

誤認防止：「確認」行為をあらためて考える

座長 北森伴人[†] 柿本由美子* 第72回国立病院総合医学会
(2018年11月10日 於 神戸)

IRYO Vol. 74 No. 8 / 9 (374-376) 2020

要旨

平成30年度の国立病院総合医学会にて、『誤認防止：「確認」行為をあらためて考える』をテーマにシンポジウムを開催した。「確認不足」の要因としてあげられる医療事故としては、1999年における「横浜市立大学病院患者取り違い事件」や「都立広尾病院薬剤取り違い事件」があり、この医療事故を機に、医療事故の考え方が大きく変化したともいえる。「人は誰でも間違えるもの」「医療事故は起こりうる」という意識の変化から、現在においては、チームや組織全体のあり方を改善しなければ事故は防止できないという考えで医療安全対策に取り組んでいる。しかしながら、「確認不足」に関連するエラーが減少しないのは、人間の特性が大きく影響しており、確認行動を不十分にさせる原因である。「確認不足」による医療事故対策を考える時、ヒューマンエラー対策が必要不可欠であり、「人は誰でも間違える」ことを前提に、ヒューマンエラーを防止する手立てを講じる必要がある。このシンポジウムでは、ヒューマンエラー対策の一つである、エラーをおこしにくい環境をつくる、「フールプルーフ」と「フェイルセーフ」の視点から論点を整理して、各施設の誤認防止についての具体的な取り組みを紹介し、誤認防止対策について議論を深めた。人間の特性を理解したシステムづくりと共に、環境因子にも注目し、これらの対策を複数組み合わせることが必要である。そして、行動の定着化を図る継続した活動が必要であると考えた。

キーワード 確認不足, ヒューマンエラー, フールプルーフ, フェイルセーフ

はじめに

公益財団法人日本医療機能評価機構の医療事故情報収集・分析・提供事業において、2018年1月-9月の報告件数8059件のうち、発生要因として「確認不足」としているものは1075件に上り、24分類の発生要因の中で、最も多い割合を占めている。確認不足の中で主な事故の概要は、「療養上の世話」に関するものが277件、「治療・処置」に関するものが

239件、「薬剤」に関するものが215件であった。

近年、大きな問題として取り上げられている、画像診断の見落としも、「確認不足」が考えられる重大な医療事故である。このような事案がおこると、患者の病期はもとより、治療に影響を与えることは言うまでもない。ひとたびメディアに取り上げられると、医療機関への信用の失墜、係争案件にもなりうる。この問題は各医療機関でさまざまな対策を講じているところであるが、課題の残る部分も多い。

国立病院機構舞鶴医療センター 泌尿器科, *国立病院機構近畿グループ 医療安全係長 (現所属: 国立病院機構大阪医療センター 看護部) †医師

著者連絡先: 北森伴人 国立病院機構舞鶴医療センター 副院長 〒625-8502 京都府舞鶴市字行永2410

e-mail: kitamori.tomohito.ga@mail.hosp.go.jp, kakimoto.yumiko.zc@mail.hosp.go.jp

(2019年2月15日受付, 2019年9月13日受理)

Prevention of Error in a Medical Field: Review of Confirmation Act

Tomohito Kitamomri and Yumiko Kakimoto*, NHO Maizuru Medical Center, *NHO Kinki Group

(Received Feb 15, 2019, Accepted Sep. 13, 2019)

Key Words: lack of confirmation, human error, fool proof, fail-safe

このような「確認不足」の要因としてあげられる医療事故はこれまでもあった。1999年における「横浜市立大学病院患者取り違い事件」や「都立広尾病院薬剤取り違い事件」の医療事故を機に、医療事故の考え方が大きく変化したともいえる。To err is human「人は誰でも間違えるもの」「医療事故はおこりうること」という意識の変化から、現在においては、チームや組織全体のあり方を改善しなければ事故は防止できないという考えで医療安全対策に取り組んでいる。

しかしながら、「確認不足」に関連するエラーが減少しないのは、人間の特性が大きく影響していると考えられる。確認行為が大事だとわかっているにもかかわらず、現場の煩雑な環境下において、省略してしまうこともあるかもしれない。また、「たぶん大丈夫だろう」と人は思っているかもしれない。このような「錯誤：思い込み・勘違い」「不注意：うっかり・ぼんやり」「省略行為：慣れ・横着」「焦り：先を急ぐ・パニック」などの人間の特性が確認行動を不十分にさせる原因である。「確認不足」による医療事故対策を考える時、ヒューマンエラー対策が必要不可欠である。

また、河野によると、「ヒューマンエラーとは、生理学的特性、心理学的特性、認知的特性などの人間の本来持っている特性（知識・経験含む）と、人間を取り巻く機械、手順書、チーム、教育システムなどの環境がうまく合致していないために、引き起こされるものである」¹⁾と述べている。人は誰でも間違えることを前提に、ヒューマンエラーを防止する手立てを講じる必要がある。

本シンポジウムでは、『誤認防止：「確認」行為をあらためて考える』をテーマに取り上げた。各発表の際には、ヒューマンエラー対策の一つである、エラーをおこしにくい環境をつくる、「フルプルーフ」と「フェイルセーフ」の視点から論点を整理した。

