

医療安全ニュース 10期/11号

「報告の文化」 事故報告書はなぜ必要？

● 当院の事故報告書 図1参照

1. 2016年6月1日から事故報告書が電子カルテ端末から入力出来るようになりました。

導入時、入力方法をレクチャーした時の説明ビデオが、電子カルテ内に今もあります。

フォルダの退避の中の「900 インシデントアクシデント」というフォルダに、
「インシデントアクシデントシステム操作説明」というファイルがあります。

「一般職員向け」と「所属長向け」の2種類がありますが両方ともダブル
クリックで視聴することが出来ます。研修などにてご活用下さい。

2. 現在年間平均で943.4件、月間平均で78.1件の報告があります。3年11ヶ月の期間で、実質レベル4a以上の報告はありませんでした。レベル3b（濃厚な処置や治療を要した）は55件（1.6%）、一方レベル0（エラーや不具合見はられたが患者には実施されなかった、ヒヤリ・ハットも含む）も486件（13.8%）報告されています。

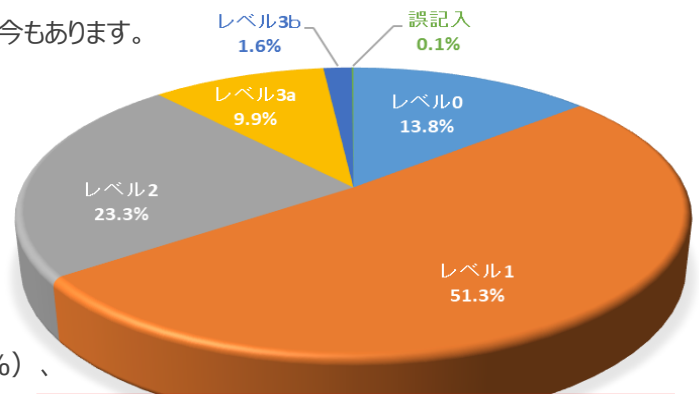


図1：レベル別事故報告割合 2016/6/1～2020/4/30

● 医療は複雑系！

1. 医療はさまざまな機能（ヒトやモノなど）が関係し、航空システムや気象予報などと並ぶ複雑系システムの代表格であり、機能が及ぼす結果の予測が非常に困難です。
2. 航空システムではエラーが事故に繋がらない様に何重にも隔壁があります。医療にも事故予防の隔壁はありますが、複雑系であるが故にたったひとつのエラーが直接重大事故に繋がる可能性があることは過去に報道された事例が示している通りです。
3. それでは、どう対応すればよいのか？の方策は、医療安全ニュース9期/2号「レジリエンスの強い組織へ」や8期/12号「医療安全研修会でよく耳にする Safety- I & Safety- II」をご参照ください。今回は「事故報告書の意義」について考えてみましょう。

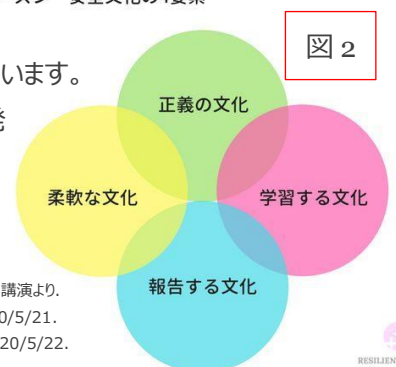
● 事故報告書の意義は？

1. 上司に指示されたから、反省は十分したがなぜ記録が必要なのか？などの経験・疑問はありませんか？「事故報告書の最大の意義は再発防止です」。人は人である以上失敗（エラー）することがあります。同じ状況に置かれたとき同じ失敗をする可能性は高くなりますが、その状況を知っていれば（経験を共有することで）失敗しない、事故に繋がらない様に対策し防止することが出来ます。
2. 事故報告をしない、失敗の経験を共有しないということは、ルール違反はわかっているけど（多少失敗しても）簡単に早くできてしまうことなど「不適切な判断が優先され安全の優先度が下がっていくこと」にもなりかねません。ルール違反が横行すると、個人だけではなく「組織的にも不適切な判断が蔓延し安全の優先度が下がった風土」ができてしまいます。

リズーン 安全文化の4要素

● 「安全の文化」の基盤は「報告の文化」 図2参照

1. J.リズーンは著書「組織事故」の中で、組織の安全の文化には「4要素」が必要であると述べています。中でも「報告の文化」がなければ、何が起きているのか？当事者以外は誰にも把握できず再発防止ができません。組織全体で安全に対する優先度を確保し安心・安全な組織、安全の文化を醸成する為にも全職員による事故報告「報告の文化」をよろしくお願いいたします。



参考・引用

- ・医療の質・安全学会、医療事故調シナポジウム、「事故から学ぶ」医療安全は限界。2014/11/14. 中島和江・大阪大学医学部付属病院中央クリティカルマネジメント部部長講演より。
- ・レジリエントメディカル「医療安全文化の醸成～コンプライアンスからコミットメントへ」.<https://resilient-medical.com/medical-safety/safe-culture-fostering..>2020/5/21.
- ・医療安全の基礎：安全文化の醸成～ヒヤリハット報告はなぜ必要なのか？～.河野龍太郎.<https://www.youtube.com/watch?v=rk-5oR9r5f0&t=1394s>. 2020/5/22.

職員の皆様へ：お読みになりましたら下記へサインをお願いします。院内ラウンド時に確認させていただきます。