

ImSAFER2014ver1.0

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
の即行型ImSAFER: QuickSAFER

QuickSAFER分析手順



自治医科大学医学部
メディ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 2014 (C) 1

リスクマネジメントの基本

現実を理解すること

1. 何が起こっているのか

本当にそうなのか

→現実とは？

「〇〇でなければならない」ではなく、どうなっているのか、を知ること

2. リスクマネジメントは最終的には、

リソースマネジメントになる

ここでいうリソースとは、人、モノ、金などのこと

KAWANO Ryutaro 2014 (C)



安全はない！

安全な医療
安全な飛行
安全な操業
安全な運転

そんなものは存在しない。

安全 か 危険

All or Nothing



KAWANO Ryutaro 2014 (C) 3

安全は存在しない。

安全は存在しない。

リスクのみ存在する

安全 = 受け入れることのできない
リスクがないこと

Safety = freedom from
unacceptable risk

KAWANO Ryutaro 2014 (C) 4

リスクマネジメントの基本

1. 健康のリスク
2. 経済のリスク
3. 地球環境のリスク
4. エネルギーのリスク
5. 国防のリスク
6. 放射線のリスク
7. その他

部分のベストでは解決できない

↓

リスクは互いにリンクしている

↓

判断根拠としてデータを用いる

KAWANO Ryutaro 2014 (C)

目次

はじめに

1. ヒューマンエラー発生メカニズム

2. QuickSAFER分析手順

おわりに

KAWANO Ryutaro 2014 (C) 6

事例:薬剤の過剰投与

- ・新人看護師Dが、医師Eの指示書に従い、薬剤△△を生食500mLに入れて準備した。
- ・看護師Dは決められた手順に従い、患者の名前を確認して、点滴を始めた。
- ・引き継ぎ看護師Fが巡視の時に点滴バッグを見ると、110mLと書いてあった。これまでの量と比べて多いな、と思った。
- ・調べてみると、**10mLの薬剤が110mL**となっていた。

この事例は仮想事例です。

KAWANO Ryutaro 2014 (C)

7

- ・一人前のプロはエラーをしない
- ・ヒューマンエラーだ、また、同じミスだ
- ・初歩的なミスだ
- ・そんなばかな、何考えているの
- ・精神がたるんでいる
- ・注意力が足りない
- ・こんな偶然はしかたがない



↓

ヒューマンエラー発生原因に対する古典的な考え

→

エラーを科学的に理解する

KAWANO Ryutaro 2014 (C)

8

ヒューマンエラーとは

ヒューマンエラー (human error) とは、「意図しない結果を生じる人間の**行為**」

出典: JIS Z8115:2000



まず、行動(行為)を理解すること



心理学による2つのモデルを使って説明

モデル : 複雑なものを簡単に理解するための道具

KAWANO Ryutaro 2014 (C)

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)

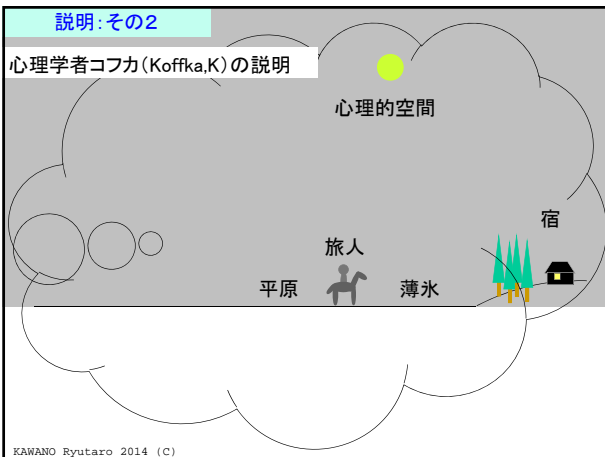
E: Environment(環境)

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 2014 (C)

説明:その2

心理学者コフカ(Koffka,K)の説明



KAWANO Ryutaro 2014 (C)

