

学会参加報告



## 日本臨床検査自動化学会第44回大会

会期)平成24年10月11日(木)～13日(土)

会場)パシフィコ横浜 会議センター

報告者 中村 直美 (検査1科血清係)

### イブニングセミナー

テーマ：医療、そして臨床検査におけるリスクマネージメントを考える

演 題：失敗に正しく学べば、医療事故は防げる

飯野 謙次 氏(特定非営利活動法人 失敗学会副会長・事務局長)

### ■「失敗学」の概要と目的

今回、「医療や臨床検査におけるリスクマネージメント」をテーマとする興味深い講演を聴講する機会を得ましたのでご報告いたします。

失敗の経験は成功へのステップであり、その失敗に対して詳細な原因究明を行うことで、失敗を成功に変換してゆくことが「失敗学」であるとする演者が、医療事故の発生リスクをいかに最小限にとどめるかについて解説されました。

講演の中で最も印象的だったのは「注意力に頼ると失敗を繰り返す」という言葉でした。演者によると、人の注意力には限界があり、注意力をどれだけ高めてもミスが起こることは確認されているとのことでした。「失敗学」の立場から、有用な過誤防止策として演者が取り上げたのは以下の2点でした。

- ①知恵を広める：失敗体験について相手のハートに訴える情報伝達できれば、受け手側に知恵が生まれる。それを整理しておき他方面にも活用する。
- ②仕組みを創る：失敗は精神論では解決しないので、頑張らなくてもよい仕組み（システム）を創ることが大切。また、そのためには創造性を育む努力が必要。

### ■実際の事故事例から「失敗学」を考える

講演では「注意力に頼った結果の失敗」を実際の医療事故やその他の事故事例をあげながら解説されました。そのいくつかを次ページにお示しします。

【事例1】アメリカの軍需工場で手榴弾を製造していたが、手榴弾のふたを閉じるためのピンの貫通作業が不完全で箱詰め後にピンが抜けて爆発が起こった。その後、ピンの貫通作業に対する見張り役をつけたが、爆発はまた起こってしまった。結局、完全に貫通したピンだけを機械がひっかけて箱詰めするという仕組みを創ることで解決した。

【事例2】MRI検査室に酸素吸入をさせながら患者を搬送した際、ストレッチャーと酸素ボンベがMRI専用（非磁性体）であるか否かを確認しなかった。その結果、MRIに近づいた時に酸素ボンベが飛び出し、MRI本体（ガントリー）に吸着された。

【事例3】患者Aへの輸血指示があり、看護師は用意された血液製剤と伝票内容とを照合した。その後、輸血を実施する際にその患者が患者Aであることの照合をしなかったため、患者Bに輸血を行った。

## ■事事故事例から学ぶこと

演者は、上記事事故事例はいずれも注意力に頼りすぎた結果であると指摘しました。事実、講演の中で提示された統計資料においても確認や観察を怠った、判断を誤ったなどの項目が突出する傾向が確認されました。演者はこれらを防止するためには、知恵を働かせて、注意力に依存しない仕組みを創ること、特に電子化（システム）による確実なチェックを強調されていました。

本学会では感染症からリスクマネジメントまで幅広く学ぶことができました。聴講した内容を自分たちの業務に活用することが出来るよう、日々精進してゆきたいと思いました。

### 所内における血液型検査のリスクマネジメント（血清係での取り組み）

平成23年5月に、血液型の過誤リスク回避に向け検査方法を変更しました。

現在、血液型の確認は、最初に血液型検査を行った検査技師とは別の技師が再度血液型の検査を実施したうえで、結果を記入したシートと結果入力後に出力したシートとを2人で読み合わせています。その際、一方が読みあげた結果を、他方が「耳」で聴き「目」で確認します。このように五感を活用することで、より小さな注意力で最大のチェック効果が上がるよう考慮しています。（一つのことだけに集中できるように）

また、端末での結果入力においても、先入観や思い込みが入らないよう工夫しています。