

ImSAFER2013ver1.0

ヒューマンエラー事例分析コース

## 事故の構造に基づく分析手法: ImSAFER

おわりに

自治医科大学医学部  
メデイカルシミュレーションセンター  
センター長  
医療安全学教授 河野龍太郎



KAWANO Ryutaro 2013 (C) 1

### ImSAFERの手順

分析	手順 1 事象関連図の作成
	手順 2 問題点の抽出
	手順 3 背後要因の探索(レベル別)
改善	手順 4 考えられる改善策の列挙
	手順 5 実行可能な改善策の決定
実施	手順 6 改善策の実施
評価	手順 7 実施した改善策の評価

KAWANO Ryutaro 2013 (C) 2

分析のレベル	分析内容	想定利用者
Level III	エラー事象の構造分析 Fault Root Analysis	病院の医療安全管理者
Level II	出来事流れ図分析 Event Flow Analysis	部署のリスクマネージャ
Level I	ワンポイントなぜなぜ分析 One Point why-why Analysis	個人
Level 0	事実の把握 時系列事象関連図	全員

KAWANO Ryutaro 2013 (C) 3

### 注意点

分析に最も重要なこと  
→「手順を理解することではない」  
→「**考え方を理解すること**」

エラーに対する見方・考え方を「**エラー不注意論**」から「**人間特性ー環境相互作用論**」に変えること  
→ **見方・考え方が変わらない限り**、どのような分析手法を利用しても、分析の深さやそれに基づく対策の立案には**限界**がある

KAWANO Ryutaro 2013 (C) 4

### 説明: その1

#### 人間の行動はどうやって決まるか

- ・ 心理学者レヴィン(Lewin)の行動の法則

$$**B=f(P, E)**$$

- ・ B: Behavior (行動)
- ・ P: Person (人)
- ・ E: Environment (環境)

人間行動には、**人間特性と環境の二つ**が関係している

KAWANO Ryutaro 2013 (C)

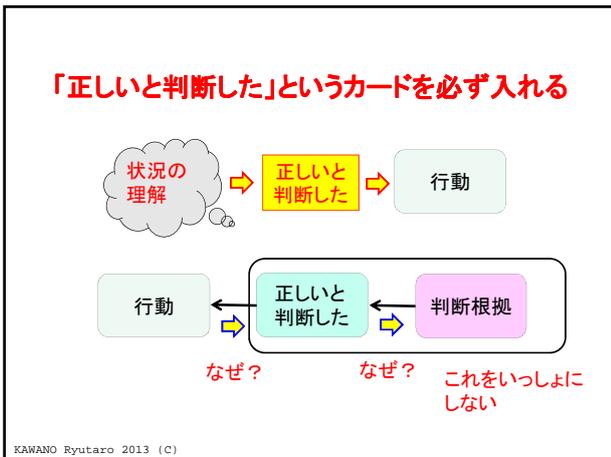
### 説明: その2

心理学者コフカ(Koffka, K)の説明

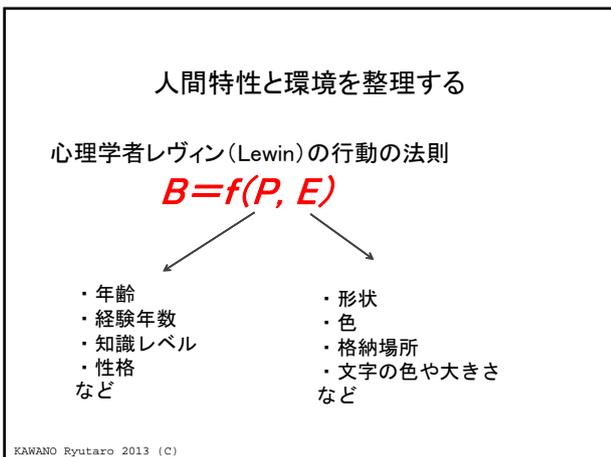


人は自分の理解した世界(心理的空間)に基づいて行動を決定してる。

KAWANO Ryutaro 2013 (C)



- 3. 背後要因推定の留意点**
- (1) 視座を変えて見ること
  - (2) 実物を見ること
  - (3) 実際にやってみること
  - (4) 物理現象をよく見ること
  - (5) 具体的に何が起こったのかをよく見ること
- KAWANO Ryutaro 2013 (C)



- 医療における背後要因のパターン**
- 1. 基本パターン**
    - (1) 事象発生のパターン
    - (2) 行動のエラーのパターン
    - (3) 判断根拠のパターン
    - (4) やるべき行動をしなかったエラーのパターン
    - (5) 見逃しのパターン
  - 2. 医療における応用パターン**
    - (1) 注射のパターン
    - (2) 内服薬服用のパターン
    - (3) 患者間違いのパターン
- KAWANO Ryutaro 2013 (C)

- リスク低減の努力**
- ・可能な限りリスクを低減する努力を継続すること
  - ・エラー発生メカニズムやエラー低減策の考え方を理解し事例を分析すると、様々な問題点が抽出される
  - ・限られたリソースだが、いくつかの対策が考えられる
- 対策を具体的に実行**
- 分析手法は事実を明らかにして対策立案に役立つと同時に、エラーメカニズムや事故の構造を理解するためにツールでもある
- KAWANO Ryutaro 2013 (C)