

特別講演



医療事故から学んだ手作りの医療安全：
東京医科大学に医療安全文化を！
Changing our culture to advance patient safety
in Tokyo Medical University !

三 木 保

Tamotsu MIKI

医療安全管理学分野

Department quality and patient safety, Tokyo Medical University

【要旨】 東京医科大学は、「患者中心」の医療、医学を担う一世紀の歴史を有する医学部である。その大学のミッションは安心で安全な最新の医療を提供することにある。特に患者安全は普遍的原則であり、「良質な医療と安全確保の維持、発展」が求められている。そして最終的に我々の安全な医療の最終目標とすべきものは「医療安全文化」の構築である。すなわち「患者への良質で安全な医療の提供にあたり、その重要性にふさわしい注意が必ず最優先で払われるために、組織と個人が統合された医療安全の認識、気質、態度を備えた文化」の構築である。そしてその行動目標は① エラーの要因を職場から摘み取る、② 自らのエラーの確率を最小にする努力を継続する、③ 不安全行動をしない、させない、許さない、④ 不安全行動の要因を職場から摘み取る、⑤ エラー・不安全行動の要因とヒヤリハット経験を報告し、改善することである。技術、知識なき医療は無力であり、安全管理意識のない医療は暴力である。東京医科大学は社会の負託に応えるべく、技術のみならず安全で良質な医療を提供できる医師育成を行い、本学全体に共通の高いレベルの「医療安全文化」を育み維持する必要がある。

はじめに

「東京医大病院 細管誤挿入で脳死状態 50代主婦 胸腔に点滴液たまる」2003年11月11日の産経新聞の社会面のトップ記事(図1)は東京医大病院の全職員を震撼させた。またこれが一連のマスコミの東京医大批判の始まりで、心臓外科の手術の問題から主任教授辞任、特定機能病院指定取り消しへのプロローグになろうとは誰も想像はできなかつ

た。

1952年 Aubaniac¹⁾によって報告されたCVライン(中心静脈静脈路確保)は周知のごとく、今日の日常臨床において必須の医療手段である。また、その簡便さ、有用性により、多くの医師によって頻用される手技となっている。東京医科大学病院のような1,000床程度の大規模病院では、今回の事故以前は年間約3,000件程度のCVライン設置が行われているとされている。

2013年11月2日 第172回東京医科大学医学会総会における特別講演

キーワード：医療安全、医療事故、東京医科大学、医療安全文化 中心静脈ライン

(別冊請求先：〒160-0023 東京都新宿区西新宿6-7-1 東京医科大学 医療安全管理学分野)



図1 平成15年11月11日の産経新聞の社会面のトップ記事

従来、一般に CV ライン設置の手技の習得、施行に当たっては特別なマニュアルやシステムがあったわけではない。おそらく臨床経験 10 年以上の医師においては、研修医時代に上司からいきなり「CV やってみろ！」と言われ、大部屋の病室の片隅で個々のやり方で太い外套針を刺して何とかなっていたのが現状かと思われる。そして少なからず動脈穿刺や軽度の気胸を起こすが、重大有害事象に至ることは滅多にない。誰もがこの手技で死に至る場合があるという認識がほとんど脳裏にないのが実態であり、「たかが CV ライン」という認識であった。ましてや近年においても、各病院では CV ラインの設置件数さえ正確に把握されていないのが現状であると思われる。しかしその合併症は多岐に渡り²⁾、かつ極めてまれであるが重要臓器損傷による死亡例が報告されているのも事実である。東京医科大学病院では、2003～4 年にかけての約半年の短期間に、前述の例を含め 2 例の CV ライン設置に伴うきわめて重篤な致死合併症例を経験した。1 例は完全復帰まで救命し得たが、もう 1 例は大変残念なことであるが、本来の治療とは別の原因で救命できなかった。安全な医療を期待し来院された患者の信頼を大きく裏切る結果となってしまった。当院ではこれに端を発し 2003 年 11 月 1 日 2 回の事故記者会見（人工内耳植え込み術左右取り違い、骨髄穿刺による死亡事故）、2004 年心臓外科手術の複数死亡例などの医療事故、2005 年 8 月に医療法には基づく特定機能病院の指定取り消しとなった。更には他の付属病院における

