

シンポジウム2

総合管理2 「医療安全への取り組み（各施設での事例やインシデントが起こらない工夫）」

「なぜ減らない！ヒューマンエラー！」 “減らす方法はあるのか？”

◎井手 洋昭¹⁾

社会医療法人雪の聖母会 聖マリア病院 安全・感染・QI本部¹⁾

病院内では日々、多種多様なインシデントが発生しており、要因も様々である。それぞれのインシデントに対して事例分析を行い、原因を究明し、再発防止策を講じるが、同様のインシデントが再発してしまうこともあり、その場合は「講じられた再発防止策が適切なものではなかった可能性」や「再発防止策が実施されていなかった場合」もあり、安全管理活動への虚無感を感じることも少なくない。

To err is human：人間は間違える生き物であるため、ヒューマンエラーを“ゼロ”にすることは非常に困難だが、医療現場での安全管理姿勢としては、エラーによる患者への実害を如何に最小にするかということが重要と考えている。

2021年度の当院のできごと報告数は2048件、その中で患者間違い事例98件、確認を怠った事による発生事例が1034件であった。これらはいずれも基本的な『確認』が適切に行えていなかった、すなわち、ノンテクニカルスキルを十分に発揮出来ていなかったことが要因と考えられた。原因究明、再発防止の議論において、「『安全管理システム』の導入で・・・。」という意見が時折みられるが、どんなに高額で精巧で緻密なシステムを導入しても、人が関わる限りヒューマンエラーは発生し得る。安全管理システムにおいては人間自体がシステムの一部に組み込まれている。ノンテクニカルスキルを用いることでヒューマンエラーは減少可能となる事に対する啓発がまだ不十分で有り、不可欠なものと考えている。

また、これまで要因分析のうえで立案した再発防止策が適切に機能しているか否か、部署に合っているか否かに関して、その後の経過観察が出来ていなかったため、月一回、安全部門回診を行う事で現場の意見を聴取し、再発防止策に対する評価と防止策による業務負担の有無に関して確認する様にしている。

上記の取り組みは、まだ始めた段階であり、その効果は未確認であるが、病院全体の現状確認を行いつつ、まず第一歩踏み出して見る事が重要と考えている。