「フルプルーフ」とは、人が誤った行為をしようとしてもできないようにする工夫であり、まさに人間の特性が働かないシステムの構築である。たとえば、医療用ガスの接続口は、ピン数が異なり、物理的に接続ができなくなっている。また、輸液ラインの側管には、栄養用ラインが接続できない形状になっている。また、「フェイルセーフ」とは、人が誤った行為をしても安全が維持できるようにする工夫である。人工呼吸器は電源プラグが抜けても、自動的にバッテリーに切り替わるようになる機能

や、術中のガーゼ遺残防止のためのガーゼカウントやX線撮影等がその例といえる。

各シンポジストには、有効な確認行動を考えた、各施設での取り組みを発表していただいた。

NHO横浜医療センターの古谷良輔氏は、エラーの発生確率は、設備機器要因と人的要因と環境要因の関数として捉え、それぞれの因子に対する対策を防止することが事故の低減につながると述べた。救命救急センターにおける誤認防止の視点から環境整備、重症系部門の電子カルテシステムの構築、コミュニケーションエラーに着目した、診療部門における医療者間の情報共有システムへの取り組みの重要性について報告された。

NHO京都医療センターの山下大輔氏から、入院支援センターや病棟業務など、薬剤師の業務が拡大する中で、さまざまな場面での確認行為があり、その中で類似薬剤や規格間違いによる誤認防止対策、またオーダリングシステムを用いたエラー防止、プレアボイド事例の共有による薬剤誤認防止などについて、フェイルセーフの視点から報告された。

NHO東京医療センターの福元大介氏からは、多職種で形成されたチームで実施する、患者誤認防止活動について報告された。全職種が連携して取り組むことで、患者誤認についての職場風土の醸成につながることも重要としている。また医療従事者だけでなく、患者側にも誤認防止の意識を高めてもらう取り組みを報告された。

名古屋大学医学部附属病院 医療の質・安全管理部の寺井美峰子氏からは、「確認」行為の確実性を向上させるための取り組みとして、確認プロセスを明確にし、手順化した経緯について報告された。Personal Digital Assistanceバーコードシステムを導入している中で、適切に使用されなければ誤認防止にはつながらないとし、手順明文化とともに手順ビデオを作成し、医療安全の教育に活用、モニタリングをしている。この取り組みについては、Standardization-Do-Check-Act：SDCAサイクルに基づいて日常業務を管理している。

各発表内容から各施設の誤認防止についての具体的な取り組みにもあるように、医療現場において、「確認」行為は多数存在し、医療行為の基本であるともいえる。ただ、医療事故が発生するたびに、その対策として、やみくもに確認行動を増やすとその精度は下がる一方であること周知のことである。小松原は、「確認とは、漫然とした注意喚起で対応で

きる問題ではない。確認がかかわる事故を防いでいくには、望ましいやり方を明らかにして、それを教え、徹底し、さらにはそれが形骸化しないよう継続していく仕組みをつくることが重要である」²⁾と述べている。誤認防止を考えるとき、人間の特性を理解したシステムづくりと共に、環境やモノにも注目し、これらの対策を複数組み合わせることが必要である。そして、行動の定着化を図る継続した活動が必要であると考え、シンポジウムをとおり、確認行為に自施設の誤認防止対策を見直す機会を得たと

ともに、取り組み内容の共有が大きな財産であり、今後の医療安全対策に生かせるものであった。

[文献]

- 1) 河野龍太郎. 医療におけるヒューマンエラー なぜ間違える どう防ぐ. 東京: 医学書院; 2004; 29-30.
- 2) 小松原明哲. 効果的な「確認」をめぐって—ヒューマンファクターズの視点から. 医療安全ジャーナル 2017 NO.47. 10-6.

今月の



隣に伝えたい

新たな言葉と概念

【PDCAとSDCA】

英 PDCA (Plan・Do・Check・Action) SDCA(Standard・Do・Check・Action)

和 PDCAサイクル SDCAサイクル

当該用語の解説:

PDCAは、業務改善の基本ツールとしてよく使われる手法である。現状を分析した後どのよう改善するかを考え計画を立て (Plan)、実際に実行し (Do)、計画時に定めた期間を経た後に、計画通りにできたか、期待通りの改善成果を得られたかを評価し (Check)、計画に沿っていない部分や成果が出ていない部分を明確にして改善策を考えて (Action)、修正された計画を立案し (Plan)、再試行する (Do)。この手法の繰り返しが「PDCAサイクルを回す」ということである。SDCAサイクルとは、最初のPがStandardize (標準化) に置き換わっているサイクルである。標準化とは、誰でもいつでも同じ方法で作業や業務を行うことができる仕組みをつくることであり、マニュアルの徹底や、提供するサービスの質の担保など、業務改善の成果を定着させるためのサイクルである。

医療安全においてもPDCAでは、問題解決に向け、新しい試みは重要であるが、改善点を維持・向上させるためにSDCAも進めなければならない。標準化させ、かつそれを維持することが重要であり、この標準化により医療安全の質の維持・向上につながる。

(国立病院機構近畿グループ 医療安全係長
(現所属: 国立病院機構大阪医療センター CCU病棟看護師長) 柿本由美子)
本誌375pに記載