生体肝移植死亡例事件、大規模診療報酬不正請求問題などにより、その結果、患者数、手術件数、病院収入の減少をもたらすこととなった。さらには私学助成金削減、診療報酬不正請求を行った附属病院では保険医療機関の指定取り消しまでに至ってしまった。卑近な処置である CV ラインの事故から大学病院の経営の悪化、診療体制の維持にも大きなダメージとなったのである。

一つの CV ラインの事故で失ったものは、患者側においてはかけがいのない命、家族の平和、医療側においては、患者からの信頼、医療人の夢と誇り、と計り知れないものであった。CV ラインは、まさに平易な手技のなかに重大な合併症がピットフォールの内に内在する手技であり、「たかが CV ライン、されど CV ライン」なのである。CV ラインの真の安全体制を維持することは病院全体の医療安全の再考に繋がるものと思われた。そしてこの時点から我々の CV ライン事故の再発予防、患者からの信頼回復の為の医療安全の取り組みが始まった。またこのプロジェクトを遂行するにあたり、想定を超えた本学の名ばかりの医療安全体制の脆弱さ、組織のコンプライアンスの低さ、ひいては組織のガバナンスの欠如までもが明らかとなった。本稿では CV ラインセンター設置の経緯と運用について報告し、我々の CV ライン事故から学んだ「医療安全文化」の必要性和目指すべきものを明らかにする。

本邦で初めての CV ラインセンター

東京医科大学病院にとって CV ライン事故の再発防止は急務であった。2004年2月、当時の院長は再発防止策作成のための「安全な CV ラインを検討する会」を発足させた。ただちに医師8名、看護師5名、放射線技師1名の計14名が招集された。しかも2004年3月には厚生労働省医政局長発の東京医科大学病院長宛の厚生労働省医政発第033005号(2004年3月30日)「貴病院の安全管理体制の確保状況について：リスクを十分承知した経験のある医師による中心静脈カテーテル挿入時の事故と鎖骨下静脈穿刺時の動脈誤穿刺事故が続いて発生しており、事故の経験が生かされていない。病院全体として、基本に立ち返り、基本手技および術後の管理について、研修及び実施の徹底を図ること。」の指導を受けた。このように躊躇は全く許されず早期の結果が求められていた。しかしこの会では「何をどうすれば事故は防げるのか？ 医療安全とは何か？」と暗中模索する中、まずは「東京医科大学病院における中心静脈ラインに関わる事故の軽減を目的として、より安全な中心静脈ラインの確保ならびに管理の為の方策を検討する」を行動目標とした。現時点で実行可能で、最も有効性の高いシステムの構築を目指した。作業は第一段階として1) 東京医科大学病院での CV ライン確保・管理の現状の把握、2) 他施設との比較、3) 最近の CV ライン確保・管理についての医学的見解、エビデンスの渉猟とまとめ、4) 当院の CV ラインに関わる事故の検討と問題点の抽出を行った。第二段階として第一段階の結果に基づき、当院における CV ラインの事故の発生の背景について総括し、CV ライン確保・管理のシステムと合併症対応策を含むガイドラインを作製する事とした。まず CV ライン確保・管理の問題点として、1) 病院全体としての医療安全の管理システムと意識の問題、2) CV ライン設置に関する問題点(適応、実施環境、術者並びに介助者、管理システム)が上げられた。CV ライン設置による治療法は確立されたものであるが、あくまでも「侵襲的処置」であり、偶発症もある程度の頻度で存在する。更に稀ではあるが本法による致命的合併症も存在する事を十分念頭においた対応を行うことが、2例の重大事故を経験した我々のなすべき事と考えた。その結果、合併症を防ぐために実現可能な案として、1) CV ライ



図2 本邦で最初の CV ラインセンター (2004年10月25日運用開始)
(現在は本館地下に移動)

ンのセンター化(全科、日勤帯)、2) CV ラインの適応の厳格化、3) 複数医師による実施、4) 施行医の認定制度、5) CV ラインガイドラインの遵守、6) 安全な CV ラインのための啓蒙活動、7) CV ライン管理部会の設置、8) CV ライン研修制度の設置を提言した。特に「院内すべての CV ライン設置は決められた一カ所(CV ラインセンター)で施行する事」、「CV ライン認定医の設定と実施には必ず認定医を含む2名で施行する事」が強調される点であった。「たかが CV ライン設置にここまでする必要があるのか」と委員の意見は分かれた。しかし病院のおかれている状況は「再発は許されない」、「再発防止に何をした」かが問われていた。真摯な議論の果て、最終的にこの2つの柱を骨子とする最終答申案が全員一致でまとめられ、本会発足半年後の2004年8月に病院長に提出された。答申案は直ちに理事会に報告され、原案通りに採択された。2004年10月25日に CV ライン管理部会が発足し、CV ラインセンターの開設(図2)と CV ライン設置ガイドライン³⁾の運用が開始された。

