

Safety-2とレジリエンス

医療安全対策室長 浅雄保宏

これまでの話

- ▶ 1回目は、2007年に医療事故に巻き込まれた話
- ▶ 民事裁判まで発展。当院の勝訴で終わる
- ▶ 医療安全に穴が多数あることに気づく

- ▶ 2回目は医療安全の歴史と現在地の話
- ▶ 産業界、航空業界の安全の取り組みを医療に応用
- ▶ リーズンのスイスチーズモデル、根本原因分析

本日の参考書籍

- ▶ 中島和江編. レジリエント・ヘルスケア入門. 医学書院、2019
- ▶ エリック ホルナゲル著、北村正晴、小松原明哲監訳. Safety- I & Safety- II. 海文堂、2015

本日の話

- ▶ 医療は複雑系、産業界や航空業界は単純系
- ▶ 従来のヒトのかかわりを減らすマニュアル化の限界
- ▶ ヒトの関与は医療事故回避の原動力である
- ▶ 現場の頑張りを評価するSafety-2の考え方、レジリエンスを紹介
- ▶ 医療安全対策室では従来のSafety-1の思考に加えて、Safety-2の思考を取り入れる

医療現場と産業界との違い

- ▶ 医療現場は複雑系
- ▶ 医療者も患者もヒト
- ▶ 何もかも千差万別
- ▶ エラーは各所に潜在
- ▶ マニュアルや指針の限界
- ▶ 危機回避もヒトの判断
- ▶ 産業界は比較的単純
- ▶ プログラムや操作はヒト
- ▶ 機械は指示通りの動作
- ▶ エラーはプログラムやヒトにあり
- ▶ マニュアルや指針で制御可能
- ▶ ヒトの判断を極力減らす

現在の手法の限界

- ▶ 複雑系の医療システムに、比較的単純な産業界の安全システムを応用している
- ▶ エラーが稀になったら改善策が尽きる
- ▶ マニュアル化しても医療事故は起きている
⇒ 複雑系ゆえの限界。マニュアル化の限界
- ▶ ヒトの関与は事故の元？ 事故回避の原動力？

医療事故は現場で起きる

- ▶ 現場で起きたインシデント、アクシデントを収集、分析
- ▶ 収集、分析するのは現場から離れた部署
- ▶ 解決策を検討してマニュアルや指針に取り込み
- ▶ 改訂されたマニュアルや指針を現場に還元
- ▶ 医療安全の向上に貢献するはず

本当に???

医療現場のマニュアルの在り方

- ▶ マニュアルはあくまで想定事項（Work as imaged: WAI）
- ▶ 現場から離れた部署が作成することが多い
- ▶ 現場で行われること（Work as done: WAD）と異なるかも

- ▶ WAI、WADは医療環境変化や医学進歩とともに常に変化
- ▶ WAI、WADは変化に追随する必要性
- ▶ 古いマニュアルや指針と現場が相反する恐れ

マニュアルや指針は必要

- ▶ 現場のスタッフに共通理解をもたらす
 - ▶ 勝手な思い込みや判断の偏りを減らす
 - ▶ 多職種連携によるチーム医療には欠かせない
-
- ▶ WAIとWADの差を少なくする努力が常に必要
 - ▶ 医療環境の変化、医学の進歩で、WAI、WADは常に変化
 - ▶ マニュアルや指針はWAI。頻繁に改訂作業を！

マニュアルや指針の改訂作業

- ▶ 業務をルーチン化できれば作業効率は上がる
 - ▶ マニュアルはルーチン化を促す
 - ▶ 忙しいときほどマニュアル頼みになる恐れ
 - ▶ 業務改善の機会を逃す恐れ
-
- ▶ 現場の改善策を拾い上げて定期的にマニュアル改善でもよい
 - ▶ 遵守違反は業務改善の気づきかも

医療現場では常に想定外事項が起こる

- ▶ 急患が飛び込んできた
 - ▶ 担当患者が急変した
 - ▶ 同僚が急病で休んだ
 - ▶ 医療機器の故障、医療器具の欠品
 - ▶ 電子カルテシステムがダウンした……などなど
-
- ▶ あたふたしながらも医療従事者の頑張りで平穩に医療が実施されているのが現実

