

平成26年度日本医師会医療事故防止研修会

～日々の小さな成功に目を向けた前向きな医療安全～



と き：平成26年11月16日(日) 午前10時～午後4時

ところ：日本医師会館 大講堂

広島県医師会常任理事 牛尾 剛士



平成26年11月16日(日)、日本医師会主催により医療事故防止研修会が行われた。今年度は、日々の小さな成功に目を向けた「前向きな医療安全」をテーマに、医療従事者がポジティブになり、結果として事故を未然に防げるような医療安全を目的として開催された。参加者は、医師、医療従事者ら245名であった。以下、研修会の概要を報告する。

挨拶（要旨）

日本医師会会長 横倉 義武

（代読：日本医師会副会長 松原 謙二）

医療の安全の分野に限らず、医療界全体における関心事のひとつは、来年10月のからの施行を控えた医療事故調査制度である。新しく発足する医療事故調査制度は、不幸にして起きてしまった医療事故の原因を院内で医学的・科学的に調査し、そこから得られた知見をもとに医療界全体として再発防止のために生かしていこうという取り組みである。過去の経験を将来のよ

りよい結果、安全・質の向上に生かすといった考え方は、全ての安全対策の基本である。一方で昨今、医療安全の分野では過去の失敗例だけではなく、日々の小さな成功や上手くいった例にも着目し、積極的に医療の安全を目指していく前向きな医療安全という考え方が注目されている。今年度の医療事故防止研修会は、医療従事者が過去のインシデント事例から学ぶことの大切さとともに、より積極的な活動から事故を未然に防ぐ能力を身につけることを目的としており、以前よりも前向きな気持ちで医療安全に取り組んでいただけるようになるものと確信し

ている。本研修会が実りあるものとなることを祈念し、挨拶とさせていただきます。

第1部

インシデントを繰り返すスタッフへの教育

ベルランド総合病院 クオリティ管理センター
医療安全管理室・感染管理室 室長

楠本 茂雅

医療現場では、テクニカルスキルが低いという理由からインシデントを繰り返すスタッフがいる。そのような人たちにどのような医療安全教育をしていくかが問題となっている。インシデントを繰り返すスタッフへの個別カウンセリングを行う際に大切なのは、自身のインシデントを客観的に振り返ること、それぞれの発生要因やポイントを見つけることである。チームとしてのフォローがなければ、事故を起こさない個人へ生まれ変わることは難しく、インシデントを再発させないよう一緒に考えることが大切である。インシデントを繰り返すスタッフには共通する要因がある。具体的には、知識や経験不足などから観察ができていない、優先順位が付けられない、多重課題に対する判断ができない、判断を保留する期間が長いといった点が要因として浮かび上がる。

インシデントの発生を防ぐために大切なのは、まず観察である。知識や経験不足などから患者の観察が十分できていないと、正しい判断ができずに事故につながることもある。また、判断する際には前後の事情を総合して、物事の是非曲直や選択肢の選定を取り決めることが大切である。事故を防ぐために、患者の状態を誰がいつ見ても分かるような形でカルテの記載をすることや、引き継ぎをする際は正確かつ迅速に行わなければならない。電話やナースコールなどの割り込み業務が発生したときに備えて、複数の患者を看護する中でどの時間帯が一番忙しくなるのか想定し、優先順位をつけることも重要である。そのためには、日頃から多重課題に対してシミュレーションや研修を実施し、コミュニケーションや状況認識、役割分担についての気付きや改善策を話し合うことで、多重課題への適切な対処ができるようになる。判断を保留する期間が長い場合も次の観察ができず、状況が変化するため事故につながりやすい。何かがおかしいと思ったときは患者から離れずに、いつもと何が違うのか、ほかの患者と何が違うのかを追究すべきである。何かがおかしいと気付ける能

力を育てることは、状況を判断する能力を育てることにつながる。

医療現場での事故を減らすためには、個人のテクニカルスキルだけではなく、チームとしてのノンテクニカルスキルも重要な要素である。チームで対処しなければ良い医療は提供できない。医師というリーダーのもとで各職種がフォロワーとして責任を持ち、役割を分担することが大切である。そのためにフォロワーとして看護師が医師に進言できる環境づくりを行ってほしい。