新しい CV ライン設置の運用ガイドラインの主な骨子は次の5点である。

- 1) 全科の緊急以外の CV ライン設置は CV ラインセンターで行う。
- 2) CV カテーテル挿入に際しては、2名以上の医師がこれを行い、この際、1名以上の CV ライン認定医が術者または介助者として立ち会う。
- 3) 手技は「安全な CV ライン挿入のガイドライ

ン」に準拠する。

特に本ガイドラインでは2つの重大事故を鑑み、以下の細則を遵守する。

- (1) CVライン挿入にあたっては透視下、あるいはエコー下で行う。
- (2) 術直後と4~8時間後にXPの撮影を2回行い、カテーテルの位置が適正であることを確認する。
- (3) 穿刺の回数を制限する。
- 4) すべての事例の実施記録表の作成を義務づけ、安全維持のために feed back を行う。
- 5) 定期的 CVラインに関する研修会の開催し、CVライン挿入の安全管理の意識の向上、維持に努める。更に2年後 CVライン研修制度の制定する。

以上の様な世界的にみても類にない CVライン専用センターを開設し、安全を最優先にした認定医制度などのガイドラインを運用することになった。

本システム運用後の結果として CVライン設置に伴う合併症の発生率は4.8%になった。これらの内容は動脈穿刺がほぼ2/3であり、国公立医療安全協議会の「影響度分類」におけるレベル3b未満の全て一過性の有害事象であった。濃厚な処置や治療を要したレベル3bは4例(0.05%)のみであった。永続的な障害を残すレベル4~5の症例はなかった。またこのシステムが運用される以前の「安全な CVラインを検討する会」が調査した当院での合併症の発生率は2004年4月の1ヶ月では9.1%(14例/154例)であった。この時期は大きな CVライン事故の直後であり、症例の適応も厳選され経験豊富な術者による CVライン設置という背景での数値である。この4.8%は明らかに当院での CVライン設置の安全性が高まった事を示す数字である。代表的な報告例⁴⁾⁵⁾では、CVラインの合併症は約10~20%程度

と考えられている(表1)。この点からも本システムの多数例、多施行医下での合併症率4.8%は極めて良好な成績と言える。また本システムの術中から術後1週間にわたる周術期の事故防止策と厳重な管理により、この合併症の更なる頻度低下と重篤化が防止できたと考えられる。最近では医師の間において完全装備された CVラインセンターでの施行の安心感は絶大なものになっている。これらのことは当初の目的の「患者に安全な CVライン設置」への確かな第1歩になっているものと考えている。患者を平易な医行為である CVラインで失った危機感がなければここまでの意識改革ができなかったかもしれない。しかし我々はこのプロジェクトを通じて自ら立ち上がり、東京医大の安全な医療に向けての確実な一歩を踏み出す事ができたのは確かである。そして東京医科大学病院でのこの CVラインセンターの設立のコンセプトが我々の医療安全の原点となったと言っても過言ではない⁶⁾。

CVラインの医療事故から学んだ医療安全文化

医療事故元年と言われた1999年、米国医学研究所の医療の質に関する全米プロジェクト委員会より「To error is human」⁷⁾が公表された。「人は誰でも間違える」事を前提に、間違っても(事故を起しても)障害に至らないようにするにはどうすれば良いかを提言した。また重要なことは、個人を攻撃して起こってしまった誤りをとやかく言うのではなく、安全を確保できる方向にシステムを設計し直し、将来のエラーを減らす事に専念することを求めている。CVライン設置の合併症はどんな安全管理体制を整えても決して0にはならない。しかし東京医科大学病院に課せられた使命はまずは再発防止、合併症を可能な限り0に近づけることであった。そのためには全病的に考え得る全ての実現可能な対応策を構築す

