



京大病院 リスクマネージャーのみなさま、こんにちは。

10月のリスクマネージャー全体会議ではお疲れ様でした。

多数のご意見を当日、頂戴いたしました。

後日、ご意見をくださった方もいらっしゃいます。リスクマネージャーを中心とした組織体制や医療安全文化が京大の強みと思います。

本日もさらっと読んでください。

項目：

1. 思い込みエラー

2. リスクマネージャーはコンサルタント

1. 思い込みエラー

先月に続いて、思い込みエラーについて取り上げます。

今は、季節の変わり目ですね。急に寒さが感じられるようになりました。

暖房をつけようとしてエアコンの温度を設定したら、しばらくして寒くなった。

「アッ！冷房のままだった！」というようなことは、季節の変わり目によくある

思い込みです。設定が「暖房」でなく「冷房」のまま、温度だけ変更した、

というパターンです。

思い込みエラーは、「思い込んでいる本人は間違っているとは考えもしない」

のが特徴です。空調の設定間違いは、目標(＝部屋の温度を上げる)と結果

(＝部屋の温度が下がる)が異なることに気づくことができます。

修正可能で、重大な結果にはなりません。いくら誤った温度設定しても、

そのまま気づかず、熱中症になったり、凍えたりすることはないでしょう。

ところが医療の現場では、何か医療行為を提供した結果が、期待(予想)と

乖離しているかどうかをモニタリングしていないことも多々あります。

重大な誤りに気付かず、患者が死亡する事故に至ることもあります。

本院では、以下の思い込みエラーによる死亡事故が発生しており、

警鐘事例として、職員に語り継いでいきたいと思っています。

①血液濾過器と血漿分離器の取り違いによる死亡事故（2011年）

<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-11121000-Iyakushokuhinkyoku-Soumuka/0000084816.pdf>

②院内製剤投与後急変死亡事例（2017年）

<https://www.kuhp.kyoto-u.ac.jp/press/20180326.html>

③炭酸水素ナトリウム誤投与による急変死亡事例（2019年）

<https://www.kuhp.kyoto-u.ac.jp/info/20191119.html>

いずれも患者の容体が悪化しましたが、間違いには気づきませんでした。

思い込みのエラー（判断のエラー）は脳の誤作動だともいわれています。誤作動している脳で判断しても、正しい回答に行きつかないことがあります。このようなときには、相談して、新しい頭で考えることで解決できることがあります。

「何かおかしいと思ったら、いつでも周りのひとに相談できる」文化が安全につながります。

2. リスクマネージャーはコンサルタント

リスクマネージャーは院内に約100人いらっしゃいます。職員数は3000人以上います。概ね、ひとりのリスクマネージャーに平均して30人の職員がつながっています。

医療安全管理室は、専従の職員は3人です。他は兼務です。この人数では、院内に目配りや心配りができません。ですので、リスクマネージャーのみなさんと協力して、病院全体に目が行き届くようにしています。

組織の中で医療に関連し、困りごとが生じたら、リスクマネージャーの方は、どうぞ相談にのってあげてください。それでも解決が困難なことがあれば、私たちに相談してください。リスクマネージャーは、現場職員にとってのコンサルタントです。そして、医療安全管理室は、リスクマネージャーにとってのコンサルタントです。

皆様のような専門的な知識を私たち医療安全管理室は持っていないかもしれません。

ただ、別の頭で考えることで、違った見方をすることもあります。思い込みのエラーから脱することもできるかもしれません。

本年度の病院の品質目標は、コミュニケーションです。

大事故を未然に防止するためには、コミュニケーションが必要です。
私たちは、警鐘事例からそれを学ぶことができます。
よかったら、過去の3つの警鐘事例の情報にもアクセスしてください。
また、折に触れて、警鐘事例を取り上げていきたいと思えます。

*** 今回は、「思い込みエラー」について、再び、お伝えしました***