

ここ数年、病院経営のコンセプトが大きく変化してきています。短期的な収益性よりむしろ医療の質の確保こそが、長期的には経営を左右するという考え方です。医療の質のベースには「患者安全」があります。今回は、個々の病院が医療の質や安全の改善を経営上の課題にする場合、どのような仕組みを作れば機能するのか、医療安全管理分野の第一人者である東邦大学医学部社会医学講座教授 長谷川友紀氏にお伺いしました。

# 医療安全管理は医療の質を高めることと切り

東邦大学医学部社会医学講座 (医療政策・経営科学分野) 教授 **長谷川 友紀氏**

## 医療の「当たり前品質」の中で求められる安全

我が国の医療界の安全への取り組みにとって、1999年に起きた「患者取り違え事故」は象徴的な出来事になっていますが、世界的にみても、90年代に米国ハーバード大学ダナハーバー癌研究所の抗がん剤投与ミスや、英国のブリストル王立小児病院における一連の死亡事故などが起こっており、そこから医療安全への見方が変化してきたというのが私の認識です。その背景には、医療技術の成熟や患者意識の変化があります。患者さんは医療の質に目を向け始め、医療安全を医療の質と密接な関係があると考えようになったのです。もっと具体的にいえば、多くの人が「医療はうまくいって当たり前 (医療の当たり前品質)」と考えるようになり、医療に求める水準が高くなっている中で医療安全を考えていく必要があるということです。ただ、社会や患者意識が変わったのに、医療のシステムがまだそれに十分対応できていないというのが、我が国の医療安全の現状だと思っています。

## 医療安全管理と医療の質は密接に関係

医療事故のうち、過誤 (Error) により生じるものを医療過誤 (Medical Error) といいます (表1)。そして医療過誤は、計画された医療行為が正しく執行されないものと、計画そのものが誤りであったものとに分けられます。

医療過誤は医療事故の一部で、これは回避が可能です。例えば、医師が患者Aに薬剤BをC量投与すべきところ、間違えて薬剤B'を投与してしまった、というようなケースは、バーコードによる認証の仕組みを導入することなど

により、この10年でかなり回避できるようになりました。このようなエラーによる事故の割合が減ってくると、そもそもその治療は正しかったのか、という問題が出てきます。治療の適切性の問題であり、それは医療の質そのものの話です。

## システムで安全を作るという発想が必要

医療の質と安全を病院マネジメントで考えていくと、システムアプローチが基本となります。ミスは必ず起こりますし、間違えたときに個人の責任を追及して解決を図ろうとしても病院の安全度は高くなりません。必要なことは、システムとして間違いにくい環境づくりです。そうすれば間違いは減りますし、患者さんの安全も守れる。さらに医療現場で働く職員も安心だということになります。

しかし、医療の質や安全には評価が難しいという側面があります。私も病院で質や安全の改善を経営上の課題にする場合に、どのような仕組みを作ればよいのかとよく聞かれます。医療の質を測る場合、最も優れ

表1 医療事故に関連する用語の整理

	医療事故 (Adverse Event)		ヒヤリ・ハット事例 (Close Call, Near Miss)
	医療過誤 (Medical Error)	その他の医療事故	
健康障害	あり	あり	なし
過誤	あり	なし	あり・なしの双方があり得る
回避可能性	可能	不可能	可能
過失	あり・なしの双方があり得る	なし	あり・なしの双方があり得る

(長谷川友紀. 保健医療科 2002; 51: 127-130)

## はせがわ・ともり

1985年東京大学医学部卒業。87年帝京大学助手、その後同講師を経て、98年東邦大学医学部講師。2005年より現職。専門は、医療政策、医療経済、医療安全、医療サービスの評価等。日本医療マネジメント学会理事・編集委員長、日本移植学会理事・倫理委員長、(財)日本医療機能評価機構理事、(社)全日本病院協会総研主任研究員、NPO 法人医療と法律研究協会理事、厚生労働省「審査支払機関の在り方に関する検討会」委員などを務める。



# 離せない

た質の病院と自らの病院を比較するのがよい方法です。多くの医療機関でヒヤリ・ハット情報が集計されるようになっていますが、この情報は自院の安全の改善に使うこともできます。日本医療機能評価機構にはヒヤリ・ハットで年間約20万件、医療事故で約1,600件ものデータが収集されています。こういった外部の情報を自院の安全管理委員会などで使ってみることも有効でしょう。

## 院内の安全委員会を使って「安全の目利き」を育てる

2008年から、専従の安全管理者を置くことによって診療報酬が算定できるようになりました。しかし、専従を要件にするなど、その付け方には多少合理性を欠く点があると思っています(2010年からは専任でも可となりました)。

現在、多くの病院ではこの安全管理者の下で「医療安全委員会」などの院内組織が作られています。事務局を担当するのは専従職員であるとしても、委員会には各職種から様々な職員が参加する仕組みになっているはず。安全が専門の専従職員、兼任職員、現場の人間と一緒に安全活動をする意義は大きいと思います。なぜならば、様々な職員が委員会に参加して、一定期間でも危険予知トレーニング、院内安全ラウンド等の安全活動に携わることで、「安全の目利き」となっていくからです。交代して職場に戻ってからも、彼らが安全の目利きになってくれる。このような仕組みこそが、スタッフ間のコミュニケーション能力や危険認識のレベルアップなど、いわゆる「院内安全文化」を高めていくことになるのです。

## 院内の安全文化レベルを医療安全の指標にする手法

冒頭で述べたように、医療安全は医療の質と不可分であることから、医療機関が有すべきマネジメントシ

表2 医療安全文化調査票のカテゴリー構成(病院)

コミュニケーション	自由なコミュニケーション (3)
	エラーに関するフィードバックとコミュニケーション (3)
	部署内のチームワーク (4)
	部署間のチームワーク (4)
	院内の情報伝達 (4)
組織の 取り組み・理解	患者安全に対する病院の支援体制 (3)
	患者安全の促進に係わる上司の考え方と行動 (4)
	患者安全に対する全体的な認識 (4)
	人員配置 (4)
	エラーに対する処罰のない対応 (3)
教育・訓練	組織的・継続的な改善 (3)
報告数	出来事報告の頻度 (3)
全体評価	全体評価 (1+1)

( )内の数値は質問項目数を表す。

(城川美佳. 日本医療マネジメント学会雑誌 2010; 11: 2-14)

システムに対する関心も高まりつつあります。その1つとして、「安全文化」を質の指標にする方法が注目されていますので、最後に紹介しておきます。それは、安全文化が優れているところでは事故が少ないという観点から、AHRQ (The Agency for Healthcare Research and Quality: 米国の保健省の一組織) が開発した評価票です。職員を回答者とする自記式アンケート(表2)によって安全文化を評価するものです。この評価票を分析することで、「このセクションはこの部分が弱いかからもっと強化すべき」といった組織診断を導き出すことができます。このAHRQ評価票は世界25カ国で使用されていて、我が国でもその日本語版が一部の病院で使われ始めています。

いずれにしても、病院のトップは医療安全や医療の質の管理を継続的に行っていく必要があります。病院経営の中にどのような形で位置づけるかが重要な課題になっていくものと考えています。