

5分で読める 医療安全ニュース 9期/3号

ヒューマンエラーとは原因ではなく結果です！

ヒューマンエラー3原則



ヒューマンエラーは上記の3原則を満たしているか否かで定義できます。どれか1つを満たしていればよいのではなく、3つの原則をすべて満たしていることが必要です。そういった意味では必要条件ともいえます。

例えば「①期待されない行為をした」ということだけではエラーが発生するとは限りません。たまたま運よくエラーが発生しないという場合もあるでしょう。またさらに、「②達成しようとした目標とは違う結果になった」というだけでもヒューマンエラーとは定義できません。なぜなら、「目標と違う結果」が人的な要因かどうか確定できないからです。

そのため、①と②の条件に加えて、「③意図はなかった」という条件が加わって初めてヒューマンエラーを定義できるのです。

<https://resilient-medical.com/>より引用 2018.9.12



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

2018/9/12 医真会八尾総合病院 医療安全管理室

● ヒューマンエラー？

1. 事故の原因を考える時、トラブルの原因を失敗したことで捉え、ヒューマンエラーが原因とする報告書があります。本当にそれだけで完結しても良いのでしょうか？
2. ヒューマンエラーの定義は先人によっていろいろな捉え方もありますが、ジェームズ・リーズン（1990）は「望ましい結果を達成するために計画された行為の失敗、ただし、何らかの未知の事象による干渉がないこと」とし、**運不運と意図した行為を分離するためにただし書き以降が重要である**としています。
3. 単一のヒューマンエラーを事故そのものの原因であると確定し対策する事は、期待された効果も無く現在では古い捉え方とされています。事故には複数の要因がある可能性が高く、そのためにも要因分析することは大事なプロセスであるといえます。（要因分析のご相談など医療安全管理室まで）
4. バーコード認証や各種アラーム、接続が限定されたアウトレットなど院内にも様々な物理的工夫があります。ヒトがヒトである限りエラーを起こすことを防ぐことは出来ませんが、エラーをコントロールする事は出来るとされています。事故防止対策はエラーをコントロールする事で、できるだけ事故に結び付かないようにする工夫というわけですね。

● ヒューマンエラーとは原因ではなく結果である

1. エラーを起こしたとき、起こした当事者は自分自身ではエラーを起こしたことに気付いていません。望ましい結果にならなかったことは後になってわかることであり「あの時こうしていれば」などと考えることとなります。
2. 「湖が凍ってできた雪原と知らず、渡って宿に向かう旅人は、無事に着けばエラーは起こってはいないが、割れて落ちればエラーとなる」とヒューマンエラーの講演で聴講しました。雪原を渡っているとき旅人はエラーを起こしているという自覚はなく、結果として割れて落ちたりすればエラーが発覚することですね。
3. シドニー・デッカー（2010）は、カゴに腐ったリンゴが1個あったとして、それを新しいリンゴと置き換えれば一件落着、もうリンゴは腐らない、とはならず、腐った原因はどこにあるのか？を考える必要がある。カゴの大きさなのか？盛り方なのか？取り替えるだけでは解決しない、と述べています。
3. 「よ～し間違ってるやろう！」などというスタッフはいません。エラーを起こしたとき**何でそういう風になることが当然であったのか？どのような状況でどういう風に考えてそれを行ったのか？を分析し対策する必要があります。**
3. そのようにしなければ、ひとりのスタッフが起こしたエラーは他の大多数のスタッフも同様な状況では同様な行動を起こし、同様なエラーが繰り返し起き続ける可能性が否定できません。
5. 人は間違いを起こす者として捉え、そうならないようにするか、なってもできるだけ影響が出ないようにしておく事がマネジメントすることとされています。