表1 穿刺部位別 CVライン穿刺合併症の頻度

	鎖骨下静脈穿刺	内頸静脈穿刺	大腿静脈穿刺	
東京医大* (2007.4-2011.3)	5.5%	3.0%	6.3%	全体: 4.8%
NEJM (343: 2003) ²⁾	6.2~10.7%	6.3~11.8%	12.8~19.4%	
JAMA (206: 2001) ¹⁰⁾	18.8%	-	17.3%	

* 全てレベル3b以下の一過性の有害事象例
永続的な障害を残すレベル4~5の症例はなかった

ることが必要であった。しかしそれでも十分ではなく、又より0に近づくために、我々のプロジェクトで最後に行き着いた目標は「医療安全文化」であった。すなわち、「患者への良質で安全な医療の提供にあたり、組織と個人が、統合された医療安全の認識、気質、態度を備えた文化」である。「医療安全文化」の構築・発展・維持こそが、失われた信頼回復に不可欠と確信した。

安全文化 (safety culture) は、1986年のチェルノブイリ原子力発電所の原子炉爆発事件を受けて、国際原子力機関 International Atomic Energy Agency (IAEA) の国際原子力安全諮問グループ (INSAG: the International Nuclear Safety Advisory Group) が、事故後検討会議の概要報告書 (INSAG-1、1986年)

において「チェルノブイリ事故の根本原因は、いわゆる人的要因にあり、『安全文化』の欠如にあった」と記述し初めて明示された。事故は緊急炉心冷却装置を作動させる為の電力を、発電タービンの慣性回転を利用して供給できるかという実験で発生した。実験は発電所の責任者の許可なく、原子炉特性に不案内な電気技術者が命令し、命令を受けた運転員が、炉が不安定であることを承知で行った。これに対してIAEAは事故原因は個人、ハード、体制、国の安全に対する姿勢、態度、風土の全てに起因すると検証した。この複雑多岐にわたる要因に対して、「原子力発電所の安全の問題には、その重要性にふさわしい注意が最優先で払われなければならない。安全文化とは、そうした組織や個人の特性と姿勢の総体である」という安全文化が、事故の再発予防に不可欠とした。その行動目標は① エラーの要因を職場から摘み取る、② 自らのエラーの確率を最小にする努力を継続する、③ 不安全行動をしない、させない、許さない、④ 不安全行動の要因を職場から摘み取る、⑤ エラー・不安全行動の要因とヒヤリハット経験を報告し、改善することである。これを医療の現場に当てはめたのが医療安全文化 (図3) である。すなわち医療安全文化は「患者への良質で安全な医療の提供にあたり、その重要性にふさわしい注意が最優先で払われなければならない。医療安全文化とは、そうした組織や個人の特性と姿勢の総体である」である。振り返れば、我々が行ってきたCVラインセンターのプロジェクトはその作業はPDCAサイ

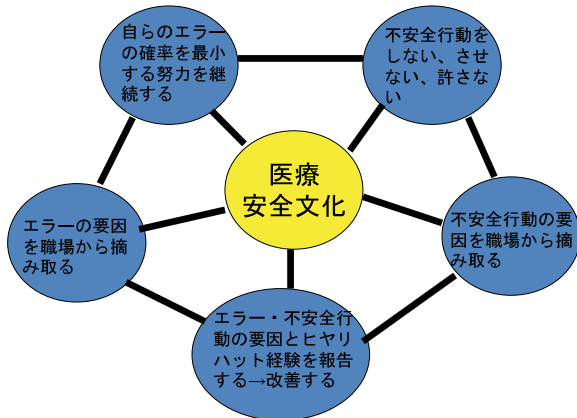


図3 医療安全文化 Medical Safety Culture (芳賀 繁:「ヒューマンエラーと医療事故」より改変)

