【参加・協力団体の活動紹介】

日本麻酔科学会の活動

# 日本麻酔科学会における安全への取り組み

## １．偶発症例調査の実施

癌研有明病院　麻酔科
安全委員会委員長　横田美幸

麻酔科の診療における合併症・偶発症は、重大な結果となることが多いので、日本麻酔科学会は、医療安全や安全性向上に関する活動として、安全委員会を常置し、早期より取り組んできました。現在の安全委員会は、以下の 5 つのワーキンググループ（以下、WG）で構成されています。

1．麻酔機器・手技安全対策 WG；麻酔科の診療におけるハードとソフトの安全性向上に関する活動。

2．偶発症例（肺塞栓）調査 WG；麻酔科診療における偶発症を調査分析し、安全向上を図る活動。

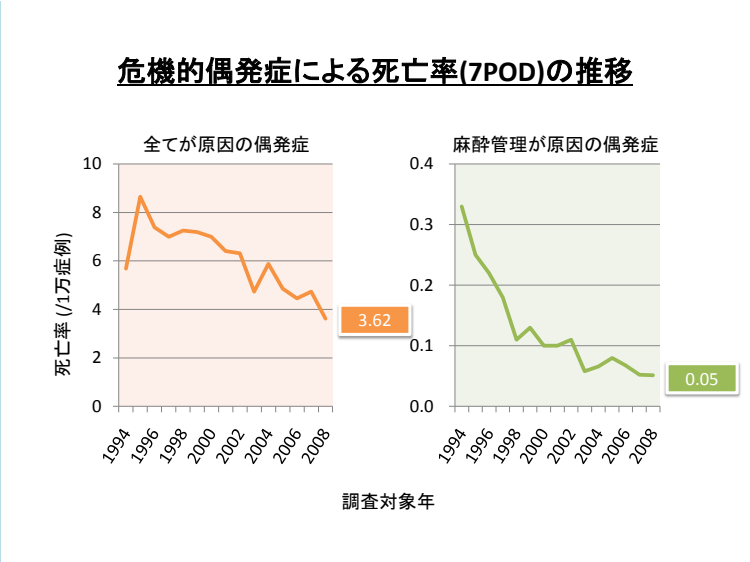
3．医薬品適正評価対策 WG；医薬品の適正使用に関する活動。

4．JSAPIMS（麻酔台帳）WG；麻酔台帳を整備し、麻酔の麻酔前評価・麻酔管理・麻酔中・麻酔後の合併症・偶発症データをデジタルに集積、解析することにより医療安全の向上に寄与する活動。

5．医事紛争解決事案症例調査（Closed Claims Project ; CCP）WG；医事紛争に至った事案で解決された症例を調査分析することにより、医療安全を向上させる活動。

今回特に偶発症例（肺塞栓）調査 WG の活動と CCPWG の活動を紹介します。偶発症例調査は、1992 年より麻酔科認定施設を対象に実施してきました。2004 年～2008 年の第 3 次調査では従来の各施設の基本データに加え、将来の多因子解析を見据えたデータ収集方法を採用し、母集団の症例ごとの年齢・ASA PS・手術部位・麻酔法体位に関するデータを収集しました。第 3 次調査の集計結果の内、危機的偶発症による死亡率の推移を図－1に示します。

図－1




次に 30 日以内の死亡原因とその割合を表－1 に示します。主な原因として、出血性ショック、大出血、多臓器不全・敗血症と続きました。特に「危機的出血」については重要で、そのガイドライン作成、続いて産科危機的出血のガイドライン作成へとつながりました。

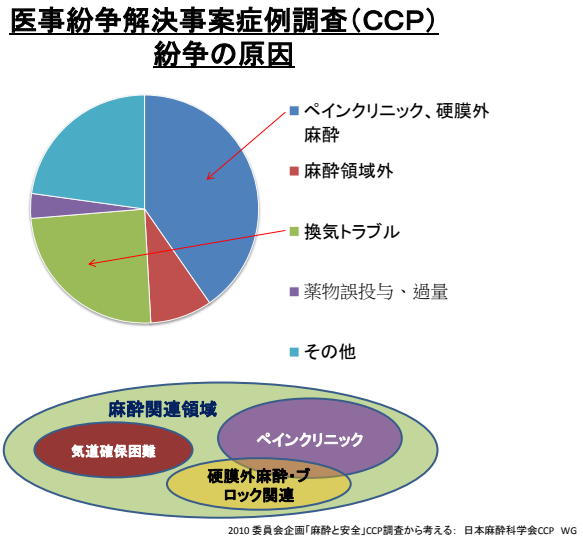
表－1

| 30 日以内死亡の偶発症の原因 | 割合（%） |
|---|---|
| 術前合併症としての出血性ショック | 31.8 |
| 手術が原因の大出血* | 15.2 |
| 多臓器不全・敗血症 | 11.2 |
| 循環器系術前合併症 | 10.7 |
| 中枢神経系術前合併症 | 4.7 |
| 術中発症の急性冠症候群・心不全 | 4.1 |
| 手術手技 | 3 |
| 人工心肺 | 2.3 |
| 呼吸器系術前合併症 | 2 |
| 麻酔管理 | 1.8 |

