

基調講演 3

医療事故の予防と対策



三宅祥三*

私どもの病院は過去において医療事故の多い病院であったため、平成6年の秋から試行錯誤を繰り返しながら医療事故防止活動に取り組んできました。今日は、その経過をお話しさせていただきます。

次に、患者の安全を確保していく観点から、医療事故の問題を病院の組織の問題と個人の問題に分け、リスクマネジメントをどう構築していくかについて述べます。

最後に、現在勉強中ですが、航空機業界のリスクマネジメントからわれわれ医療界が学べるいくつかの点についてお話ししたいと思っております。

●医療事故についての基本的考え方

まずは基本的な考え方ですが、医療事故が起きたときに、何が起こったのか、そしてそれをだれがしたのか、従来はだれがしたのか追及し、そして、それを罰することで一件落着させる、いわゆる責任指向型の考え方です。こういう考え方で処理されてきた傾向が強いわけですが、これでは発展はありません。

なぜ起きたのか、どうすればいいのか、対策は何なのかという原因指向型の考え方をすこ

*みやけ・しょうぞう：昭和39年東京医科歯科大学卒業。虎の門病院、日本鋼管病院の勤務を経て、昭和54年武蔵野赤十字病院内科部長。平成4年から武蔵野赤十字病院副院長。医療事故、メディカルリスクマネジメントに関する論文・著書多数。

とで、事故予防につなげることができるわけです。

●医療事故防止への取り組み

私どもの病院のこれまでの経過を簡単にお話ししますと、以前から事故は結構あったのですが、昭和63年から平成4年までの5年間に5つの大きい医療事故を経験しました。支払われた和解金は保険料の7~20倍で、総額は2億5,000万円を超えています。いちばん高額な賠償請求額は3億4,000万円でしたが、最終的には1億1,000万円と和解したという経過があります。

私は、平成4年に副院長になりましたが、翌年の平成5年だったと記憶しております。私どもの入っている保険会社の部長さんが私どもの院長に会いに来られました。ところが、院長が不在で、私が代わりにお会いしたことから、この問題に関わるようになりました。この保険会社の部長さんといろいろ話し合ったなかで、私の胸に非常に重く響いた言葉がいくつかあります。

その1つは、たとえばある企業の工場で火災が起きたとします。そうすると、その企業はその工場の火災の原因をあらゆる方法で究明します。ですから、保険会社から見ると、同じ企業が同じ事故を繰り返すということはほとんどないということです。ところが、医療界では同じ

病院で、同じ事故が、同じような頻度で発生しています、これはどういうことですか、医療界には学習効果はないのですかと言われたのですね。これが私にいちばん応えた言葉です。これは何とかしなくてはいけないと思いました。

それからもう1つは、この保険会社から、病院という組織で何とか医療事故の防止対策はとれませんかと、非常に強い要請がありました。

考えてみますと、私どもの病院ではたくさんの診療科がそれぞれの診療活動をやっているわけです。ところが一面では、個々の医師が、病院の軒を借りて開業しているような現実もあって、私どもの武蔵野赤十字病院が進むべき医療の方向性とか、維持しなくてはいけない医療レベルとか、そういうものを病院という組織としてコントロールする仕組みに欠けているのではないかということも私も感じていたものですから、それも含めて何とか事故防止対策に取り組み始めたわけです。

まず第1に考えたことは、医療の最前線で働いている人たちの事故に対する意識をいかにして高めるかということです。

それには、私はこれは以前から興味をもっていたのですが、日本の産業界を支えたQC活動という有名な活動がありますが、このQC活動から始める以外に方法はないのではないかと考えました。

トップダウン方式で、医療事故防止の観点からテーマを選んでくださいということで、職場単位にQC活動を始めました。11のグループができて活動をしました。ただ、やはり、QC活動というのは、本来はボトムアップ方式でやるほうがいいのですが、トップダウン方式でやったことと、選ばれたテーマが看護サイドのテーマがほとんどであったために、約2年弱でこのQC活動は消滅しました。現在は、業務改善ということで、ボトムアップ方式でQC活動を再度立ち上げております。

