医療安全ニュース 10 期/2 号

後知恵バイアス(Hindsight Bias)

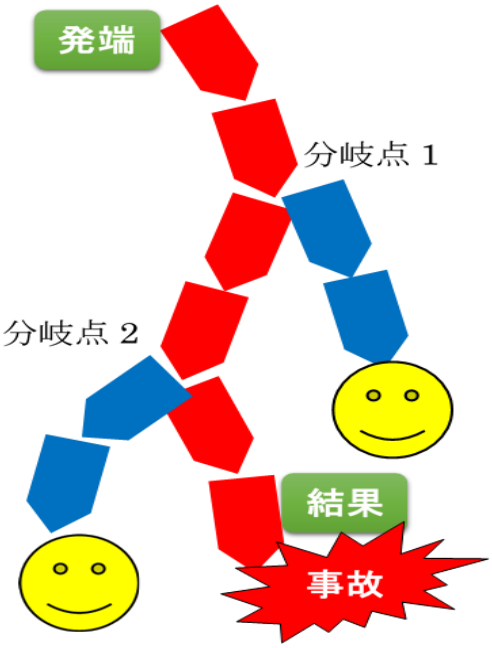

図 1

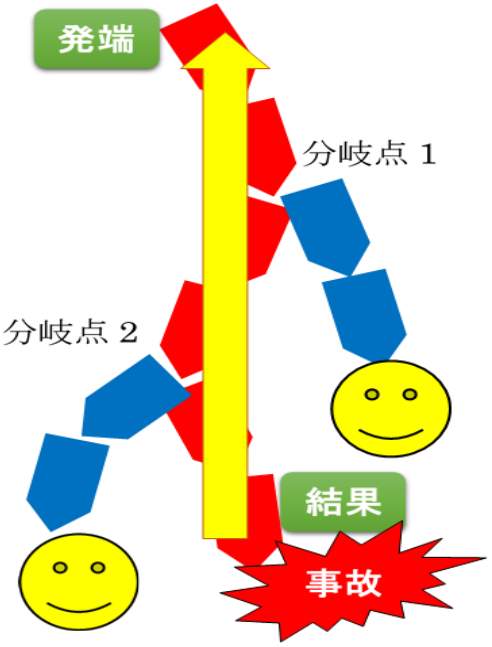

図 2

参考引用文献：1) ヒューマンエラーを理解する 実務者のためのフィールドガイド
シドニー・デッカー著／小松原明哲・十亀洋監訳.海文堂出版株式会社.2010 年 7 月

- **ヒューマンエラーと後知恵バイアス**

1. **ヒューマンエラーは原因ではなく結果です**、ということは**医療安全ニュース 9 期/3 号**でも解説しました。これをすれば、もしくはしなければ、エラーを判断出来る、といった特別な条件は無いとされており、作業を行っているときその作業が間違っている(これはエラーである)とわかって作業を行う人はいません。**望ましくない結果、もしくは意図したとおりの結果にならなかった、ということは後になってわかることです。**[1)]
2. 例えば、高速道路を利用して移動しているとき渋滞情報が目にとまりました。早く目的地に着きたかったので次のインターチェンジで降りて一般道路を選択しました。ところがその一般道路は同様に考えている車で溢れており大渋滞です。渋滞していても信号のない高速道路の方が早かった、という結果は後から判明したことであり**「後知恵バイアス」**といえます。

- **事例分析と後知恵バイアス**

1. マニュアルは重要ですが 100%その通りに行うことは難しい場面もあります。マニュアルでダブルチェックを行うことが決められていても「ちょっと目と耳貸して」といった手抜きのダブルチェックでは意味がありません。そのような場合事例分析から原因を探りますが、「ダブルチェックをしっかりとしていなかったからだ」などとルール違反を過大評価し因果関係を単純に考えてしまうのも「後知恵バイアス」といえます。
2. 事例の原因を探すとき、事象の流れから作業のひとつひとつの断片を切り出し、それらを結果と単純に結びつけて「いかにも関係がある」とするのは「後知恵バイアス」です。事例が発生してから「ほらね、こうするべきと言ってたでしょ」など予測できていたと考えることも「後知恵バイアス」です。上記の事例では「ダブルチェックをルールどおりしないからだ」だけではなく、「なぜ正しいダブルチェックができなかったのか」環境？システム？マニュアルそのもの？なども検討する必要があります。

- **事例の結果と後知恵バイアス**

1. 事例の発端から結果までは行程があります(図 1 参照)。結果から辿って行くと発端までは 1 本道で分岐点は見えませんが(図 2 黄色矢印)、発端から辿って行くと第 1 分岐点で左右の選択肢があります。右(青色矢印)を選べば事故という結果にはなっていませんが左(赤色矢印)を選ぶことで事故という結果になります。「後知恵バイアス」は強い影響力がありますが、第 2 分岐点の存在も含め根本原因を探るにはどうして左(赤色矢印)を選んだのか？を検討することです。
2. 事例の原因を人だけと捉え「もっと慎重にしていれば」とか「こうすればよかった」などで終りとせず、**発端から「後知恵バイアス」を抑え、事象の流れや分岐点の有無などを検討し再発防止策を構築する**ことが求められています。

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。