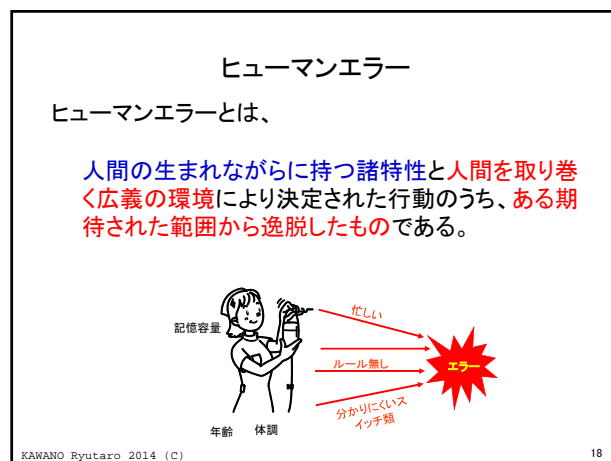
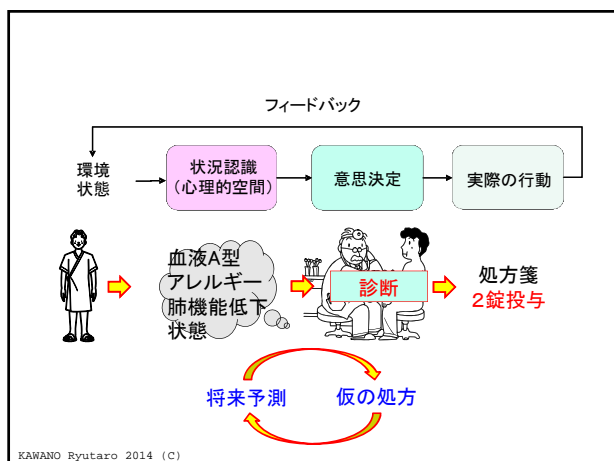
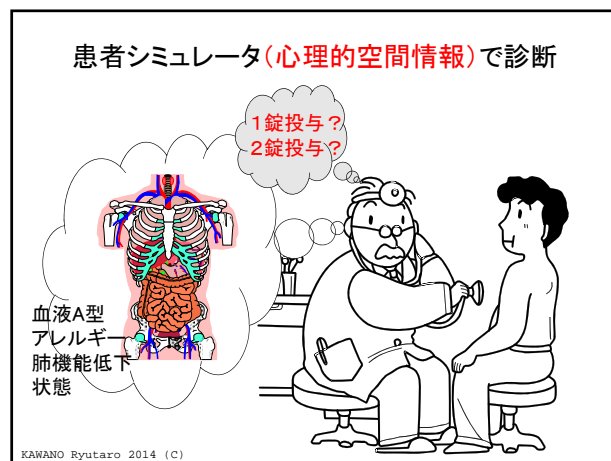
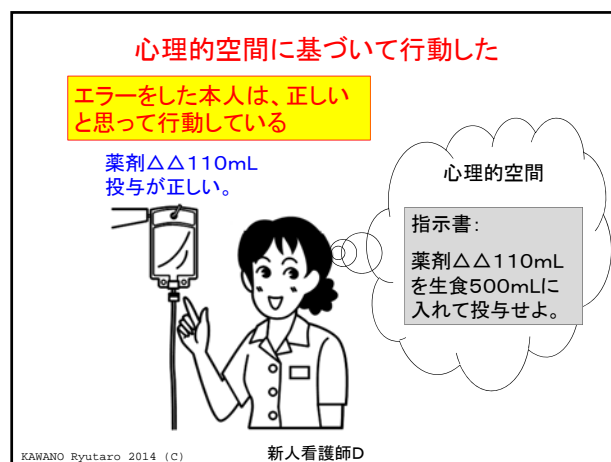
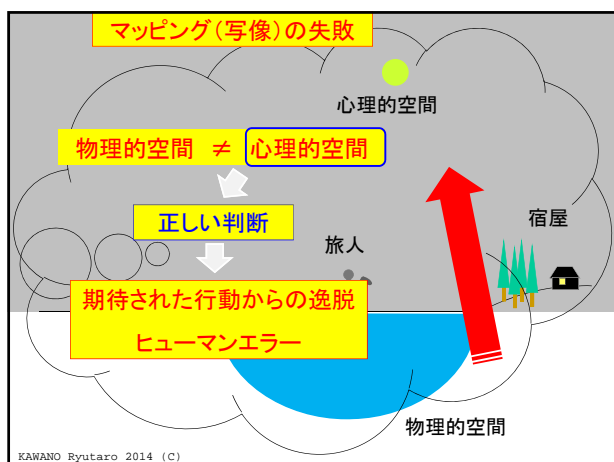
説明:その2

心理学者コフカ(Koffka,K)の説明



KAWANO Ryutaro 2014 (C)

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。



強調して言えば、

ヒューマンエラーは、人間の本来持っている特性と、人間を取り巻く広義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。

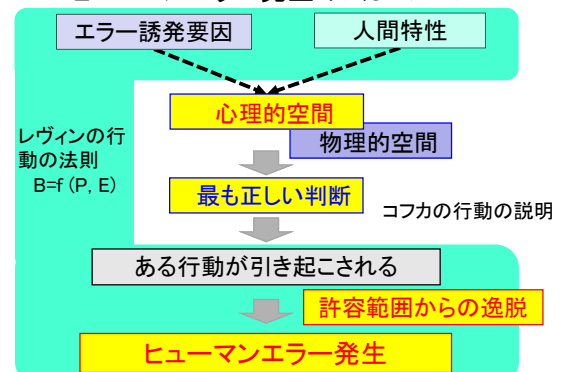


ヒューマンエラーは、原因ではなく、結果

KAWANO Ryutaro 2014 (C)

19

ヒューマンエラー発生メカニズム



KAWANO Ryutaro 2014 (C)

目次

はじめに

1. ヒューマンエラー発生メカニズム

2. QuickSAFER分析手順

おわりに

KAWANO Ryutaro 2014 (C)