ただ、この2年間のQC活動で私どもは非常

にたくさんのことを学びましたし、そこから医療事故防止へのルールが少し敷かれたと思っております。

もともと、私どもの病院の看護婦は事故防止に取り組んでおりました。私どもが取り組み始めると同時に、報告書のフォーマットを変えとか、いろいろ新しい試みを始めて約1年半ぐらいで看護部独自で「事故防止対策」というマニュアルをつくりました。このマニュアルができた段階で、われわれ医師に医師側の対応はどうするのですかという問いかけがあったわけです。正直な話、私は息を吞んでそれに答えられませんでした。

そこから、医師側でも、インシデント・レポーティング・システムを導入することになったわけです。インシデントレポートを検討する委員会として、医療評価委員会をつくりました。現在、これはリスクマネジメント委員会と呼んでいます。医師11人で構成した委員会であり、後でもう少し詳しくお話しいたします。

それから、その次に私どもが行ったことは、危険予知システムの構築ということです。

まず、各科の部長に、自分の科で起きやすいと想定される事故リストを書いてください、それぞれについての予防対策を文章にして提出してくださいというお願いをしました。それをまとめて「医療事故防止マニュアル」をつくったわけでありませう。

●航空機のリスクマネジメントを参考にして

私どもは、この取り組みを始めるに当たって、当時、早稲田大学工学部の教授でいらした黒田勲先生から、医療事故はどうも航空機の事故に似ているように思うから、航空機のリスクマネジメントの手法を導入したらどうかという助言をいただきました。

航空機の事故では、3つのリングという有名な話があります。大きな航空機の事故が起きる前に、必ず3つ以上の小さいトラブルが連続し

て起きているといわれております。chain of event といって非常に有名な話です。パイロットは、自分が操縦しているときに経験したニアミスとか、いわゆるヒヤリハットのような出来事、インシデントなのですが、それを報告することが義務づけられています。それを報告したからといって、パイロットには昇進とか昇級には影響を与えないという保証が与えられております。ですから、正直に報告しなさいということになっているのです。

それで、この集められたインシデントを分析して早い時期にチェーンを断ち切る作業をすることで、航空機の安全が守られているわけです。

●インシデントレポートについて

私どもが今使っているインシデント・アクシデント・レポートは、いまだに記名式です。病名を書き、そしていつどこでどういう事故が起きたのか、その経過はどうだったか、事故への対応はどういうふうにしたか、その危険度はどうだったか、そしてそのときの健康状態はどうだったか、それは精神的にも肉体的にもどうだったか、その事故の原因をどう考えるのか、今後の対策はどう考えたらいいのかを書いてもらい、庶務課を通じて私の手元に来るようになっております。

しかし、このインシデントレポートにはいくつかの問題があります。

その1つは、記名式にするかどうかということです。記名式は、管理を非常に厳重にしなくてはいけないということもありますが、法律家のご意見では、名前を書かないほうが安全だということです。

ただ、私どもが記名式にこだわっていますのは、過去に同じ医師が3回事故を起こしたという経験があって、いまだに記名欄を消す勇気がありません。

もう1つの大きい問題は、この記名式とも関係あるのですが、インシデントレポートという

ものが法的に保護されていないことです。ですから、これがほかに何かの形で流れて、訴訟の材料に使われるということがあったり、あるいは、そういうことが予想される状況ではレポートを書くことがなかなか推進されないというふうに思っております。

ですから、ぜひとも、行政側にインシデントレポートに対する法的保護を早急に進めていただきたいと思います。

考えてみますと、医療事故を検討する際に、医師の医療行為にまで立ち入った検討はタブー視されてきた嫌いがあります。したがって、医療事故はかなり不透明な部分、グレーゾーンを残して処理されてきたという事実があると思います。

こういう姿勢が続けていますと、チーム医療のリーダーとしての医師の信頼をなくしてしまうのではないかと。医療事故のいろいろな問題をもっと明るい場所で客観的に評価し直すことをすれば、たとえ小さい事故でも、それを病院全体の共有財産にすることができるのではないかと考えます。

●医療評価委員会の設置と役割

そして、医師の問題は医師集団のなかで、自分たちの手で解決するという自浄作用が働くようなシステムが病院の中で常に機能する必要がある。そうであれば、おのずから事故も減っていくのではないかと。ということで、医療評価委員会をつくらうということを病院の管理会議に私が提案をして、了承を得たわけです。そして、病院の部長会でも説明をし、院内新聞にも私が同趣旨の原稿を書いて院内のコンセンサスを取りつけたわけです。

