

医師の目



私は臨床医として白血病などの治療に従事した後、フランスの高等保健機関(HAS)の理事長を務め、医療の質と安全性の向上に尽力してきた。こうした経歴を踏まえ、2013年にフランスで出版した本が今春、「なぜエラーが医療事故を減らすのか」という邦題で翻訳、出版された。「エラー」をキーワードにして、医療事故を減らすためのヒントを紹介したい。

フランス高等保健機関前理事長 ローラン・ドゴース氏 ①

因でじくなっていると推計されている。交通事故よりもはるかに多い。日本を含めた先進国において医療の恩恵を受けない人はいないだけに、こうした現状は他人事ではないだろう。

だが医療事故を減らそうとする試みは、思ったほどの成果をあげていない。例えば、医療機関は安全に関する専門家を雇ってマニュアルなどを作成し、医療従事者を指導しているが、ここ10年来、医療事故の発生率に変化は見られない。「意図しないエラー」は毎日生じているからだ。

そもそもエラーとは何か。語源は「あちこちに行く」「さまよう」を意味するラテン語の動詞の「errare」である。日本語では「フォルト」と同じように「誤り」「失敗」などと訳されるようだが、フォルトの語源はラテン語の動詞の不定法「fallere」であり、「背く」を意味する。定められた決まりや認知されて

医療の安全にエラー生かす

いる規則に反することで、エラーとは意味は異なる。医療は様々な要素によって成り立っている。こうしたシステムは意図しないエラーを内包している。これを、決まりや規則に反するフォルトと混同してはならない。フランスでは02年に施行した法律を通じて「医療の不確実性」という概念が社会で理解され、偶然による意図しないエラーと、裁判で責任を追及されるフォルトを切り分けて考えるようになった。

エラーと無縁な医療従事者は存在しない。だからこそ、エラーを生かして安全性を高めていくべきだ。

ローラン・ドゴース 1945年パリ生まれ。血液学の分野で臨床医と研究者として業績を上げ、フランスの医薬品医療機器安全機構などの責任者を歴任。現在はパストール研究所評議会副議長や欧州連合(EU)などの医学・科学パネルのメンバーを務める。

医師の目



医療現場では、医師は7200種類の医療行為、5千種類の医薬品、5万種類の利用可能な機器の中から、それぞれ1つを選び出す。専門医は検査などを指示し、看護師、理学療法士、歯科医師などの協力を求める。数百の疾患が存在し、1人の患者が同時に複数の病気を患っている場合もある。こうした選択の組み合わせは無数になる。医療は複合システムの代表例といえる。

一連の作業が25段階ある場合、各段階での意図しないエラーが起る確率が5%

フランス高等保健機関前理事長 ローラン・ドゴース氏 ②

%とすると、作業全体では4分の3の確率でエラーが発生する計算になる。1回の医療行為で重大な有害事象が起る確率は推定1/0.1%と低いが、複数の医療行為が行われる入院患者の場合、全体では確率は7%近くとなり、そのうちの1%は生死に関わる重大なアクシデントとなる。

一方、私たちの周りにはプログラム可能で、きちんと調整された仕組みがたくさんある。例えば、自動車の産業の生産現場は当事者全員が自分たちの仕事を完全に把握しており、全員の行動は予測可能だ。こうしたシステムは複雑だが、管理できるものである。

医療従事者が有害事象の再発防止を怠ってはならないのは当然である。だが医療が「意図しないエラー」を内包する複合システムであるだけに、複雑ではあるが予測可能なシステムとは異なり、確実なシステムではないことを前提とする必要がある。

医療、確実でないのが前提

医療におけるエラーは患者を危機に陥れるアクシデントを引き起こす。だがエラーは医療システムの弱点に関する情報をもたらす契機であり、システムを修復するためには必要不可欠だともいえる。

「あちこちに行く」「さまよう」が語源のエラーは進化の原動力にもなる。同じ複合システムである生物では、遺伝子を複製する際にエラーがなければ進化はなく、人類は誕生しなかっただろう。

ノーベル生理学・医学賞などを受賞した研究を振り返ると、思わぬ出来事、つまりエラーの中の発見を認識し、分析した功績によるものであることが分かる。生物や医療の世界など複合システムの進化の本質に宿るのがエラーだ。非難すべきものではなく、受け入れなくてはならないものだ。医療事故を減らすためには同じ考えが必要だ。