医療安全の基本的な考え方をマニュアル化し、院内の共通認識とすることも重要である。医療従事者は「事故はいつでも起こり得る」「人は過ちを犯す」という危機意識を常に持ち、危険と隣り合わせであるという危険性を十分認識して業務にあたらなければならない。そして、業務中にチームや勤務者自身の作業能力を超える業務状況になった場合は、無理や作業の省略をせず、Give up & Helpを行い、業務配分の調整や他部署への応援などを依頼することが事故を防ぐ手段として有効である。もし最悪の状況に陥った時であっても、どのような結果になるかをチームで考えることで良い結果に変えていくことができると考える。チームでのコミュニケーションを大切にし、事故を防ぐ能力を共有して将来の事故防止に役立ててほしい。

第2部

人と組織の心理から読み解くリスク &クライシス・コミュニケーション

有限会社エンカツ社 代表取締役社長

宇於崎 裕美

組織事故が起きるときの法則をイギリスの心理学者 James Reason がスイスチーズモデルで説明している。組織事故は、潜在リスクが幾重もの防護壁の穴をかいくぐってしまったときに発生する。この法則を説明する例としてよく取り上げられるのが、イースタン航空401便の墜落事故である。この事故では、ニューヨークからマイアミへ飛行中、自動操縦が解除されたことに気付かず、高度の異常に気付いた管制官と機長の間でミスコミュニケーションが発生し、マイアミ国際空港付近の湿地帯に航空機が墜落して全176名中103名が死亡した。医療現場においても同様に、異常事態が起こったときに医療従事者あるいは患者の思い込みにより、正常の範囲内としてとらえてしまう正常性バイアスが働

いたり、医師と看護師、医師と患者の間で、相手に聞き返せないといった権威勾配が働くことで、ミスコミュニケーションが発生し、事故が起こることがある。さらに、端末の入力ミスや数字の読み間違い、操作ミスといった現場担当者の不注意、機器の不具合などのレアケースの発生も組織事故の原因となることがある。

このような組織事故のリスクへの対策に加えて、事件や事故が発生する前に行うリスク・マネジメントとして重要なのが、リスク・コミュニケーションである。リスク・コミュニケーションとは、事業者が地域の行政や住民と情報を共有し、リスクに関するコミュニケーションを行うことである。関係者が相互に情報を要求・提供・説明しあい、意見交換を行うことによって、関係者全体が問題や行為に対して理解と信頼のレベルを上げることでリスクを削減する。

一方で、事件や事故が発生した後に行うリスク・マネジメントとして重要なのが、クライシス・コミュニケーションである。クライシス・コミュニケーションとは、事件や事故により組織が危機的状況に陥ったときのコミュニケーション活動全般のことで、当事者が世間に対して情報を公開し、マスコミや地域住民、一般消費者、取引先などのステークホルダー(利害関係者)から理解と協力を得ようとする活動である。この中でもマスコミなどの各種メディアへの対応が特に重要である。クライシス・コミュニケーションの目的は、マスコミ報道を最小限にし、信用損失による二次被害の拡大を防ぐことである。組織に対するネガティブなマスコミ報道は、組織にとって大きなマイナスとなる。ネガティブな報道が続くと、患者や地域住民からの信頼喪失、病院ブランド力の低下、さらには患者や職員の減少などを引き起こし、病院運営の危機に陥る危険性がある。クライシス・コミュニケーションは外から見える唯一の危機管理であり、取り組み方次第で危機的状況からの立ち直りに大きな差が出る。

事件や事故が発生したとき、世間が知りたいのは、何が起きたか(現状)、なぜ起きたか(原因)、今どうするのか(復旧対策・補償)、将来どうすればよいのか(再発防止策)の4つである。危機発生時、これらの事項を記載したポジション・ペーパーを作成し、マスコミや関係先などのステークホルダーに配布することで、組織のメッセージを統一し、伝えたい情報を正確に伝えることができる。何も言わないと人は不安に感じるため、その時点で分からない場合で

あっても検討中または調査中であることをまずは伝えることが大切である。

マスコミ報道が早期に終息するときの共通点は、迅速に記者発表をすること、明快な説明を行うこと、明確な立場表明をすることである。マスコミの非難の矛先となるのは、事件や事故の発生自体よりも、情報公開の遅れや、隠蔽・偽装・改ざん、発表内容や態度の変化であり、単純な技術的ミスや高度なミスに関する非難報道はまれである。組織や専門家は正確な情報や科学的な解明を求め、詳細が分かるまで公表を避けるが、記者は迅速な情報提供を求めているため、マスコミに速やかに情報公開を行うほうが事態の終息は早い。

また、記者対応のポイントとして、世間が求める情報を早期に公表すること、分かりやすく丁寧に話すこと、沈黙やノーコメントは避けること、嘘や隠し事をしないことが大切である。余計なことを話したり、言い訳と間違われるような言葉を挟んで否定すると誤解を与えることがあるため、事実即した内容で短く答えることが重要である。