現在は、医療評価委員会はメディカルリスクマネジメント委員会と名前を変えていますが、この委員会は、11の科から1人ずつ選んだ11人の医師で構成しております。6人の部長と5人の副部長です。選んだ基準は常識的判断がで

きる人ということです。毎月1回開いておりますが、提出されたインシデントレポートを検討しております。検討の内容は、医療技術上問題はなかったのか、医療判断上問題はなかったのか、医療者の労働条件はどうだったのか、そのときの医療者の心理的な背景はどうだったのかなどで、ここまで踏み込んでやりたいと思っております。

最も重点をおいていることは、一見、個人の事故のように見えても、その背景を探っていくと、病院のシステムに問題があることがしばしばあります。その場合は、そのシステムを変更する、修正するというをやっております。それから、病院のなかのチェック機能が十分働いていたかどうかを検討しております。

こういう検討を行いますと、患者さんのほうにも問題があることも見えてくることがあります。

それからもう1つ、この委員会がメディカルオーディットとして機能することを初めから想定していました。ですから、当初は、この委員会が主催してCPCとかデスカンファランスをやろうと思っていたのですが、院内のいろいろな事情があって、CPCその他は本来の病院の行事として行っています。

ただ、結果として、この委員会がメディカルオーディットとしての機能を果たしてきているのではないかと私は考えております。

●インシデントの事例に学ぶ

ここで事例を2例ほどご紹介します。

第1例は、49歳のペースメーカーの入った患者さんが、ある日の夕方、頻拍発作で救急外来に搬入されました。それを見た担当医は、キシロカイン50mgという指示を出しました。渡されたシリンジを担当医が静注したところ、頻脈発作は治まったのですが、患者は突然意識をなくして全身痙攣を起こしました。何が何だか分からなくて、担当医は患者さんをICUに収容し

ていろいろ処置をし、患者さんは事なきを得たわけですが、改めて担当医が救急外来へ行って調べてみると、皆さんご存じだと思いますが、キシロカインには100mgのアンプルと1,000mgのアンプルがあります。残されていたキシロカインのアンプルは1,000mgのアンプルだったわけですが、キシロカイン50mgというオーダーであったのに、500mgの静注をしてしまったわけですが、そのために、患者さんは急性のキシロカイン中毒を起こしたということです。

では、この第1例の経験から、われわれの委員会がどういうことを行ったかということ、まず救急外来の薬剤をきちんと整理しましょう。それからもう1つは、キシロカインの1,000mgのアンプルは本当に救急外来に必要なのかどうか。これもご存じだと思いますが、キシロカインの1,000mgはICUとかCCUで点滴に入れて、不整脈を予防するために使うわけですが、救急外来で使うことはほとんどありません。むしろキシロカインの1,000mgのアンプルが救急外来の救急ワゴンの中にあるということが間違いやすい状況をつくっているわけで、救急外来のワゴンからキシロカインの1,000mgのアンプルを全部抜きました。そして、ほかの棚に置くようにしました。

それと同時に、間違いやすい薬剤を薬局を通じていろいろ調べました。それをリストアップして、それを全医師に配付いたしました。現在、私どものマニュアルに間違いやすい薬剤を全部載せています。

それから、部長会を通じて、劇薬を使用するときは医師もアンプルの確認をするように、改めて注意を喚起しました。

キシロカイン1,000mgのアンプルと100mgのアンプルでは、確かに大きさは違いますが、救急外来のばたばたしたところでは間違っても仕方ないと私は思います。

このキシロカインはアストラジャパンという会社が提供しているのですが、私はアストラ

ジャパンに連絡をしました。そして、10倍も違うアンプルは、見ても触っても分かるようにしてほしいと伝えました。極端なようだが、1,000mgのアンプルは三角形にしてくれと私は言ったのです。

そうしますと、2か月ほどたってアストラジャパンの本社から非常に丁寧な手紙が来ました。そこには、私どもは世界中に薬剤を供給しております。ですから、剤形を変更することは大変なコストアップにつながります。将来変更をすることがあるときは十分考慮いたしますという内容で、結局、何もやらなかったわけです。

ついでに調べたら、同じ形のアンプルに違う薬が入っているものはいっぱいあるわけです。同じ形のアンプルであれば、せめて溝を1本か2本入れるとか、とにかく差別化をしてほしいと私は思っております。