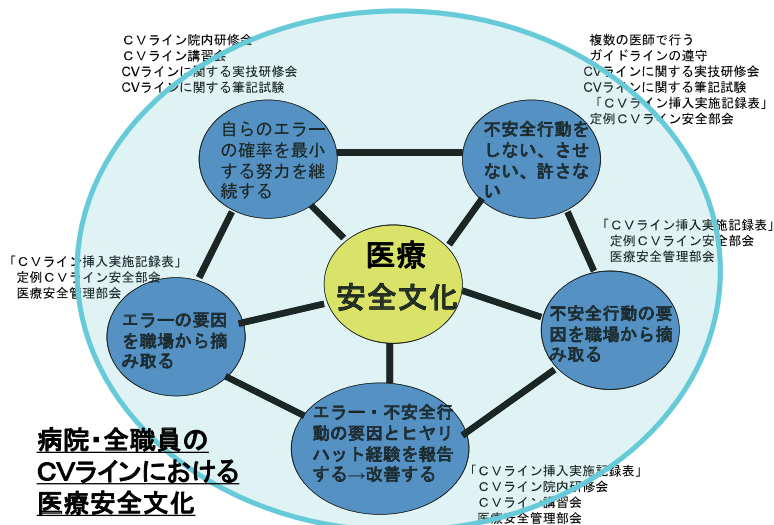


図4 CVラインにおける医療安全文化 Medical Safety Culture

クル (plan-do-check-act cycle) を回し医療安全文化構築であった。すなわち全ての行動目標に個々に対応した施策がなされた。これにより病院・全職員における CV ラインにおける医療安全文化が成就した (図4)⁸⁾。

東京医科大学の全学に医療安全文化を！

2011年3月29日、学校法人東京医科大学は、本学に内在する重要な諸問題に対する徹底的な調査とその改革に向けた提言を得るために設置した「東京医科大学第三者委員会」から、本学の組織体制等の抜本的改革を求めた「学校法人東京医科大学再生委員会報告書⁹⁾」を受けた。ここで内在する重要な諸問題とは、大学組織としてのガバナンスの問題、教育、研究、診療体制の問題、そして患者中心の医療についてであった。東京医科大学のミッションは建学の精神に則り「社会の負託に応える良質な医師・看護師を育成し、医学の進歩への寄与に努め、安心して安全な最新の医療を提供する」ことを目標としてきた。しかし、前述してきた様々な本学の医療事故は、決して一過性、偶発的のものではなく長きに渡る構造的な問題であることが、今回の再生委員会報告書で明確に示された。本学は2016年に創立100周年を迎え、新世紀に向け、もはや一刻の猶予も許されることなく根本的な再生をしなければならない。東京医科大学の全てのスタッフが同じ目標に向かって、社会から信頼回復のための努力が必要である。

上記を踏まえて、東京医科大学が今後なすべき、安心して安全な最新の医療を提供するためのキーワードは「医療安全文化」、「自律性 autonomy」、「周知徹底」、「東京医大付属3病院」である。

1. 東京医科大学の全学において、「医療安全文化」を構築する。

「医療安全文化」の認知、必要性は前述した如く、今日言うまでもない。内科学のバイブル的教科書のハリソン内科学 (第4版2013) の「医療安全」の章にも、より良い医療を実現するための安全対策として、米国 National Quality Forum (NQF) が策定した医療の質を改善するための推奨30項目をとり上げている。その第1項が取りも直さず「医療現場に安全文化を構築する」である。また近年臨床系の学会でもその医療の基本に「医療安全」を再考し、その必要性を強調している。2013年5月ニューオリ

ンズで開催された第81回 American Association of Neurological Surgeons annual Scientific Meeting のメインテーマが“Changing Our Culture To Advance Patient Safety”であったことはまさしくその現れである。

では「医療安全文化」はまず「どう認知、体得されるべきか？」であるが、文化となるまでには如何にその医療安全について情報伝達や基本的教育がなされるかが問題となる。これの法的根拠としては2002年8月30日付け発布の医療法施行規則の一部を改正する省令 (第111号) がある。その条項をみると

第11条：病院又は患者を入院させるための施設を有する診療所の管理者は、安全管理のための体制を確保しなければならない。

第3項：医療に係る安全管理のための職員研修を実施する。

また医政局長通知として、「年2回程度定期的で開催するほか 必要に応じて開催」がある。しかし基本となる真の医療安全教育は容易ではなく多くの問題点が内在している。現時点で医療安全体制のための教育が、1) 誰に (対象)、2) 何を (内容)、3) どのように (方法) 教えるのか未だ十分に体系化されていないのが状況であった。2011年に世界保健機構 (World Health Organization) より発行された WHO Patient Safety Curriculum Guide : Multi-professional Edition 2011 (WHO 患者安全教育カリキュラムガイド多職種版2011¹⁰⁾) (以下位 WHO ガイド) ではこれらについて指針を示している。

