総合医学会報告

シンポジウム：「医療安全−危機管理から安全管理へ−」

「医療安全−危機管理から安全管理へ−」−特別発言−

高橋俊毅

第62回国立病院総合医学会
（平成20年11月12日　於東京）

IRYO　Vol. 64　No. 2　(135－137) 2010

要旨　2002年に国立病院に専任の看護師長クラスの医療安全管理者の配置が始まった．当初は医事専門職と共に医療現場での医療事故やクレームに対応する危機管理が主体であったが，最近ではその経験を活かして次のステップともいえる安全管理に重きが置かれるようになった．このシンポジウムでは座長の定義として危機管理と安全管理は密接しているものの概念上異なり，危機管理は医療事故後に事務系職員が窓口となり病院が対応するものであり，安全管理は医療事故を未然に防ぐために医療現場で対応するものであるとの考え方が示された．その趣旨に従い危機管理から得た教訓を活かして現場での安全管理確立に努力をしてきた事例を参考としながら法的側面も含めて現状を検証し，今後の医療安全活動はいかにあるべきかを論じた．安全管理は危機管理での経験を活かした対応策をいかに全職員に浸透させ安全文化を醸成していくかが重要となる．そのためには職員に危機予知訓練などの現場での研修を繰り返し実施し，さらに職場全体の安全管理に努めるとともに，病院横断的組織へ参加しチーム医療の中でのプロとしての責任を果たすことが必要である．法的にも医療人には命を預かる職業人としての確かな知識と技術を持ち暖かい心を持って診療にあたるべきであるという基本的姿勢が要求されており，病院当局には意識改革，人材育成，研修の徹底などとともに安全を管理保証する組織や労働環境の整備など管理者や指導者として果たすべき責務が問われており，これらを踏まえて今後の改善に努めるべきとされた．

キーワード　医療安全，危機管理，安全管理

はじめに

医療に携わる者の原則は提供する医療サービスの質と安全の向上を常に目指すことであろう．安全性の向上は質向上に資するものであるにもかかわらずわが国では医療安全は個々の医療人あるいは個別病院にとって関心はあっても国全体の問題としてとりあげられてはこなかった．2002年に国立病院へ配置された専任の看護師長クラスの医療安全管理者の業務は当初には医療安全管理のうち医療事故やクレームに対応する危機管理が主体であったが，最近ではその経験を活かし次のステップともいえる安全管理に重きが置かれるようになった．このシンポジウムでは座長から定義として医療安全管理の中で危機管

国立病院機構横浜医療センター
（平成21年12月14日受付，平成22年３月14日受理）
Health Care Risk Management Symposium：Special Remarks
Toshitake Takahashi, NHO Yokohama National Hospital
Key Words: medical risk management, risk management, safety management

理と安全管理は密接しているものの概念上異なり，危機管理は医療事故後に事務系職員が窓口となり病院が対応するものであり，安全管理は医療事故を未然に防ぐために医療現場で対応するものであるとの考え方が示された．最近の医療現場では危機管理から得た教訓を法的側面も含めて現状を検証して対応策をたて，それをいかに安全文化の醸成を達成する活動に活かすかが課題となってきている．