これは内服薬についても同様で、似たような包装がいっぱいあります。私は4年前からそれをずっと言い続けているのです。循環器系の薬剤は赤をベースに、消化器系の薬は黄色をベースに、呼吸器系の薬はブルーをベースにしてつくるといのように、だれが見てもどういう薬か分かるような包装あるいは剤形にすべきであろう。これは、薬業界が取り組むべきリスクマネジメントであると思います。

ところが、薬業界は商売をしている世界です。そういうことをきちんと指導するのが、それこそ厚生省の医薬安全局の役目ではないかと私は思っています。

もう1つの事例は、抗生物質が過量に投与された事例であります。

ある医師が2種類の抗生物質を指示箋で指示したわけです。私どもの病院では、注射の処方箋は、基本的フォーマットは同じですが、大きさが違う2種類しかありません。その注射箋にこの医師はA薬を1日2回、その下の欄にB薬を1日1回と記入しています。投与時間は、看護婦さんが投与しやすいようにと記入してお

りません。この病棟では、A薬とB薬を一緒に使うことが非常に多いと聞いておりますが、そういう病棟での出来事です。

A薬の投与時間のところに×2と書かれていたものですから、これを受けた看護婦さんは、2時、14時と書き込んだわけです。その下に、B薬もてっきり同じ2回だと思って、やはり2時、14時と書いてしまった。2日ほどたって、「あっ、このB薬は1日1回だわ」と気がついて、そこでやめたわけです。

それを、どのように私どもは検討したかというところ、注射伝票の記載の方法は、極端に言えば医師に全部任されていて、統一した方式というか約束事はなかったわけです。以後は、投与時間の欄も医師が書くように改めました。

投与時間を指示するときは時間をきちんと何時と書いてほしい。時間を指定する必要がなくて、看護婦さんのやりやすい時間にやってほしいのであれば、1日2回であれば、朝・夕と書いてください。1日1回の投与の場合も、時間を指定する必要がある場合は時間を書く。そうでない場合は、朝なら朝、夕なら夕と、とにかく時間の欄をきちんと医師が書くことにしたわけです。

●リスクマネジメントをどう構築するか

医療事故の問題を考えると、大きく2つに分けて考えられると思います。

1つは、病院の組織としての問題。もう1つは、個人の問題です。

病院の組織として、どのようにリスクマネジメントを構築していくかというお話をしますと(表①)、まず最初にその施設のジェネラルリスクマネージャーをきちっと位置づける必要があるだろうと思います。それは、責任ある病院管理者ということで、院長ないし副院長がやるべきであろうと思います。

というのは、病院のシステムを変える必要が出てくる場合がありますので、やはり責任ある管理者がやらないとスムーズに動かないのでは

表 1 病院組織としてのリスクマネジメント

1) ジェネラルリスクマネージャーの設置 責任ある病院管理者(院長または副院長)
2) リスクマネージャーの選定 各科の部長, 婦長, 科長等
3) 情報の収集 インシデント・レポーティング・システム
4) メディカルリスクマネジメント(MRM)委員会 1) インシデントレポートの検討 医療技術, 判断, 労働条件, ヒューマンファクター(背景因子) 2) 検討結果のフィードバック: 病院全体の共有財産 3) メディカルオーディット : 院内の第3の目
5) 事実に基づいた正しい記録
6) 医療の標準化...クリティカルパス
7) 危険予知システムの構築 医療事故防止マニュアルの作成 医療事故防止の原則: 医師のマナー, 接遇 患者中心の思考, 確認会話の確立
8) チェックシステム導入
9) 医師, 看護婦, 医療従事者の教育 リスクマネージャーの養成 新入医師ガイダンス 研修医ガイダンス

ないかということです。

次に, 各科の部長とか婦長とか科長など, そのような責任ある立場の人を, その部署のリスクマネージャーとして意識づけをすることだと思っています。

それから, 院内の情報をどのようにして集めるかについては, 現在はやはりインシデント・レポーティング・システムがいいのではないかと考えております。

このインシデントレポートを検討する委員会, たとえばリスクマネジメント委員会が必要であろう。そして, インシデントレポートを検討し, その検討結果を病院全体にフィードバックしていくことで, 病院全体の共有財産にすることができそうです。

それからもう1つ, この委員会には, メディカルオーディットとしての働きがあります。

これを, 私は院内の第3の目と言っておりま

すが, この委員会が始まってから, やはり1つの事例を11の科の11人の目で再検討することが, 常時病院の中で行われているということは, 今までと同じ医療行為を行っていても, より慎重に行うようになってきていると私は思っています。

