

巻頭言

麻酔科医療における安全性確保のために

古 家 仁*

2012年6月、第59回日本麻酔科学会を「今一度、チーム医療を考える」というテーマで主催させていただきました。麻酔科医療におけるチーム医療を再度考えてほしい、これからの麻酔科医療の方向性を考えてほしい、という意味を込めての開催でした。従来麻酔は始めから終わりまで、麻酔の準備から患者退室まで一人で完結する、というように教育されてきました。しかし医療安全の面から考えるとこれほど危険なことはありません。医療を単独で行うということは、例えば間違った薬剤を投与した場合、また薬剤は間違っていないでも希釈率を間違えていた場合、投与する前にその間違いに気がつかなければそのまま患者に投与することになってしまい、投与後想定した反応ではない状況が生じて初めて気づく、というような事態も起こり得ます。薬剤の種類によっては致命的な状況も起こります。これを防ぐには、常に慎重にその都度チェックリストを使って確認する、バーコードなどの間違いを防ぐシステムを取り入れる¹⁾、複数の医療従事者による確認を行う²⁾、などが考えられます。しかし人はいくら気をつけてもミスをします。しかも一人で医療を行う中で、間違えないように、間違えないように、という意識を常に維持することはあまりにもストレスフルです。またバーコードを使って薬剤名のチェックを行ったとしても希釈率の間違いに関しては防ぎようがないわけです。ダブルチェックをしても複数が同じミスをすることもあります。どの方法も完全ということはありません。複数の方法を組み合わせることが重要です。しかし最も避けなければならないのは一人で医療を行いミスすることです。私は単独の人間による間違いをなくす

ために、複数の医療従事者による麻酔管理を推奨してきました。単に安全という意味だけでなく麻酔科医の業務の中で医師以外の職種ができる業務が多数あります。その役割を麻酔科医以外に分担することで麻酔科医の負担を減らすだけでなく安全にもつながると考えたからです。複数と言っても麻酔科医が複数でなくとも麻酔科医以外の職種が関わることでかえって他の職種の観点から一つの医療行為をみる事ができるというメリットもあります。これは欧米諸国で既に取り入れられている米国の Anesthesia Care team³⁾、英国の Anaesthesia team⁴⁾と同じ考えです。病院内で医師が単独で医療行為を行っているという現場は麻酔科医療以外には存在しないと思います。この状況を改善することは麻酔科医療の安全性をさらに高めることができると考えます。また我が国のすべての麻酔に麻酔科医が責任を持つという状況を作り出すことにもつなげていくことができると考えています。

文 献

- 1) Merry AF, Webster CS, Mathew DJ: A new, safety-oriented, integrated drug administration and automated anesthesia record system. *Anesth Analg* 2001; 93: 385-90.
- 2) Evley R, Russell J, Mathew D, et al: Confirming the drugs administered during anaesthesia: a feasibility study in the pilot National Health Service sites, UK. *Brit J Anaesth* 2010; 105: 289-96.
- 3) STATEMENT ON THE ANESTHESIA CARE TEAM. Committee of Origin: Anesthesia Care Team (Approved by the ASA House of Delegates on October 18, 2006, and last amended on October 21, 2009) (<http://www.asahq.org/For-Healthcare-Professionals/Standards-Guidelines-and-Statements.aspx>)
- 4) The Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland: The Anaesthesia Team 3. London: AAGBI, 2010 (http://www.aagbi.org/publications/guidelines/docs/anaesthesia_team_2010.pdf)

*奈良県立医科大学附属病院 院長