

【問題】

日本医療機能評価機構の発表によれば、人工呼吸器の電源を看護師が入れ忘れた後に患者が死亡する、脳の左右など手術の部位を取り違えるなどの医療事故の報告が、平成20年に計1440件あったという。

次の文章は、ロバート・M・ワクター/ケイヴェ・G・ショジャニア[著]（福井次矢[監訳]/原田裕子[訳]）「新たな疫病『医療過誤』」（朝日新聞社）から抜粋したものである。本書は、カリフォルニア大学の教授らによって、医療過誤に関する情報を提供して、各人がどのように対応すべきか再考を迫ることを目的として刊行された。

この文章を読んで、800字以上1,600字以内で、まず、(1)医療施設は、患者の安全を保護するためにどのようなことをなすべきであるのか、著者の考え方を要約し、次に、(2)日本の医療の現場で著者の主張を実現するには、どのような手段によるべきであるのか、あなたの考えを述べなさい。句読点および段落を改めるために生じる余白も字数に数えるものとする。

医療施設が患者の安全に真に意識を集中できるようになったら、次なる課題はなすべきことの具体的な内容の決定だ。患者の安全保護という医療の専門分野はまだ新しいので、模範となりそうなものはほとんどない。

もちろん航空業界や原子力発電所のように、危険度が高いことでも、高度な技術を用いるという点でも、医療における安全に相当する分野を有する業界はある。しかし、医療提供者は独自のものの見方を持っている。そして、それも職業柄、もったもななことだと思えるのだ。他分野から学べることは大いに学ぶべきだろう。だが医療の特殊性を意識せずに、つまみ食いをするように各分野のやり方を採択してつぎはぎ細工を作ると、失敗する恐れがある。

医療という分野の中だけでも、患者の安全と同質性を持つ部門はあり、そこから有意義な教訓を学ぶことができる。このような部門について研究した結果、著者はどの病院も核となる医師や看護師、薬剤師等といった医療提供者が、安全の基本について訓練を受けていることが必要だと確信するようになった。核となる医療提供者の使命は効果的な安全システムの実施を通して過誤を防ぎ、安全の文化の創造に貢献することである。

これは最初に感染対策で成功を収めた。医師や看護師なら誰でも、いらなくなったカテーテルは患者の身体から抜去し、無菌ガウンを着用し、頻りに手を洗い、感染症を起こした患者には適切な抗生物質の処方が必要なことを知っている。しかし臨床現場に、指導者と、感染予防について訓練を受けたスタッフ（感染予防担当者と通常呼ばれる）が従業員としてその仕事に従事していると、こうした具体的な感染予防の方策は、そのような担当者がいない場合に比べはるかに怠りなく行なわれ、院内感染が減少する。感染予防担当者は、感染経路を調べ予防を図る、州や地域の保健所や連邦政府の疾病対策センター（CDC）といったより大きなネットワークに組み入れられているので、病院外部の者との共同作業

や標準化された報告システムの使用に慣れている。こうしたシステムはSARSや西ナイルウィルスのような新興感染症が現れた際に功を奏し、また各病院を他の病院や医療施設に比べて相対的に評価する「基準」としても役に立つ。方法は完全とは言えないが、専門家集団が感染予防という目的に邁進すると素晴らしい結果を出せるという共同作業の見事さを示してくれている。

院内感染は患者の安全についての一側面を表すものでしかない。患者の安全にはさまざまな側面がある。しかし、より広範な問題に対処するために、専門のチームを置いている病院はまずないと言ってよい。この広範な安全問題を取り扱うシステムを構築することが、初め的一步としては最も理にかなっているだろう。各病院には患者安全責任者が配置されるべきだ。医師に1人、看護師か薬剤師でもう1人、計2人いればもつとよい。患者安全責任者は強い影響力と独立性、過誤を測定する知識と手段を持ち、過誤が起こりやすい分野に関する定期的な聴取や、詳細な調査施行の調整、確実な解決法が実行されているかどうかのフォローアップ調査を行なう。組織的には、この担当者は病院内の他部門の幹部と同等の立場にあり——彼らの指示によって動く立場にないことが重要だ——、効果の現れるような予算を付けてもらっている必要がある。感染予防担当者がある地域の感染症発生にすぐに対応できるよう、疾病対策センターと連携しているのと同様に、医療過誤についても連邦レベルの連携システムが必須である。報告はあくまでも秘密厳守で行なわれるが、地域の医師が自分自身の「危険性」を見極めて対処できるようにしておくことよい。一地域の問題が地方全体に、さらに国内全般にわたる問題に広がるのを防がなくてはならない。

このようにシステムの外枠を整えても、各病院で核となる安全対策担当者の指摘する問題に、全医療分野の臨床の最前線に立つ医療提供者が十分な時間と精力、専門知識を注ぎ込んで取り組む覚悟がないと何の役にも立たない。つまり、過誤を避ける方法は、どんな医療施設であれ、臨床現場の者によって活用され、「所有」されなければならないということである。航空業界では安全の専門家の中には「故障モード影響解析(FMEA)」に特化した業務を行なう担当者が配置されている。異常事態の調査とその発生の理由を検討するのが彼らの業務だが、彼らは細分化された専門分野(航空力学、構造、エンジン、電気系統等々)の知識を持っているわけではない。ごく常識的な見地から検討することを望まれている。FMEAの活動は実にさまざまな工学の専門分野で展開され、一般的な問題解決法が専門的で特殊な問題の解明に役立っている。同様のことが医学にも必要だと思われる。

専門分野の枠を越えるこの試みを医療界に導入するにあたっては、コンピューターによる医師の指示入力システム(CPOE)を手始めにするとよいかもしれない。どこの病院でも、また診療所でも、医師や薬剤師にとってこのシステムはお馴染みのものだからだ。CPOEは、患者の取り違えや薬の処方ミスなどをたちどころに減らすことができるだろう。しかし、CPOEは導入期にはかえって過誤を犯してしまうことがあった。それを念頭に置いて、まず新しいシステムでは、CPOEを実施する最もよい方法を研究することから始めたい。それも、わずかな数の主要な研究所で行なうだけでは不十分だ。システムのパラメーターが決まったら、政策立案者は意欲的に規則を定め、利用を呼びかけ、あらゆる規模の病院がIT機器を備えてシステムを使用できるように基金を確保しなければならない。このシステムに臨床における診断等についての判断を支援するプログラムが組み込まれていると心強い。当局がゴーサインを出してから10年以内に、このシステムが研究され、設置されて試運転を行ない、やがてアメリカのすべての病院で用いられるようになることが強く望まれる。

(c) 2004 by Robert M. Wachter and Kaveh Shojanita