それからもう1つは, これは診療録の問題になりますが, 事実に基づいた正しい記録を行うこと。

また, できるだけ医療を標準化していく。ここ数年クリティカルパスが日本中の病院に広がっておりますが, 決して医療経済的な面だけではなくて, 医療の質を良くする, ミスを防ぐという意味で, 標準化というのは非常に大事なことだと思っております。

それから, 先ほどお話ししたように危険予知システムとして「医療事故防止マニュアル」をつくることです。私どものマニュアルには, 総論として, 医療事故防止の原則というのを設けております。それは, 基本的な医師のマナー, 接遇, 患者中心の考え方, 確認会話の確立, 同僚とかコメディカルの意見に謙虚に耳を傾ける, それから医師と患者の信頼関係をどうやって築くのか, インフォームド・コンセントはどういうふうにやるのかとか, そんな原則を書いています。

また, 病院のシステムのなかにチェックシステムを導入することも重要です。私どもの病院では薬剤師と看護婦が非常に大きな働きをしてくれています。

あとは, 医療従事者の教育になります。私どもの病院でも毎年40人ぐらいの医師が交代しますので, 年2回, 新入医師ガイダンスを行っています。研修医のガイダンスもやっています。そういうときに, 医療事故防止マニュアルを使って私がいろいろ話をしております。

いちばん頭を痛めているのは, リスクマネージャーの養成です。部長クラス, 副部長クラスの人たちの意識づけ, そういう人たちをどう

表2 個人のリスクマネジメント

<p>1) 医療従事者の意識を高める QC 活動, インシデントレポートの記入による意識づけ 想定事故リスクの列挙とその予防対策の文章化 医療事故防止マニュアルの作成</p> <p>2) 医師, 医療従事者のマナー, 接遇, 患者中心の思考, 確認会話の確立, 謙虚な心, 気づき(アウェアネス)</p> <p>3) コミュニケーション(ヒューマンファクターの除去) 医療従事者 患者 医療従事者の間(医師 看護婦, 医師 技術者, 看護婦 技術者): 互いに注意しあえる水平な人間関係の醸成(風土)</p>

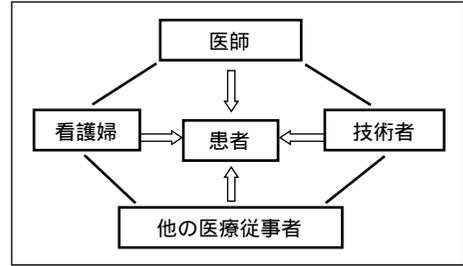


図1 患者さんへの関わり方と人間関係

やって教育するかに頭を悩ましております。

●個人の問題としてのリスクマネジメント

個人についてのリスクマネジメント(表2)として、問題はどこにあるかといえますと、まずそれぞれの医療従事者の意識を高めるためには、私どもが初めの2年間で導入に失敗はしましたが、QC活動は非常に良い方法の1つであろうと思います。

インシデントレポートに記入をしてもらうことも、これは決して懲罰的なことで用いるのではなく、事実を記入してもらい、それが病院全体のシステムを変えていくための大きい材料になるのだということを理解してもらわなければなりません。できるだけ心理的負担を軽くして書いてくださいと、書いてもらうこと自体が、個人に意識づけをしていくことになります。

私どものところでは、ついこの間、第3版の改訂を行いました。2年に1回から3年に1回は「医療事故防止マニュアル」を改訂しようと思っています。リスクマネージャーに位置づけられた人たちに、想定事故リストを挙げて、その予防対策を文章で書いてもらうという作業が、そういう人たちの意識を高めていくことになるので、私どもはあまり立派なマニュアルをつくる気はありません。2,3年でどんどん変え

ていこうと思っております。

これは先ほだちょっと触れたことと重複しますが、医療従事者のマナーですね。それから接遇、患者中心の考え方、確認会話の確立、謙虚な心とか、そういった基本的な姿勢が大事です。そして、これはこの後のCRMにもつながっていくことですけれども、気づき、アウェアネスということは航空業界では非常に強調していますが、これはコミュニケーションの基本です。