国立病院機構を巡る医療安全の展開

1999年大学病院の患者取り違え事件，都立病院の消毒薬の点滴注入と医師法21条の警察への異状死の届け義務違反事案がおこり，2000年に米国医学研究所から「to err is human」が出版され死因の第8位に相当する最大90000人とも推定される医療事故死者数が衝撃的な話題となった．以後わが国の医療安全への関心はにわかに高まり，マスコミの過熱報道や訴訟件数の激増などもあり医療安全がバッシングを受けた医療界の最大の課題となった．国立病院では従来から医療事故やクレームには医事専門職が専らあたり危機管理には即応する，内容の精査と納得の得られる十分な説明，情報公開，誠実な接遇などが大切なキーワードであるとされてきた．2002年4月に国立大学に続いて国立病院に配置された師長クラスの専任の医療安全管理者の業務は，当初の危機管理からその経験を活かした次のステップともいえる安全管理に重きが置かれるようになってきた．2001年10月から厚生労働省の事故情報収集等事業として日本病院機能評価機構への報告業務が開始され，2004年の独立行政法人化後には医療安全管理者を中心に国立病院機構の各病院でヒヤリ・ハット報告の収集活動が軌道に乗ってきた．「ホウレンソウ」として知られる報告，連絡，相談などの地道な活動での分析から危機予知訓練などの対応策をたて，実施と評価へとすすむといういわゆる「PDCAサイクルを回す」といわれる問題解決手法も周知され一定の成果を上げてきた．さらに院内感染対策委員会設置義務化に引き続き，2007年には医薬品安全管理者，医療機器安全管理者の配置が義務化された．国立病院機構では医事専門職が専ら紛争解決にあたってきたが，他の設置主体病院では患者・医療者間の対話促進者としての医療メディエーターを養成してきている．このことを含めて国立病院機構病院としても今後できるだけ早期に地域連携室，医療安全管理室，感染管理室（ICT），栄養管理室（NST），ME室，診療録・臨床指標管理室，治験管理室，教育研修部などを統一したTQM（Total Quality Management）センターともいわれる病院横断的組織で医療の質と安全を管理保証する部門の設置が必要となると考える．現在，安全管理に対しては施設だけでなく国立病院機構全体として本部に医療安全管理委員会を設置し，事故後の報告の標準化，公表の基準などを制定し，研究班・専門委員会としての「人工呼吸器の取り扱いに関する委員会」や「入院中の転倒・転落プロジェクト」への取り組みから携帯呼吸器の標準化などの安全管理への具体的な提案を始めている．医事紛争関連でも国立病院機構はなお多くの問題を抱えており，医療部は解決手段の一つとして九州ブロックでの成功例に従い他のブロックにも院内医療事故調査委員会および院外拡大医療安全管理委員会の設置を勧告している．機構外の動きとしては患者の立場を尊重するADR（裁判外紛争処理）や無過失責任保障制度あるいは患者救済補償制などが整備され，患者との不毛な紛争回避制度の整備が進んできている．もう一つの解決法としての厚生労働省の「医療安全調査委員会設置法案（仮称）大綱案」の第3次答申には医療関係者のさまざまな意見があり拙速に統一見解をまとめることの弊害が指摘されている．したがって，依然として医療安全の道は険しく遠く「医療崩壊」という言葉が再生あるいは解決という言葉に変わるにはまだまだ時間も努力も必要である．

医療事故の要因と対策

医療事故や医療過誤の要因として1．知識や技術の未熟さ，2．機械や薬品の不具合，3．マニュアルや規則違反，4．組織やシステムや労働環境の不備などが指摘されてきた．1のヒューマンエラーの要因へは個々人の知識，思慮，技術水準の向上と資質を見極めた教育・研修を励行し良質な医療人を育成して病院全体の医療水準の向上に努めなければならない．そして何よりも家族と同様な気配りができる医療人の心が求められている．2は医療界とともに業界あげて改善すべきであり，3の組織・システムの改善では必要な人員確保と組織体制整備，マニュアルや運営手順の改良整備が必要である．さらに医療人は専門分野での安全管理だけでなく組織横断的活動を通じてチーム医療の原則であるカンファラ

ンスやバックアップ体制整備など各職種の専門分野だけでない病院全体の安全管理へも視野を広げていくことが必要である．4では管理者や指導者は患者の療養環境の整備とともに医療従事者への安全に配慮した労働環境の整備に資源を投与すべきである．そして自ら先頭に立ち職員への安全文化の醸成と情報の周知徹底に努めるべきである．現在の医療安全は厳しい労働環境下での医療従事者の倫理観と自己犠牲に支えられているが，今後は若者の価値観の変化（自己保全）や少子高齢化（需要増大，人材確保困難）そして財政悪化などの不安要素が多い．それらの悪条件を乗り越えていかねばならない医療安全にはお金も人も必要であり，医療界は早急にヒト，モノ，カネに投資できる医療制度を確立するとともに医療の質と安全を管理保証できる組織横断的組織をつくり良質な医療人の確保と育成をはじめとする医療現場での安全文化の醸成に粘り強い努力を継続すべきである．

おわり

医療の安全管理としては危機管理から学んだ対応策を現場で周知徹底し実践していくことであり，それには個々人の努力とともに病院全体の組織的取り組みが重要である．しかしシンポジストの裁判官出身である大田黒氏の「医療人は可能な限り患者の生命・健康の安全を守るように配慮すべき法的義務が課せられており，この義務を果たすには，まず第一に暖かい気配り（自分の家族と同様な心配り）の医療の心が求められている意義を職員に周知徹底させるべきである」という言葉がすべての医療安全管理の出発点であることを再認識した．