。限られた時間の中で、安全管理の観点から手術適応がどうかということを中心に検討するようになってきました。時間的制約、若いスタッフの業務過多、日々院内で生じる医療安全上の「出来事」などを鑑み、安全管理を最優先事項にすることになったわけです。

画像診断の水準は決して低いものではないと自負をしていますが、一昨年に画像所見の脱落としかから、患者さんに多大なるご迷惑をおかけするという事案が院内で発生しました。改めて院内の画像診断のフローを確認し、システムの改築やスタッフの意識づけを研修会などを通して徹底的に周知する方策をとりました。現在ではかなり充実したフローとなっています。

また、「医療安全」を優先するあまり及び腰となり、本来行うべき治療が行われなくなってしまったのは、「最後の砦」であるべき当大学の存在意義が大きく損なわれることになります。大きな手術では、細心の注意を払っても一定の頻度で合併症が発生してしまいます。よって、治療効果と合併症のバランスが非常に重要なこ

ととなり、患者さんには十分に説明しご理解を得た上で治療を行うのは当然のことです。最近の学会では、「医療安全」を主題として取り上げることも多くなり、各医療施設の「医療安全」に対する意識の高さが求められています。現実的には、個々の施設における「医療安全」に対する取り組みには、温度差があると聞いております。その中で当大学の「医療安全」に関する取り組みは高い水準にあるものと確信しています。

全国的な「医療における安全文化に関する調査」に、当院も初めて参加しました。全国で180施設が参加し、当院における安全文化の総合評価はほぼ中央の91位という結果でした。しかし、参加するために〇十万円を支払い、自施設の安全管理に関する意識を調査しようとする意識の高い施設の中での順位ですので低いものではないと考えています。さらに「出来事の報告される頻度」、「医療安全に対する総合的理解」、「組織的—継続的な改善」、「部署内でのチームワーク」という項目に対する意識はいずれも10位以内という結果となりました。ひとえに今までに多くの方々が「医療安全」の種を撒き、醸成してきた結果と考えています。

2015年10月から医療事故調査制度が施行されました。医療事故調査制度とは、医療の安全を確保するために（安全、安心な医療を提供するために）、医療事故の再発防止（他の医療機関で起きるかもしれない同様の事故を防止すること）を行うことを目的としています。個人の責任追及を目的としたものではありません。消化器外科領域でも侵襲の大きな手術を余技なくされることもあり、予期せぬ死亡例が発生しないとも限りません。術前精査ならびにその解釈と、ご本人、ご家族への説明、適切な術式選択、綿密な術後管理など、当たり前の事柄ですが、これらの一連の流れがきちんとしてきて初めて良好な経過が得られるのです。

当然、多職種カンファランスを各時点で行わなければなりません。説明が不十分であったり、その記載が不十分であったり、治療方針が曖昧だったり、円滑な治療を損なう負の因子がいまだに散見されることも否定はできません。さらに徹底した教育指導が必要と痛感しています。日本医療安全機構が発刊している『医療事故の再発防止に向けた提言』の中で、2018年9月に『腹腔鏡下胆嚢摘出術に係る死亡事例の分析』が発刊されました。本術式は比較的難易度の低い手術で、経験の少ない若手医師が執刀することも多い手術と認識されていると思います。NCDのデータでは胆嚢摘出術（うち90%が腹腔下）の死亡率は0.3%とされています。死亡数は毎年130~180名近い数値となっています。読者の皆さんは、この数値をどのように受け止めるでしょうか？ また、医療事故調査・支援センターに届け出のあった医療事故報告の院内調査結果報告書697例のうち、腹腔鏡下胆嚢摘出術関連症例は8例のうち7例が分析対象となっています。分析から①手術適応、②説明と納得、③手術手技、④術後管理、⑤院内体制などの問題点が指摘されています。亡くなった患者さんのご家族の気持ちを考慮しますと、心が痛みます。侵襲度の低い治療・手術に対しても同じように対応していく必要があります。私自身も外部委員として医療事故症例の検討を行った経験が何回かあります。その経験の中で、いつ何時でも同じような事案が自院でも起きてもおかしくないなというのが正直な意見です。ちょっとした気の緩みが医療事故を引き起こす可能性があるということです。前述した『医療事故の再発防止に向けた提言』の内容は、ほぼすべてが消化器外科領域に関与しています。われわれ消化器外科医は一寸の気の緩みも許されません。病院スタッフが一丸となって邁進することが必要です。

「医療安全」に終わりはありません。今後、

さらに熟成させていくことがわれわれに課せられた使命です。「医療安全」の文化が根付いていない施設では多くの問題を抱えており、医療の進歩が妨げられているのではないかと考えます。すなわち、結果的に医療の質が著しく損なわれることになるものと考えます。

最先端の良質でかつ安全な医療を患者さんに提供することがわれわれの責務であり、そのためにも「医療安全」と「医療進歩」のバランスを図りながら、診療・研究に邁進することが必要になると考えます。

文献

(一社)日本医療安全調査機構編. 医療事故の再発防止に向けた提言第5号 腹腔鏡下胆嚢摘出術に係る死亡事例の分析. 2018.