コミュニケーションというのは、まず医療従事者と患者さんの間のコミュニケーション、これはできるだけ対等な形でのコミュニケーションが必要ですが、もう1つ、医療従事者間のコミュニケーション、これは医師と看護婦の間、医師と技術者の間、それから看護婦と技術者の間、この間に温度差はありますが、いまだにいくらかの上下関係が残っていると思います。

これをできるだけ並列な人間関係、あるいは水平な人間関係につくり変えていくことが重要です(図1)。ヒューマンファクターの1つとしていわゆるヒューマンエラーがありますが、そのヒューマンエラーというのは、物忘れをしたり、ど忘れをしたり、勘違いをしたりという、そういう人間として避けがたいエラーのことで、ヒューマンエラーがたとえあったとしても、自分のすぐ近くにいる人が注意することと、その注意を受け入れる謙虚な心があれば、大きい事故に結びつかないで済むといわれております。

ですから、医療者間の人間関係が、非常に重

要ではないかと思っています。

●医事紛争の特徴

医事紛争にはいくつかの特徴があります。

これは、医事紛争に関係する法律家がよくおっしゃることですが、医事紛争の50%は経済裁判であるけれども、残りの50%は人格裁判であるといわれております。人格裁判とはどういうことかということ、その医師が憎いから訴えるということなのです。事実、そういうケースが最近増えてきていると思います。

それから、アメリカの統計で報告されていると聞いておりますが、医事紛争の70%は医療過誤がないのに発生しているといわれております。その原因は、医療者と患者さんとのコミュニケーションの不足にあります。

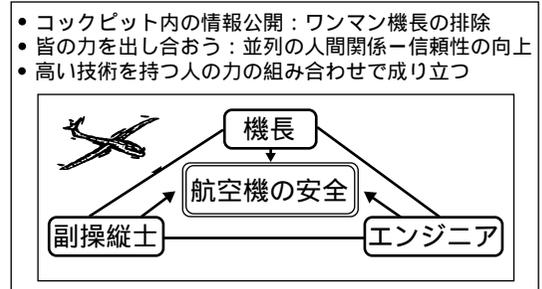
コミュニケーションというと、いかにも言葉の問題のように思われるかもしれませんが、そうではなくて、患者さんは医療者のちょっとした表情とか目つきとかそぶり、そういったなかに不信の芽を抱くようになるといわれています。一旦そういう不信の芽が芽生えてしまうと、次々に行われる医療行為のなかで、その芽はどんどん膨らんで、結局、医療過誤がないのに紛争に発展してしまうのです。

医事紛争については個人の問題という、ぬぐえない問題があります。やはり、その人の素養とか性格、それから当然、技術的な問題、そういうものが事実としてあります。

●航空機のリスクマネジメントに学ぶ

航空機のリスクマネジメントから、われわれ医療界が学べるものがいくつかあると思いますので、それについて触れてみたいと思います。決してこれは私が今やっていることではありません。やりたいと思っていることであります。

私どもの病院は、インシデントレポートを導入しておりますが、航空業界ではCRM コックピット・リソース・マネジメントというのです



図② CRM (Cockpit Resource Management)

が、現在はこれをクルー・リソース・マネジメントと呼んで、もっと広い意味で解釈されております(図②)。

CRM というのは、過去において航空機のコックピットには機長と副操縦士とエンジニアの3人が乗っていたわけですね。今は大部分2人になっていますが、このコックピットの中のあらゆる情報、あらゆる資源、それを最大限に利用しようというのがCRMです。

過去において、機長が絶対的な権力を握っていたために、ほかの人たちがおかしいと気がついても注意できないという人間関係があったそうです。そのために事故につながったことがたくさんあったといわれています。

ですから、このCRMでは、コックピットのなかの人間関係をできるだけ並列な人間関係にすることが、ヒューマンエラーを防ぐために最も大事なことであるといわれております。

では、こういう訓練はどうやってやるのかというと、それがLOFTであります。これは、Line Oriented Flight Training というのですが、航空機ではシミュレーターというのがあります。シミュレーターのなかで、たとえば東京から大阪まで、いろいろな状況を設定して飛行機を飛ばします。3人のクルーが乗って実際飛ばすわけですが、それを全部ビデオで撮影して、フライトの後に、3人のクルーにビデオを見せます。他人が批判するのではなくて、自分で自分の姿を見るわけです。そして、お互いに話し合って、