クライシス・コミュニケーションに取り組む際に重要なことは、誠実を第一に考えた情報公開を行い、隠す・逃げるといった選択肢を持たず、トップが覚悟と明確な方針と戦略を持つことである。日頃から報道上のクライシスに対する観察眼を養い、平時からの広報活動によりマスコミや世間からの信用力を高めておくことに努めてほしい。また、記者会見やインタビューの際には、事前に予行演習としてメディアトレーニングを行うことをお勧めしたい。不祥事への対応については誰もが経験不足であり、危機発生時の異常な状況下での緊張から失敗するケースが多いため、メディアトレーニングにより場馴れしておくことが重要である。

第3部

医療安全へのポジティブアプローチ ～Safety- II からTeam STEPPSまで～

近畿大学医学部附属病院 安全管理部 教授
辰巳 陽一

日本の医療安全はマイナスからスタートし、ネガティブなイメージが強かったが、年々医療事故への見方が変化し、前向きな医療安全へのアプローチの重要性が高まっている。

これまでの医療安全の考え方は、インシデントや有害事象の数をできる限り少なく抑えるこ

とを良しとし、容認できない事象が発生した後に対応する反応型安全管理 (Safety- I) であった。Safety- I の安全管理は、人は誰でも間違えることを前提に、事故を起こしても障害に至らないようにするためにはどうすればよいかを考え、事故やインシデントの原因を見つけて対策を行うことで事故やエラーを減らしてきた。Safety- I の成功と失敗は別々の道を辿ることを前提とするため、失敗事例については調査や対策を行うが、成功事例についてはあまり顧みることがなかった。実際には、医療事故には多くの分岐点があり、失敗事例の結果だけで原因を1つに特定することは難しく、因果関係がより複雑になった現在では、根本的分析法だけでは効果が出ない事例も存在する。

Safety- I の考え方に対して、事故や有害事象より日頃の上手くいった活動を重視し、危険を予測して回避する先行型安全管理 (Safety- II) の考え方がある。Safety- II は、21世紀初頭に生まれたレジリエンス (しなやかな) 工学という学問の一部であり、人と組織の柔軟性がシステムを安全に機能させており、柔軟な適応力を高める方策が安全確保に重要であるという考えに基づいている。Safety- II の成功と失敗は同じ道のりを辿り、成功するときと失敗するときには大きな差はないと考えるため、Safety- II の安全管理は、非常にリスクのあるアクシデントだけではなく、日常業務の中の小さな成功体験に目を向け、成功を増やすことにより安全性を高める。成功は失敗よりもはるかに多く存在するため、成功事例から得られる情報は多く、結果につながりやすい。

危険が許容限度内に収まった安全につながる行為や状態の報告を行うポジティブインシデント報告も有用である。インシデントを発生させた背景因子を分析することは重要であり、インシデントで留めることができた能力を共有することはさらに重要である。

この医療安全におけるSafety- I とSafety- II の考え方は共存するものであり、医療行為の中の失敗をなくして事故を防止するSafety- I と医療行為の中の成功を探して安全を担保するSafety- II の考え方の両方を合わせることで、より医療の安全性を高めることができる。

医療事故が起きる背景としては、医療技術に起因するテクニカルスキルの問題よりも、対人技術に起因するノンテクニカルスキルの問題が大きく関与しており、チームとしての対策の重要性が明らかになっている。この問題を解決す

るためにはTeam STEPPSの導入が有効である。Team STEPPSとは、医療のパフォーマンスと患者安全を高めるためにチームで取り組む戦略と方法であり、現在では世界中の病院で導入され、エラーの減少やスタッフの満足度向上などに成果を上げている。

病院は診療科別や職種別に成り立っているのではなく、チーム医療で成り立っている。医療の質や安全性を向上させるためには、組織改革が必要であり、チームや組織全体のあり方を改善しなければならない。Team STEPPSは組織改革戦略の大きな武器となる。組織改革には職員の満足度が重要であり、不満を改善することでチームや組織への帰属意識や意欲が高まる。職員全員参加型の医療安全文化を熟成させるためには、皆が同じ目標に向かって個人の意識や行動を組織のゴールや価値観と一致させることが大切であると考えられる。