1) 「誰に教えるか」すなわち教育の対象であるが、医療機関はその特性として専門的多職種の集合体 (医療職+非医療職) である。その構成要素は常勤/非常勤/外部委託、フルタイム/パートタイム、各職種における経験年数/当該医療機関での経験年数と更に多岐にわたるのが特徴である。WHO ガイドではオーストラリア患者安全教育構想 (APSEF ; Australian Patient Safety Education Framework) のコア・コンピテンシーリストにも基づき、これらの教育を受ける対象者を医療従事者が担う責任の程度で4段階に分類に分類している。

- ・レベル1 (基礎) : あらゆる医療従事者が身に付けるべき知識、技能、行動・態度
医療専門職ではない事務職員、外部委託の清掃職員なども含む
- ・レベル2 : 臨床現場で監督下に直接患者に医療行

為を行う医療従事者とある程度の責任を担う非医療職で研修医、新人看護師、医事課係長など

- ・レベル3：臨床上の重責を担う医療職と、経営や管理責任を担う医療従事者、業務指導を行うことのできる専門医や看護師長、医事課の課長など
- ・レベル4（組織）：組織全体に責任をもつ管理者、病院長などトップリーダー

今日に至る経緯からして、東京医科大学において求められているレベルは、大学・3附属病院の全職員（レベル1～4）を対象とした対応をすべきである。

2) 「何を教えるか（教育内容）」。教育内容は21世紀の医療に必要な「知識・技術・態度」を、全ての職種に卒前教育の段階から行う。その概略を下記に示す。

- ・患者をパートナーとして認める
- ・「医療の経験」は改善されるべきことを認識する
- ・改善を牽引する公正な文化の下で、データ収集・エラー分析・フィードバックの重要性を理解する
- ・職業人として、責任を取り説明責任を果たすことを理解する
- ・リーダーシップ・紛争解決・複雑な環境下のチーム協働を育成する
- ・倫理・正直さ・隠さないこと・共感が、すべての診療現場での希望と信頼の基礎となることを理解するが挙げられている。

すなわち、ここでは患者をパートナーとして位置づけた「医療安全文化」そのものが示されている。

3) 「どのように教えるか」。教育方法については下記の施策で行う。

- ・職員全員が、職場で患者安全のための業務に様々な形で関わらせる。
- ・「患者安全」をあらゆる医療従事者育成カリキュラムで扱うべきテーマとして推進する
- ・包括的なカリキュラムを提供し、患者安全の教育をサポートし、それらの従来の教育課程への組み込みを推進する
- ・医療安全の指導者が、患者安全を教える能力を更に開発する
- ・患者安全教育のための安全で支援的な学習環境を整備する
- ・学内、全職場のあらゆる医療従事者教育プログラムに患者安全教育を導入し強化継続する

また、世界保健機関2009の医学生のための患者安全カリキュラム指針」にもあるように、特に医学部

学生教育における医療安全文化の卒前教育の重要性を指摘している。すなわち21世紀の医療に必要な知識・技術・態度として、患者安全こそ基本とすべき概念であると提唱し、患者をパートナーとして認め、医療の経験は改善されるべきことを認識し公正な文化のもとでデータ収集とエラー分析を行い、職業人として説明責任を果たし、複雑な環境下のチーム医療に関与してリーダーシップ発揮し、正直さと共感によって診療現場における信頼の礎を築くことを示している。本学においても診療参加型臨床実習の中で、「医療の光と影」の影の部分の early exposure を行い、医療安全文化の導入を図るべきである。

2. 全職員は医療人としてのプロフェッショナルリズム、特に「自律性 autonomy」を堅持する。

近年の医療を取り巻く環境は厳しいものがある。特に隠蔽する病院・傲慢な医者・不親切な看護師などとマスコミなどからのレッテルを払拭するためには、医療者の自律性（autonomy）を示さなければならない。地道で正しい活動の積み上げ以外に方法ないことは明らかである。医療者の医療安全の自律性の維持として、具体的には診療録記載・（チーム）カンファレンス記録記載、報告制度、患者有害事象の検討と説明責任を地道に継続的实践することである。換言すれば東大 飯塚悦功教授による「品質管理のABC」すなわち「(A) 当たり前の事を、(B) 馬鹿にしないで (C) ちゃんとやる」の大原則が、プロフェッショナルとしての信頼の源であることを示している。医療過誤の背景要因は山の裾野を成す医療制度の問題から始まり山の頂上にあたる人間の本质がある（図5）。医療制度の問題から個人の問題については医療システムの整備で予防可能となってきた。しかし医療事故は決して0にはならな