21

QuickSAFERの特徴

- ・ヒューマンエラー発生メカニズムに着目
- ・1つのエラー行動を分析
- ・原因追及と対策立案を支援
- ・早く簡単に分析できることを目的として、QuickSAFER (即行型SAFER)
- ・分析の深さは Level I

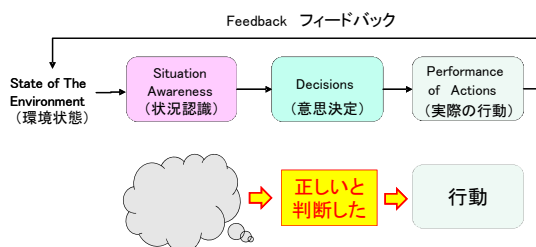


報告をベースにその場で分析することができる

KAWANO Ryutaro 2014 (C)

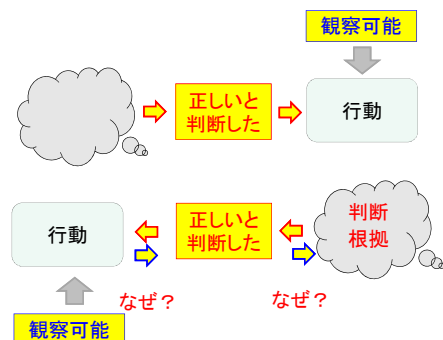
22

行動するときは「正しいと判断」している



KAWANO Ryutaro 2014 (C)

背後要因の推定は逆にたどる



KAWANO Ryutaro 2014 (C)

報告書

① この事象の中で一番
関心のある行動を1つ選
び出す

看護師W
患者Y氏のセデ
ーションを看護
師Tに依頼

KAWANO Ryutaro 2014 (C) 25

② B = f(P, E)を整理する

分析対象者: 看護師W

分析対象行為: 患者Y氏のセデーションを看護師Tに依頼

P (人間)	E (環境)
<ul style="list-style-type: none">看護師Tのポンプ操作の技量を知らない自分の患者で手一杯だった苦痛を少しでも緩和させてあげたい	<ul style="list-style-type: none">交換の時間が迫っている急変患者への対応で忙しい他のみんな忙しい

KAWANO Ryutaro 2014 (C) 26

報告書

看護師W
患者Y氏のセデ
ーションを看護
師Tに依頼

正しいと判断
した

看護師Tのポン
プ操作の技
量を知らない

看護師Tと一
緒の機会が少
なかった

...

自分の患者で
手一杯だった

苦痛を少し
でも緩和させ
てあげたかった

➡

③ 分析対象行動の背後要因を探る

KAWANO Ryutaro 2014 (C) 27

報告書

看護師W
患者Y氏のセデ
ーションを看護
師Tに依頼

正しいと判断
した

看護師Tのポン
プ操作の技
量を知らない

看護師Tと一
緒の機会が少
なかった

...

自分の患者で
手一杯だった

苦痛を少し
でも緩和させ
てあげたかった

看護師Tに直
ちに教育する

職業的正直の
教育

上司が能力を
把握する

自由に思っ
ていることを口に出せる雰囲気

上司が部下の
素行を把握する

④ 対策を列挙する

KAWANO Ryutaro 2014 (C) 28

報告書

① 行為の背後は必ず「正しいと判断した」がくる

看護師W
患者Y氏のセデ
ーションを看護
師Tに依頼

正しいと判断
した

看護師Tのポン
プ操作の技
量を知らない

看護師Tと一
緒の機会が少
なかった

...

自分の患者で
手一杯だった

苦痛を少し
でも緩和させ
てあげたかった

③ 判断根拠の
背後要因

② 判断根拠がくる

KAWANO Ryutaro 2014 (C) 29

報告書

関心のある行動を
選び出す

看護師T
自分で観察

看護師T
自分で観察

(注)分析対象行為に「ので」を入れると背後
要因が限定されてしまう。行動だけに
絞って記述する。

KAWANO Ryutaro 2014 (C) 30

分析対象者: 看護師T	
分析対象行為: 指示内容を自分で解釈	
P (人間)	E (環境)
<ul style="list-style-type: none">薬に関する量の知識が不足結果の重大性を理解していない患者の苦痛を早く緩和させてあげたい	<ul style="list-style-type: none">時間がなかった医師が忙しかった他の意見に耳を傾けない医師だった判読しにくい手書き文字の処方指示書周りの人も忙しい

KAWANO Ryutaro 2014 (C)

31

① この事象の中で一番関心のある行動を1つ選び出す

報告書

看護師W
患者T氏のセザンシオンを看護師Tに依頼

正しいと判断した

看護師Tのポンプ操作の技量を知らない

自分の患者で手一杯だった

苦痛を少しでも緩和させてあげたかった

看護師Tと一緒の機会が少なかった

.....

③ 分析対象行動の背後要因を探る

④ 対策を列挙する

看護師Tに直ちに教育する

職業的正直の教育

上司が能力を把握する

自由に思っていることを口に出せる雰囲気

上司が部下の業務量を把握する

QuickSAFER

KAWANO Ryutaro 2014 (C)

32