医療現場の頑張りを評価するのがSafety-2

- ▶ 日常の医療現場では攪乱要因に伴う多様な変動が起きている
- ▶ **かき乱されながらも医療現場の頑張りでエラーを回避**
- ▶ 頑張っても回避しきれなかったときにエラーが発生

- ▶ エラーを収集、分析して改善策を考えるのがSafety-1
- ▶ **多様な変動を考慮し現場の頑張りを評価するのがSafety-2**

インシデント報告では

- ▶ レベル0、1の事例がエラー回避の成功例
 - ▶ 患者に害が及ぶ前に回避できた
 - ▶ 回避方法を共有できれば別の事例も回避可能かも
-
- ▶ レベル2以上の事例では回避しきれなかった状況を把握
 - ▶ 現場は回避しようと頑張ってきた
 - ▶ そうした状況を回避する対策を考えるのがSafety-2

Safety-1とSafety-2の関係

- ▶ 対立する考えではない
- ▶ Safety-2はSafety-1を補完する
- ▶ Safety-1での改善策で十分なことは多い
- ▶ Safety-1は慣れた思考回路であり、改善策を出しやすい

- ▶ Safety-2の思考で見直すと、エラーの要因が変わりうる
- ▶ エラーの改善策が変わることがある

Safety-2の例（書籍に掲載）

- ▶ 休日の薬剤払い出しエラー。
- ▶ 払い出し時にダブルチェックを実施してから払い出すところを怠ったために違う薬剤が払い出された。
- ▶ Safety-1なら、ダブルチェックの徹底を！
- ▶ Safety-2だと、ダブルチェックできなかった背景を検討。実は電話対応などで多忙。処方依頼が重なってダブルチェック実施したものと思い込んで払い出し。処方依頼が重ならない、電話対応を減らすための改善策実施。

Safety-2的思考では

- ▶ エラーがあった時、現場で情報収集する
- ▶ Safety-1思考で、根本原因分析して改善策を出す
- ▶ 原因や改善策が現場に適しているか考える
- ▶ しっくりしないならSafety-2的思考で見直す
- ▶ **エラーが起きた時の状況を広範囲に聴き取り**
医療者の配置、経験値、人の出入り、現場の忙殺度、疲労度
⇒ **エラーを起こしやすい要因の抽出とこれに対する改善策**

レジリエンス

- ▶ 復元力とか回復力とかの意味合い
- ▶ **大きな変動による機能低下を吸収し、回復させる**
- ▶ 急変時対応が一例になるけど
 - 応援を呼ぶ、専門家を呼ぶ、資器材を集める
 - 通常業務中断して集中的に治療。患者さん回復後は撤収
 - 遅れが出た分は頑張りて復旧させる
 - 終わってみれば何事もなかったような1日

レジリエンスを高めるには

- ▶ 現場の頑張りで日々の難題を解消しているのを認める
- ▶ 業務量の急激な変動に対処する現場の頑張りを評価
- ▶ エラー発生があってもSafety-2の視点で再評価

- ▶ Safety-1の視点だけだと現場の頑張りが評価しきれない
- ▶ 根本原因分析ではそれらしい原因にたどり着くと思考停止しやすい
- ▶ 現場の戦意をくじくかもしれない

うまく行って良かったね

- ▶ インシデントレベル0や1の事例報告を求めている
 - ⇒うまく行って良かったね
- ▶ これより上のレベルの事故報告への対応
 - ⇒日頃はどうやって回避しているだろうと考える
 - ⇒回避しきれなかった原因を考える
 - 医療者の配置、経験値、人の出入り、現場の忙殺度、疲労度
 - ⇒頑張り切れなかった事例には優しいまなざしを

まとめ

- ▶ Safety-1の思考で医療安全は日々改善
- ▶ 根本原因分析を行い、マニュアル化してヒトの関与を少なくする
- ▶ 医療は複雑系で、ヒトが安全実施の要でもある
- ▶ 現場の頑張りを評価するSafety-2の思考を取り入れる
- ▶ Safety-2の思考はレジリエンスを高める
- ▶ 医療安全対策室ではSafety-2の視点でも評価していく