第4部

医療版失敗学のすすめ ～インシデントから学び、真の医療安全にトライする～

東京大学大学院工学系研究科 機械工学専攻
社会連携講座 特任教授

濱口 哲也

「人の振り見て我が振り直せ」「過去の振り見て未来の振りを直せ」というのが失敗学の基本である。なぜなら人間は同じ誤りを繰り返す動物であり、過去の失敗と同じような形で次の失敗が起こるからである。この我が振りや未来の振りを直すにはコツが必要であり、そのコツを伝授するのが失敗学である。

現在、ちまたにはありとあらゆるマニュアルがあふれている。マニュアルは必要であるが、全てをマニュアル化すると状況変化への対応や想定ができず、思考停止を招くため、頭で考えて合理的に再発防止や未然防止を図ることが必要である。マニュアルは単なる作業手順書であり、書かれていることの重要性が伝わらない、理由やメカニズムなどの真意が伝わらない、順番の重要性が伝わらないといった問題点がある。これからマニュアルを作る人は行間を読ませるマニュアルを作るのではなく、使う人に理解させるようなマニュアルを作ることが大切である。また、マニュアルには必ずしも自分にあてはまる事例が書いてあるわけではなく、マニュアルに書いていないことが起きて失敗する。過去の失敗を表すインシデントレポートは宝であり、

過去の失敗事例を有効に活用してほかの事例に応用することで事故を減らすことができる。

まず、失敗学において重要なことは、真の原因＝動機的原因を書き残すことである。真の原因と動機的原因を分かりやすく言い換えると言いつきとなる。客観的失敗情報だけを書いたヒヤリ・ハット報告は調査をして分かった事実を書いているに過ぎないため観察日記でしかない。人間はなぜそのように考えたかを行動するため、動機的原因を明確にして対策をしておかないと失敗を繰り返す。事故防止や未然防止のためには、なぜ間違えたのかという言いつきこそが大切であり、失敗情報の背景や経過などの脈絡を伝えることが重要である。人は自分の立場に置き換えて実感できたときにだけ、他人の失敗から教訓を得ることができる。責任追及や厳罰を与えることは犯罪防止には有効だが、事故防止には無力である。

失敗を想定することも大切である。仮定の失敗を想定して対策をしておくことにより、本当の失敗をしなくて済む。もともとリスクは未来に起こる危険や恐れであり、実際に起こったことではなく可能性を表す言葉である。インシデントレポートを作成する際には、事実だけを書き残すのではなく、起こりそうなことフィクションとして書き残してほしい。未然防止につながるインシデントレポートを作成するためには、失敗のパターンを言いつきやフィクションとともに書き残すことが必要である。

次に、失敗学において重要なことは、上位概念に登ることである。例えば、「ベッドから離れたら患者識別不能である」という失敗のキャラクタを上位概念化すると、「本体とラベルと分離したらID識別不能である」と言い換えることができる。ここから導かれる成功のキャラクタは、「ベッドから離れる際は名札を付ける」つまり「本体にラベルを付ける」である。この一般化された上位概念により、全く異なる事例へ展開することが可能になる。概念には上位概念(知識)

や下位概念(事例)というように階層があり、下位概念の事例から「つまり」と一般化して上位概念に登り、属性を付加して「例えば」と下位概念に降りる。このように「つまり」と「例えば」を繰り返して下位概念と上位概念を行き来し水平展開することにより、再発防止だけでなく未然防止が可能になる。

医療現場には落とし穴がたくさんあり、正しいことが分かっているのに失敗するのは、何らかの罫にはまっているからである。この罫を共有して二度とはまらないように失敗に学ぶことが大切である。また、正しいことだけを教わるとその正しさが分からないというマニュアル化の弊害が起こるため、正しいことと正しくないことをセットで教えるといった失敗に基づいた教育ツールが必要である。失敗学とは失敗に学び創造につなげるものである。過去の失敗に学び未来に残すことで、素晴らしい病院を作っていただきたい。

担当理事コメント

今回は非常に内容が濃い研修会であり、その中でも強く印象に残っているのは「医療事故の原因の多くはノンテクニカルスキルが原因である」「嘘をつくとき人間は余計なことまでしゃべる傾向にある」「確認不足は失敗を発見できなかった原因であっても発生させた原因ではない」「インシデントレポートやヒヤリ・ハット報告は客観的な事実のみの記載では事故防止に役に立たない」「医療事故を防止するためにはマニュアルの作られた背景まで理解することが重要である」という内容であり、日頃から医療安全を進めていく上で心に留めて置くことが大切であると感じた。

本研修会には、多数の医療関係者の方々が参加されており、改めて医療安全への意識の高さを感じた。今後のさらなる医療安全への意識の高まりを期待したい。