

医療のシステム・エラー - 医療安全技術に関するワークショップの開催にあたり

<http://www.jsrmpm.org/Workshop/e-work01.htm>

ワークショップ会長

学会理事長 酒井亮二

1つの医療事故事件の原因は通常多因子であり、各因子の盲点を貫通して事故が発生するとされています。この多因子を解明することにより、複雑な医療システムでの合理的かつ実証的な対策が決定され、その対策の現場での効果の再評価と更なる改善を進めることができます。

この多因子の解明方法には2種類存在していると考えられます。1つの方法は個々の事件を集めて、原因を列挙することであり、法医学、病理学ないし疫学という一群の学問に共通した方法です。この方法の別の利点は、多数の医療事故事件を類型化することができるので、事件データベースを構築して情報を共有化できるようになります。事件のカテゴリ情報によって、社会のすみずみで何が危険かを整理してより分かり易く理解されます。ここでは、上記の方法を「**医療事故事件のミクロ研究**」と呼ぶことにします。

他方、医療をシステム科学の立場から研究にする方法も医学は古くから備えています。高度に複雑化した今日の医療の現場では、多発する医療事故事件の原因の種類と量が年々歳々増大しています。ここに、多発する医療事故事件を「不確実性の高い複雑なシステムでのエラー」という視点から原因を系統的に整理するという方法が見いだせます。ここでは、複雑な医療でのシステム障害を理解することを「**医療事故事件のマクロ分析**」と称することにします。

医療の複雑な現場システムには、医師 - 患者関係以外に、多種類の医療従事者の連携プレーであるという「人 - 人の流れ」が認められます。機材や薬物といった「物 - 物の流れ」も存在します。この2つの流れの間に診療録や指示といった「情報の流れ」が介在します。また、「人間 - 機械の相互システム」も存在します。これらはサブ・システムとして1つの医療トータル・システムの内部に存在し、これらの円滑な作動により医療の安全が確保されます。

このトータル・システムならびにサブ・システムは多数の要素が連結したシステムです。このように医療をシステムとして考えると、口頭での指示伝達でのエラーといった各サブ・システム内部およびサブ・システム間の「要素の連結エラーあるいは不具合」の種類を体系的に分類できるようになります。日本での医療事故対策の検討は官民をあげて最近急速に進展していますが、その多くはミクロ分析によるものです。そこで、マクロ分析による医療事故予防対策研究を推進するため、安全技術部会のワークショップ(2004年7月23日)を開催し、医療機器、医薬品および医療情報の3つのサブ・システムのトータルな連携に対して人間工学および認知科学の観点も取り入れて総合的に検討することにしました。本ワークショップはシステム・エラーに対してサブ・システム間の改善を提言する点で日本最初の企画です。組織委員長の世良田先生(学会本部事務局長)に開催準備を一任しました。会議当日の討議は医療機関および3業界の開発部門担当者によって行われ、その成果は日本のグローバルな活動を通し世界の医療安全の推進を可能にします。