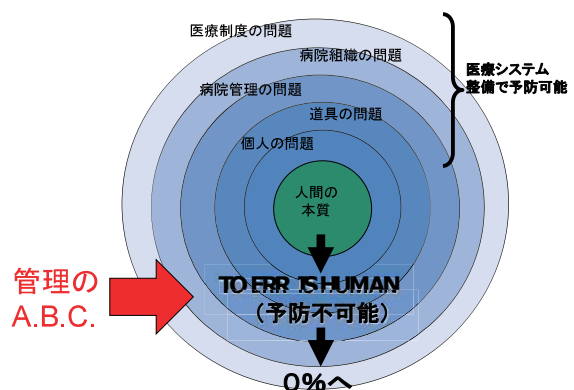


図5 医療過誤の背景要因と対策

いが、この「To err is human」の人間の本质に対応できるのは、プロフェッショナルとしての品質管理のABCの継続実践でしかない。

3. 大学病院における円滑な情報伝達、特に所謂「周知徹底」のための体制を構築する。

医療安全体制、医療安全文化の要は、迅速、確実、適正に情報伝達することにある。逆に医療事故の防止、再発予防は、この「周知徹底」が成されていないことに起因する場合が少なくない。しかし大学病院における円滑な情報伝達、特に所謂「周知徹底」は決して容易ではなく、どこの病院でも大きな課題となっている。東京医科大学病院でも平成24年、25年の関東信越厚生局の医療法第25条第3項の規定に基づく立ち入り検査の結果でも「医療安全のための重要情報の周知徹底」の指導を受けた。現実当院では、医療安全に関する最高位機関である医療安全管理会議からの通達事項を、月一回の診療科長・部長会議、臨床教授会、合同診療会議、医局長会議、師長会議、医療安全者会議、更には重要事項には年二回の職員全員参加の院内研修会（同じ内容で連日5日間開催）にて周知を図っている。しかしこれら全てにおいて周知した（したつもり）の事項が、後日に周知されていない事実をしばしば散見するのである。これらの対策として東京医科大学病院の医療安全組織図の変更を行わない（図6）、平成26年1月より実施している。如何に大型病院で実効性ある周知徹底を行うか？従前は特に情報発信のみに重点を置いていた。しかし前述の各会議での周知に留まっておりその下部組織の職場安全会議、並びに其の構成員へ周知が不十分であった。これを解決すべ

く、職場安全会議を情報伝達の最後の砦、医療安全意識のボトムアップの基地と位置付けた。そして不明確であった職場安全会議の部署別振り分け、職場安全会議正副責任者、その構成員の明確化を行った。東京医科大学病院の医療安全を担う全職員2,464名（2014年1月1日現在）、75部署の職場安全会議、その正副責任者が確定された。これにより職場安全会議が活性化され情報伝達の確実性が向上し、並びにそのフィードバックも行われつつある。

又、周知徹底の客観的評価として、今後院内巡視と抜き打ちのアンケートによる周知度評価を行う予定である。

4. 「東京医科大学付属3病院」の医療安全体制の充実活性化を図る

東京医科大学付属病院として東京医科大学病院、茨城医療センター、八王子医療センターがある。これらは全てその冠に東京医科大学の名・ロゴを配する事は言うまでもない。東京医科大学の社会に対する責任は「人間愛と奉仕の精神に基づいて良質で安全な医療を実践」である。したがってこれら3付属病院には共通の高いレベルの医療安全体制、文化が求められている。どの病院の医療事故でもそれは東京医科大学付属病院として評価される。したがって成すべきことは3付属病院の連携の充実拡大である。我々、医療安全管理学講座の役割を考える際、本学の組織図において医療安全管理学講座は医学部医学科に属し付属3病院安全管理体制部門は乖離している状態である。一方、東京医大病院安全管理室の職務内容は、その運営規則に「各部門における医療安全対策の実施状況の評価」、「患者や家族への説明など、事故発生時の対応状況の確認と必要な指導」、「医療安全に係る教育研修の実施」などであり、安全管理室はまさに我々の医療安全管理学の実践の場と捉えることができる。したがって医療安全管理学講座は、「東京医科大学付属3病院」の医療安全体制の充実活性化を図る上で、大学病院安全管理室を医療安全の実務の中核の場とし、茨城・八王子センターの安全管理室と3病院安全管理室連絡会議、院内ラウンド等の随時開催などを行い、密接に連携をとることが必要と考えている。東京医科大学附属病院が追求するものには3つの要素、すなわち経済（収益）性、治療成績、安全性がある。豪華客船でいえばそれぞれが、船長（院長）のいるコックピット、シェフ（診療科長）のいるメインダイニング

