

## 書評『なぜエラーが医療事故を減らすのか』

ローラン・ドゴース (著), 入江 芙美 (訳・解題), 林 昌宏 (訳)

NTT 出版株式会社, 東京, 2015

現代生活学部 食物栄養学科 柳 元和

ローラン・ドゴース氏は1945年生まれパリ出身で、血液学の分野において臨床医および研究者として業績をあげた後、フランス移植機関や医薬品医療機器安全機構、高等保健機関の長を務められた。EU や OECD の医学・科学パネルのメンバーでもある。そのような経歴の持ち主が医療におけるエラーについて語らなければならなかった理由を紹介したい。

本書の原題は「エラー賞賛」であり、「人間のすることにエラーはつきもの」という格言から始まっている。われわれの社会は「予期せぬこと的神秘」とのつきあい方を誤っているのではないか? という問題提起である。

「…現場の医療従事者は、外部から持ち込まれた手順書の類にうんざりしている。というのは、現場はそれらを、役に立たないばかりか自分たちの作業を遅らせ、作業の邪魔になり、患者にとってもメリットがないと判断しているからだ」

と彼は断言する。その理由は、現代の医療が、医者と患者の関係だけで語れるような過去のシステムからほど遠いものとなっていることにある。たとえば

「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装置（機器および体内に埋め込まれる器具など）の中から、それぞれ一つを選び出し、患者を専門医に回し、生体組織検査やX線撮影を命じ、患者を入院させ、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、一人の患者が複数の疾患を同時に有することもあるだけに、選択の組み合わせは無数になる。医療者が対応しなければならないシチュエーションの数は、自動車産業の生産現場で働く者が対応するそれとは比較にならないほど多いのだ。」

そのため、「医療における有害事象は、交通事故よりもはるかに頻繁に発生している」のである。このような不確かさを内包するシステムを、著者は複雑系ではなく、「適応型複合系システム」と呼んでいる。

著者は2009年にパリの小児科専門病院で発生した死亡事故を紹介している。この事故は直接的には看護師の薬剤間違えによって起こった。メディアが大騒ぎし、誰もが看護師に罪があるとコメントした。しかし病院の責任者が「責任は看護師ではなく、システムにある」と明言し、事故調査の結果、複合的な問題点が見つかった。1) 小児科病棟に成人向けの薬剤が置いてあったのはなぜか、2) 誰が成人向けの薬剤を持ち込んだのか、3) ラベルは見えやすかったか、4) ラベルには特別な表示がしてあったか、5) 室内の照明は十分だったか、6) 薬瓶の外形は他のものと似ていなかったか、7) 看

看護師は過労でなかったか、などである。つまり、「通常であれば何の影響もおよぼさないそれらの小さな原因が積み重なり、惨事が起きる」のである。よって看護師は多数ある欠陥を明るみに出すきっかけを与えただけであり、個人的に訴追されるような性質のエラーを犯したわけではないと断言できる。

自動車工場のような複雑系システムと、医療のような複合系システムの違いは何だろうか。複雑系システム内では事前に予測が可能であり、たとえば「ブレーキペダルを踏めば、自動車は停止する」が、複合系システムではそのような線形的な因果関係を期待できない。この複合系内で安全なシステムを構築するには、どのような難点があるのか。著者は3つのパラドックスを提示している。

1. 非常に高い安全性を確保しようとする、その分野は複合系から外れて、厳密に管理できる複雑系となってしまうので、もはやイノベーションは起こり難くなる。
2. システムの変動やシステムから生じるエラーは安全管理上重要な情報源であるが、安全性が向上しエラーが減少すればするほど、安全を管理するための情報が不足することになる。
3. 複合系システムでは、あるレベルにまで達するとエラー修復回路が働く。そのためインシデントが発生するリスクが減少し、システムの欠陥は隠されて、なかなか解消されなくなる。

このような性質を持つ複合系システムは、本質的にエラーの呪縛から解放されることがない。複合系において「手順を遵守するだけでは、アクシデントや失敗は防げない」のである。むしろ、複合系システムの安全性を高めるためには、エラーと日常的に取り組む必要がある。チームの高い倫理観に支えられながら、エラーを公に議論し、柔軟な変化を模索するシステムが不可欠なのだ。しかし残念なことに、

「プレッシャー（経費節減、緊急対応、作業の効率化など）にさらされている集団でも、リスクはその分だけ高くなる…責任者たちは、既成のルールに従ってプロトコルを遵守するだけで満足し、それ以上動こうとしなくなる。」

このような組織は次第に硬直化し、アクシデントに対応できなくなって破綻する。

著者は次のように結論している。

1. 複合系システムはトップダウン方式では管理できない。航空管制官の場合のように、厳密な規制によって適切な業務が遂行されるという訳には行かない。現場では予測不可能な事態が日々生じており、現場の自律的な判断が不断に問われているからである。
2. 外部から複合系システムを操作しようとしても成功しない。たとえば医療サービスの質に応じて診療報酬を決定しようとしても、基準が設定されていない医療行為への怠業が生じるだけである。そして結局、患者の治癒率・死亡率・後遺症発生率などが改善し難いことが知られている。

3. 成功した他国のまねをしても自国で成功するとは限らない。どの集合体も、内部組織の構造や他の集合体との関係において、独自で唯一無二であるからである。普遍的な理想のモデルなど存在しない。

そして「集合体が最終的に目指す結果」（医療分野ではアウトカムと呼ばれる）が明確であること、集合体にとって「最も利益のある目標を選び出すこと」ができた際のみ、状況に適した、進化する適応型組織が、「組織内部から誕生する」のであると著者は述べている。

われわれの社会のかなりの部分が、予測不可能な要素を多分に持つ、適応型複合系システムとなっていること、そこで働く者は不断にエラーと格闘せねばならないことを本書は指し示してくれている。