

同じインシデントを 何回も繰り返す医療界

産業界は高度成長期に涙ぐましい努力を重ねて、不良品や事故を減らすカイゼンを行ってきました。今では製品100万台中、不良品は数台程度になっています。一方、医療界では同じ病院で同じ医療事故が何回も起こっています。

「人の振り見てわが振り直せ」という言葉と同様に、過去の振り見て未来の振りを直せ、つまり失敗から学び、知識として蓄積し、活用してきた産業界の手法を医療界でも導入しようというのが「医療版失敗学」です。

医療現場では数多くのマニュアルがあり、それに従って作業をしているはずなのに、どうしてインシデント、アクシデントが減らないのか。それは、マニュアルの多くが作業の程度や重要度、それを行う理由やメカニズム、順番の重要性など読んでわからないものだからです。「頭で考えずに作業をすればいい」という内容にとどまっているため、状況変化に対応できず失敗してしまう。失敗を教訓とし、同じような失敗を繰り返さないためには、まず失敗の原因、「失敗のカラクリ」を理解するこ

一例ですが、「炭鉱で粉塵爆発が起きた」という話だけでは、炭鉱で働く人以外は自分には関係ないと考えます。ところが、「つまり、粉体は体積の割に表面積が大きいので酸素と結合して爆発する。だとすれば小麦粉もしかり。たとえば、粉体の空気輸送は危険」と言えば、多くの人がその危険性を理解します。なぜなら、「炭鉱で……」という事例が、「体積の割に表面積が……」という知識に変わったからです。このように、上位概念に上らなければ情報は知識として伝わりません。

上位概念に上ったなら、そこからまた下位概念に下りてくる必要があります。先の事例でいえば、「たとえば、油まみれのほこりがたまった排気ダクトは危険」などと、未来の自分の仮想失敗事例になれば未然防止策につながるのです。このように事例に対し、「つまり」「たとえば」を繰り返すことで、知識を他部門にも伝えられる水平展開ができます。産業界ではよく使われる手法ですが、医療界でも一職種の失敗事例から多職種にも関係ある言葉に変換することで、セクシヨナリズムやライゼンシンドロームの壁を破り、知識として伝わりやすくなります。

今月の 人

濱口哲也

東京大学特任教授

病院のインシデント、 アクシデント事例を集め 再発・未然防止に努める 「医療版失敗学」を提唱

過去の事故や失敗の事例から学び、未然に防ぐための方策を研究する「失敗学」は、おもに産業界で活用されてきたが、ここに来て医療界からも注目が集まっている。

2011年6月から一般社団法人「元気医療ネットワーク機構」が「医療版失敗学」セミナーや研究会を開催。「失敗学」の研究者で、同セミナーの講師として「医療版失敗学」の普及に努める濱口哲也特任教授に、医療界での必要性や生かし方について聞いた。

撮影：原恵美子



Tetsuya Hamaguchi

東京大学大学院工学系研究科機械工学専攻社会学連携講座。工学博士。1986年、東京大学大学院修士課程修了。日立製作所に入社し、磁気ディスク装置の研究・開発・設計に従事。98年に同大博士(工学)。2007年より現職。日本機械学会、特定非営利活動法人失敗学会所属。著書、共著に「失敗学と創造学〜守りから攻めの品質保証へ〜」、「創造設計の技法」(ともに日科技連出版社)など。

とから始める必要があります。

理解するためのエッセンスには大きく2つあり、一つは「言い訳を書き残すこと」です。たとえば、失敗や事故を起こしたときの報告書ですが、多くは時系列に事実が並べられているだけ。これでは役に立ちません。なぜなら、失敗した結果だけで背景や経過など言い訳の部分が書かれていないため、なぜそのように判断したのが不明だからです。そもそも失敗の報告書はほかの人が読み、同じ失敗を繰り返さないためにあるもの。人は自分の立場に置き換えて実感できたときだけ、他人の失敗から教訓を得られます。失敗の言い訳を詳細に書くことで置き換えが容易になり、カラクリも明らかになるのです。さらにリスクマネジメントの観点からすると、フィクションを語ることも大事。これから起こる可能性のある出来事をヒヤリハット、インシデントレポートとして書けば、失敗を未然に防止できます。

もう一つのエッセンスは、「上位概念に上ること」です。具体的には、過去や他人の失敗事例(「下位概念」を知識化する(「上位概念」)ことで「システムのカラクリ」の理解や応用につながるという理論です。

指示で看護師が伝票を発行し薬局に渡し、点滴薬が在庫されるが、「実行」って何? となるのです。点滴は痛がるときでいいのか、何時間かけて行るか、量はどれくらいか——を含めて「実行」としてしまいます。さらに、病棟にあるストックを使う場合、在庫伝票はどうするのか、点滴が何本目なのか誰でもわかるようにしてあるかなども見えてきます。

医療界では、目の前の作業のことばかりでカイゼンが根づいていません。それは産業界と比べても、アクシデントに対するインシデントやヒヤリハットの数が少なすぎることでわかります。「医療版失敗学」の研究会では、病院のインシデントレポートを集めて作業プロセスをひもときながら、失敗の知識化を図ろうとしています。失敗を法則化し、再発・未然防止策として多くの病院で共有できればと考えています。

病院という組織はセクシヨナリズムの壁があり、失敗の知識化が難しい。だからこそ、失敗をマイナス評価とせず情報として吸い上げる組織風土を病院トップにつくってもらいたい。そうすることで、医療界は変わると本気で思い、活動のすそ野を広げていきたいと考えています。

失敗例を集めて知識化し 多くの病院で共有を

失敗やシステムのカラクリを理解するにはこれらにプラスして、業務の流れを確認し、問題点やカイゼン

策を探る「プロセス分解」が必要です。点滴のプロセスを説明せよ、という、ほとんどが「医師からの指示があり、指示受けして準備、実行し

ました」で済ませてしまう。プロセス分解をきっちりやると、医師からの