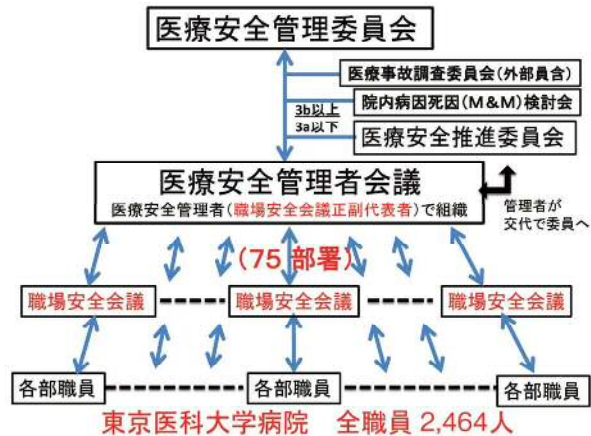


図6 周知徹底を目的とした東京医科大学病院の新しい医療安全組織図(2014.1.1現在)

ルーム、そして船底のスタッフが当たるであろう。自明であるが、医療安全には、その重要性にふさわしい注意が最優先で払われなければならない。安全性がお座なりされ経済（収益）性、治療成績が優先されれば、豪華客船は転覆、大病院は患者の命と信用を失くす。我々、東京医科大学附属病院は10年前に経験した過ちを決して忘れてはならない。医療安全管理学講座並びに附属3病院安全管理室が中心となり東京医科大学の医療安全文化を育み維持していかなければならない。

終わりに

2016年に東京医科大学は創立100周年を迎える。そして新病院も新都心にその姿をあらわにする。大海原に浮かぶ豪華客船のクルーのように、我々は訪れる患者さんが満足される医療を提供しなければならない。その根本は安心安全な医療であり、安全がなければ豪華客船は座礁し決して良質で高度な医療の提供はできない。今までの100年において母校の社会に対するミッションは「人間愛と奉仕の精神に基づいて良質な医療を実践します」である。そして来たるべき100年においても患者安全が普遍的原則であることには変わらない。我々はこのミッションの達成に向け更なる確実な歩みを続けなければならない。

最後に

「技術知識なき医療は無力である。安全管理意識のない医療は暴力である」

文 献

- 1) Aubaniac R: Subclavian intravenous injection; advantages and technic. *Presse Med* **60**:1456, 1952
- 2) Rosen M, Latto P, Shang W: Handbook of percutaneous central venous catheterization. 2nd ed. 112, W.B. Saunders (London) 1992
- 3) 東京医科大学病院安全管理室: CVライン管理部会: 中心静脈ライン挿入に関する院内ガイドライン (CVラインセンター運用及びCVライン挿入マニュアル)。Version 1. 2004
- 4) McGee DC, Gould MK: Preventing Complications of Central Venous Catheterization. *N Engl J Med* **348**: 1123-1133, 2003
- 5) Merrer J, De Jonghe B, Golliot F: Complications of femoral and subclavian venous catheterization in critically ill patients: a randomized controlled trial. *JAMA* **286**: 700-707, 2001
- 6) 三木 保: “たかがCVライン、されどCVライン” CVラインの医療事故から学んだ医療安全。麻酔 **60** 増刊: 25-36, 2011
- 7) L. コーン、J. コリガン、M. ドネルド編 (医学ジャーナルリスト協会訳): TO ERR IS HUMAN; 人は誰でも間違える; より安全な医療システムを目指して。医学評論社、2000
- 8) 三木 保: 安全な中心静脈、カテーテルのための医療安全体制の構築。日本病院総合診療医学会雑誌 **3**: 33-41, 2012
- 9) 学校法人東京医科大学再生委員会: 学校法人東京医科大学再生委員会報告書、再生プロジェクト報告。学校法人東京医科大学 (編)、1-6, 2011
- 10) WHO; WHO患者安全教育カリキュラムガイド多職種版 2011、大滝順司、相馬孝博 (監訳) 東京医科大学医学教育学・医療安全管理学、2012