そこから新しい工夫と改善を見出すという方法がとられています。

これは、医療界にもかなり導入できるのではないかと、私は考えております。

それから、先ほどもちょっとお話した気づき、アウェアネスですね、これはチームワークの基本であり、他人事を他人事としないで、わが事ととらえて、多くのことに常に周囲に関心をもって、そしてよく考えて情報交換することが大事だといわれております。

もう1つ、航空業界では、機長に求められるリーダー像がはっきり描かれております。これは、医師に共通すると思いますので、それを読ませていただきます。

どういうリーダー像かといいますと、誇り高く責任ある行動ができる人、創造的思考に基づいて判断し行動する自律した人、自分を律することができる人、それから学習能力の高い人、何が問題かを自ら見出して、それを自分で解決する道を探せる人だと言っております。これは、私は医師も同じであろうと思います。

結局は、自律した人間ということになります。いろいろな危機あるいはクラッシュという予期せぬ出来事に対しても、自律した人たちが構成された組織は非常に柔軟に対応して、危機を乗り越えることができるといわれております。したがって、航空業界は、自律した人間を育てる教育に最も力を入れていると聞いております。

では、これを医療界に置きかえるとどうなるかということ、患者さんを中心に、患者さんの安全な医療を考えたときに、医師はキュアで、看護婦さんはケアで、技術者は自分の技術を提供する。その他の医療従事者、たとえば事務の方も自分たちの力を提供することで、患者さんの治療が行われています。

ですから、医師も看護婦も技術者もほかの職種の方々もみんな役割を分担しているのだという意識をもって、人間としては水平な、並列な関係をつくるのが、お互いに自由に注意をし

表⑨ 全日空(ANA)のヒューマンファクターズへの実践的アプローチ

現場のエラー防止 7ポイント	
1. 謙虚な気持ちで	セルフモニター
2. 互いの気配り	チームモニター
3. いつもと違うとき、リスク大のとき、高めよ	アウェアネス
4. 十分な情報で	グッドコミュニケーション
5. 安全を先取り	危険予知
6. 基本の理解で	ノーバイオレーション
7. みんなのため、自分のために	改善提案

合える人間関係をつくることのできるのです。それが、いろいろなヒューマンエラーを防ぐ唯一の方法ではないかと思えます。

機長の技術はどのように分解されているかといいますと、まずはフライングスキル、つまり操縦技術、それと同格にエアマンシップが求められています。エアマンシップとはどういうことかといいますと、イギリスのいわゆる貴族社会でできた言葉だと思えますが、いわゆるノーブレス・オブリージに通じることなのですが、トップとかリーダーとしての品性、徳育、責任感、義務感とか、そういったものが操縦技術と同格に必要なのだといわれているのです。

医師についても同じことがいえると思えます。医師でいえば、医師の技術というのは、医療の知識とか医療技術と同じレベルで、ドクターマンシップといっていいような、人間としての品性とか、義務感とか責任感とか求められるのではないのでしょうか。この点が今の日本の医学教育ではやや欠けるところがあるのではないかと思っています。

これをさらに分解いたしますと、状況認識能力とか、感性としての品格とか、協調性とか、いろいろなレベルでの管理能力などに分解されます。

●エラー防止の7つのポイント

全日空が職員に配っているもので、ヒューマンファクターズへの実践的アプローチとして、現場のエラー防止の7つのポイントというものがあります(表④)。これも医療界に応用できるので、ここでお読みいたします。

①謙虚な気持ちでセルフモニター、②お互いの気配りチームモニター、③いつもと違うときリスクの大きいとき高めよアウェアネス、④十分な情報でグッドコミュニケーション、⑤安全を先取り危険予知、⑥基本の理解でノーバイオレーション、⑦みんなのため、自分のために改善提案、ということをしていきます。

最終的には、医療の透明性を高めるということに尽きるのではないかと思います。それは、

記録、説明責任、そして患者中心の医療、さらに情報の公開ということになるのではないかと思います。

私どもの病院では、一旦医事紛争が発生しますと、院長、副院長、看護部長、事務部長、庶務課長が加わった医事相談会で善後策を協議します。

ジェネラルリスクマネージャーを今私が務めさせていただいており、私の下にリスクマネジメント委員会があって、現在は医師のほかに薬剤師、検査技師、事務、リスクマネジメントナースが入って15人ぐらいで構成しております。私どもの病院の経験から「医療事故の防止と対策」について話させていただきました。ご清聴ありがとうございました。