また、肺塞栓防止に関する活動は、2004 年予防ガイドラインを血栓止血学会等と合同で策定しました。その後予防ガイドラインが日常臨床で実施されるようになり、その効果を判定するためにも、周術期肺塞栓症に関する調査を継続しています。

医事紛争解決事案症例調査（CCP）からは、麻酔科診療における医事紛争のデータを蓄積、2008 年に分析結果を報告しました。また 2010 年での再度分析した結果を図－2 に示します。

図－2




これは日本の麻酔科診療の特徴を反映している結果であり、ペインクリニックに関する事案が最も多く、次いで換気トラブル（挿管困難、換気困難など）、薬剤誤投与・過量と続きました。

これら安全委員会、WG の活動を通じ、医療安全・麻酔科診療の安全についての啓発活動を行った結果が表－1（麻酔による死亡率低下、安全性向上）に示されているものと考えられます。今後も医療安全・麻酔科診療の安全性の向上につなげていく活動を通じ、国民の期待に応えていく所存であります。

## 2. “周術期管理チーム”プロジェクトの意義とは？

東邦大学医療センター大森病院麻酔科
周術期管理チームプロジェクト・チームリーダー　落合亮一

厚生労働省の定義するハイリスク環境の一つである手術室における安全管理は、日本麻酔科学会においても最優先事項であり、先人の不断の努力によって有害事象の発生率は 10 万件に 1 件以下の低率となっている。同学会での安全への取り組みは多岐にわたり、具体的な内容については学会ホームページに詳しいが、特に手技にかかわる問題（中心静脈カテーテル挿入・管理）あるいは急変時の迅速対応（危機的出血への対応）ならびに医療機器の安全な操作と管理（麻酔器の始業点検）などについては、指針・ガイドラインのかたちで公表され、その数は 12 を越える状況である。（http://www.anesth.or.jp/safety/index.htm）

2010 年度学術総会においても、安全はテーマの一つであり、多くの議論に湧いた。

今期は、特にアジア・オーストラレーシア麻酔科学会との共同開催でもあり、周術期の安全管理に多くのプログラムが割かれ、国内外の貴重な意見交換が行われた。

特に、5 年来日本麻酔科学会が検討している“周術期管理チーム”構想については、“周術期セミナー”として第 3 回目を迎えたが、800 名を越すコメディカルの参加者を得て、周術期医療の関心の高さを強く認識した。

本構想は、急性期医療の中核をなす周術期医療は、診療の質を向上し医療安全を確保するためには、医師のみでは不可能であり、多職種の協働のもとに新たな環境を考える必要がある、との認識から生まれたものである。マンパワーの不足する日本の医療において、不足する医師の代行としてコメディカルの業務拡大が喧伝される現状に警鐘を鳴らすとともに、有機的な診療環境を提供することを目的とする。

2009 年度より、周術期管理チーム・プロジェクトと名称を変えて活動を加速させているが、その背景には医師と協働するコメディカルの卒前教育がその質的・量的内容に乏しく、卒後教育の充実こそが、まずなすべきことという認識から生まれたものである。その結果、共通の教材としてのテキストが 2010 年 5 月に発行された。

本テキストは、日本麻酔科学会のメンバ―によって記されたもので、現時点では麻酔科医からコメディカルに向けてのメッセージがまとめられたものである。

2010 年度には、日本手術看護学会、日本病院薬剤師会、日本臨床工学技士会、そして日本外科学会が参加し、真の意味での“周術期医療”を捉えたものにすべく、議論を重ねている。本テキストは、year book の形態で毎年版を重ねることで、最先端の情報を提供するとともに、周術期医療に携わるすべての医療者の共通言語となることを目指している。

手術室という環境で働くすべての医療者が共通認識を持つことで、医療安全の質がさらに高まることを期待している。

医療安全全国共同行動は、8 つのテーマが掲げられている。

その中で、行動目標7が前述の偶発症例調査であり、本プロジェクトを支える最重要因子といえる。一方、行動目標の1～6については、本プロジェクトのゴールでもあり、その教材としてのテキストの改版・刷新は日々進歩し続ける急性期医療にとって礎になるものと大いに期待している。