医師の目



うっかりとした行為は事故につながる。大惨事になった場合、調査チームは原因を「人的要因」だと指摘し、一つの結果には一つの原因があるかのように因果関係を見つけて出そうとする。だが医療のように様々な要因で成り立ち、意図しないエラーを内包する「複合システム」の場合は注意が必要がある。

フランス高等保健機関前理事長 ローラン・ドゴース氏 ③

勾留した。メディアが大騒ぎし、誰もがこの看護師に罪があるとコメントした。だが事故から1週間後、病院を運営していたパリ公立病院協会の責任者らが勇敢にも「責任は看護師ではなく、システムにある」と明言したことで、本格的な事故調査につながった。調査では様々な要因が分析された。なぜ成人向けの薬品がそこにあったのか。薬品誰が持ち込んだのか。薬品のラベルには特別な表示がしてあったのか。室内の照明はラベルの文字が判読できるくらい十分に明るかったのか。他の薬瓶と外見が似ていたのではないのか。看護師は過労状態ではなかったか……。通常であれば何の影響も及ぼさない小さな原因が積み重なり、惨事が起きたことが判明した。それまで組織の責任者は、その場にいた人物に罪をなすりつけ、賠償と制裁を要求する被害者が「犯人」をつるし上げるのを容認し

犯人追及に陥らぬ調査を

てきたのではないだろう。悲嘆に暮れ、同じ行為を繰り返す気など全くない看護師を追及するのは正しいことだろうか。複合システムの安全性を高めるためには看護師が自己保身という殻に閉じこもらないようにして、原因究明に参加してもらうべきなのだ。一つ一つの欠陥は小さいなものにしか見えな。この看護師はこうした多数ある欠陥を明るみに出したにすぎない。再発防止のための最も明快な手段は、犯人が新たに害を及ぼすことができないようにすることだ。悪意ある過ちの場合は歴然たる犯人が存在する。だが医療システムの場、犯人は機能不全が錯綜（さくそう）したシステムそのものかもしれない。日本でも10月から原因究明と再発防止のために医療事故調査制度が始まったと聞く。スケープゴート捜しに陥らない調査が大切だ。

医師の目



アクシデントの発生率が民間航空機と同様に1000万件に1回の輸血は、患者にとつて最も安全な医療行為になった。かつては危険を伴ったが、多くのアクシデントを調査した結果、様々な血液型が存在が分かり、患者にとつて最適な輸血が可能になったためだ。1999年に米医学研究所が発表した報告書「人は誰でも間違える」はエラーによる罪の意識を取り除く契機になった。我々はしばしば行きつ戻りつしながらではあるが、一歩ずつエラーによって安全性を向上させ

フランス高等保健機関前理事長 ローラン・ドゴース氏 ④

ている。だが「意図しないエラー」を内包する医療のような複合システムでは「規則とプロトコル（手順）重視の思考パターン」だけでアクシデントは防げない。エラーは想定外のアクシデントを引き起こす。一つとして同じ状況はない。「想定外」の状況こそよく起きる。そのためエラーの再発防止から、さらに進んでエラーによる壊滅的な打撃を被らないための方策も考える必要がある。米国で100以上の医療機関を対象に一般的な外科手術後の患者の死亡率について調査したところ、最も高い病院群と、最も低い病院群では2倍の開きがあった。だが2つの病院群の間では手順に関する違いは確認できず、合併症の頻度も同じだった。違いは合併症への対処法だった。つまり想定外の出来事への対応が異なっていた。緊急時には事前に定めら

「人」と「チーム精神」が要

れた任務を盾として身を隠すことはできない。チームの一人ひとりが自分の地位や持ち場にかかわらず、主体的に打開策を迅速に模索しなければならぬ。こうした状況変化に適応する姿勢は「レジリエンス」と呼ばれ、米軍や米航空宇宙局（NASA）なども重視している。失敗例だけでなく、成功例について考えることも重要だ。ほとんどの規制当局はアクシデントにばかり目を向け、成功例を考慮していない。我々は、現場の機転により回避したような事例からも学ぶべきだ。事前に規定された規則の順守よりも現場における予測能力のほうが重要な場合もある。医療という複合システムの特徴だ。想定外の窮地から脱するのは人間にしかできない。医療をより安全にするためのレジリエンスの要は「人」と「チーム精神」なのである。（この項おわり）