

特集にあたって

赤松泰次

内視鏡は早期診断や低侵襲治療にきわめて有用なモダリティとしてさまざまな医療に利用されている。消化器内視鏡はそのなかで最も歴史が長く、進歩している分野である。胃カメラからファイバースコープの時代を経て現在のビデオスコープとなり、さらに最近では拡大内視鏡や狭帯域光観察(narrow band imaging: NBI)に代表される画像強調観察(image enhanced endoscopy: IEE)の普及など、ハード面での技術革新が著しい。一方ソフト面においても、消化管腫瘍の内視鏡治療手技として、内視鏡的ポリペクトミーから内視鏡的粘膜切除術(endoscopic mucosal resection: EMR)の時代を経て内視鏡的粘膜下層剥離術(endoscopic submucosal dissection: ESD)が登場するなど、まさに日進月歩の勢いで進歩している。しかし、消化器内視鏡はこのように華やかな反面、内視鏡に伴う偶発症、感染事故、取り違え事故など、多くの課題を抱えていることを忘れてはならない。

1 内視鏡に伴う偶発症への対応

日本消化器内視鏡学会は、1983年より5年ごとに消化器内視鏡関連の偶発症に関する全国調査を行っている。ガイドラインの作成やセミナーの開催など偶発症に対するさまざまな対策が施されているにもかかわらず、その発生件数や死亡件数は過去25年間において減少傾向を認めていない。内視鏡手技の高度化や高齢の被検者が増加していることがその要因といわれているが、内視鏡診療は常に偶発症と背中合わせの状態にあるという認識が必要である。

偶発症には、全く偶発的な出来事から医師の経験不足や知識不足が原因となる場合までさまざまな要因があるが、後者に起因することが少なくない。偶発症は「いつ」起きるかはわからないが、「何」が起こるかはあらかじめわかっている。したがってリスクを伴う内視鏡検査や内視鏡治療を行うときには、十分なインフォームドコンセントを行うとともに、起こり得る偶発症に最大限の注意を払い、万一偶発症が発生した場合に備えて準備しておくことが大切である。偶発症が発生しても早くそれに気づいて適切な処置を行えば、大きなトラブルに発展することは少ない。問題になるのは、偶発症が発生したことに気づかなかつたり、適切な対応が遅れて患者の容態が重症化することである。

不幸にして偶発症が発生した場合、医事紛争に発展しないためには、担当医師は表1のような心得が必要である。まず、毅然とした態度で患者とその家族に偶発症の内容と今後の見通しについて説明することが大切である。説明する際、むやみに謙った態度や丁寧すぎる言葉使いは、かえって相手に不信感を募らせるのでしてはならない。次に、説明の内容は客観的事実を述べ、安易な粉飾や嘘を言つてはならない。後になって粉飾や嘘が発覚すると、二度と信用してもらえないくなるばかりでなく、患者や家族の怒りをさらに助長させ、医療訴訟を起こすきっかけとなる。また、偶発症を起こした担当医師は患者や家族から決して逃げてはいけない。本人や家族への説明を他の医師に任せたり、偶発症

表1◆偶発症発生時の心得3か条

1. 毅然とした態度で患者や家族に説明する
2. 安易な粉飾や嘘を言ってはならない
3. 患者や家族から逃げない

のために転科あるいは転院した後で患者や家族との接触を怠ると、無責任の誇りを受けかねない。患者や家族に面会するのは担当医師にとって辛いものであるが、逃げない態度が重要である。

2 感染管理の現状と課題

近年、院内感染の問題がマスコミでしばしば報道される。内視鏡を介した感染事故は院内感染の1つと考えられるが、内視鏡室は院内の他の部署に比べて特殊性があり、感染予防には独自の対策が必要である。日本における内視鏡の感染対策は欧米に比べて10年遅れた。その理由として、日本は欧米に比べて1日に行う内視鏡件数がきわめて多く、限られた内視鏡機器でそれをこなすために十分な再生処理を行う時間的余裕がなかったことが要因と考えられる。近年ようやくわが国においても、内視鏡に対して設備投資やスタッフの増員を図る病院が増えてきたが、内視鏡の感染管理は単に内視鏡機器の再生処理を適切に行うだけで済む問題ではない。コメディカルに比べてこの問題に対する医師の関心は一般に低く、それが内視鏡の感染対策が進まない大きな要因になっている。感染管理には「人・物・金」が不可欠で、施設長との予算の交渉や清潔操作に無頓着な医療従事者に対する指導は、医師の主導のもとで行う必要がある。また、感染管理には決してgoalはなく、常にon goingの状態で対応していかなければならない。

3 取り違え事故

大勢の患者や多数の検体を同時に取り扱う医療現場では、患者や検体の取り違えは稀ならず発生している。有名なHeinrichの法則にあるように、多くの場合はどこかの過程で取り違えに気づき大きな問題になることはないが、稀にそのようなチェックポイントを幾重にもすり抜けて重大な医療過誤に発展することがある。生検標本は病理検査結果が担当医に戻るまでに多くの医療従事者がかかわり、内視鏡室だけでなく病理標本作製工程でもコンタミネーションが生じる可能性がある。内視鏡診断と生検組織診断が著しく異なる場合や、初回生検診断では癌と診断されながらその後癌が証明できない場合（生検消失癌）にはさまざまな間違いの可能性を考慮し、生検標本の取り違えもその1つの要因になることを知っておく必要がある。本文中（第3章を参照）に記載されているように、生検標本の取り違えが生じないようなシステムを構築することがまず重要であるが、取り違えの可能性がある場合には客観的に証明できる個人識別法が確立されている。

本特集では内視鏡の安全管理について、エキスパートの方々に分担執筆していただいた。安全で有益な内視鏡診療を患者に提供することが、我々内視鏡に従事する者の責務である。

Profile

赤松泰次 (Taiji Akamatsu)

長野県立病院機構 須坂病院 内視鏡センター長

略歴：1980年 信州大学医学部卒業

同年 信州大学第2内科入局

'95年 信州大学附属病院光学医療診療部助教授

'98年 ベイラー医科大学留学

2007年 信州大学附属病院内視鏡診療部 部長（診療教授）

'10年 長野県立病院機構 須坂病院 内視鏡センター長（現在に至る）

主な役職：日本消化器内視鏡学会甲信越支部長，雑誌「胃と腸」編集委員，雑誌「消化器内視鏡」編集委員，早期胃癌研究会運営幹事

