

P-5 医療体制からみた人工呼吸管理の安全

国立成育医療センター救急診療科 阪井裕一

人工呼吸に関連する医療事故が起こると、「機器の安全性」が検証され、より安全な呼吸管理を目指すために機器を改良すべきである、という方向に議論が進みやすい。しかしながら、素人でも間違いなく使えるような人工呼吸器を作ると安全な呼吸管理ができるようになる、と考えるのは、現実の一面しかみていない、ほとんど机上の空論である。実際の臨床の現場から見ると、機器の改良以上にはるかに重要な点がいくつもあると思われる。

1. 医療者の数

小児ICUでは、1名の患者を常時1名の看護師がケアするのが先進国での常識であるが、日本にはそのような小児ICUは皆無である。呼吸管理以外の分野でも同様であろうが、医療者の熱意と努力に頼り、機器を改良して人手を補う、という方法は限界に達している。

2. 医療者の教育

医師の教育は、疾病の診断から治療へ、という流れを中心に組み立てられているので、「患者の安全」を殊更に強調しないと軽視されがちになる。呼吸不全に至った原疾患の診断や人工呼吸の換気モードについての議論は熱を帯びるが、

アラームは鳴らしっぱなしにしない（アラームには直ちに反応して患者を診た後、アラーム音はすぐに消す）、人工呼吸を一旦開始したら患者が人工呼吸を必要としなくなるまでは決して電源スイッチを切らない、といった人工呼吸器の基本的な使い方については、徹底した教育がなされていないのではないだろうか。

3. 規制の必要性

現状では、医療者の数や質、施設の設備などにより、人工呼吸管理を制限する規則はない。電気、ガスが供給され、人工呼吸器があり、医療者に「熱意」があれば、人工呼吸管理を開始することができる。その結果、総合病院の小児病棟のようなマンパワーも無停電電源も無い場所で呼吸不全患児の治療が行われているのが日本の現状である。重症患者と医療者をともに集約して安全な管理を行う、という流れを作るよう規制をすべきである。

現在の日本の状況を鑑みて、人工呼吸管理を安全なものにするためには、医療体制を改革することの方が、個々の機器を改善することよりも重要であると考える。