



その確認、大丈夫ですか？

平成 26 年 12 月 25 日発行

インシデント・アクシデント報告の要因として確認不足を上げる事例は多いでしょう（下記表参照）。「確認行為」はしているはずなのに、なぜ確認不足となるのでしょうか。そこで、確認を強化するために、ダブルチェック・トリプルチェックと幾重もの確認行為を対策としていませんか。にも関わらず「効果が出ない」と感じていませんか。

システムやノンテクニカルスキルなどの研修に注目が集まる昨今ですが、与薬や処置時など多くの場面で確認行為は欠かせません。業務遂行上、欠かすことのできない「確認行為」について、見直してみたいかがででしょうか？

医療事故情報収集等事業第 38 回報告書（平成 26 年 4 月～6 月）P66 図表Ⅱ2-17（QA-41-A）

2014 年 1 月～6 月累計 発生要因≪当事者の行動にかかわる要因≫第 1 位「確認を怠った」

発生要因	2014 年 4 月～6 月		2014 年 1 月～6 月（累計）	
	件数	%	件数	%
当事者の行動に関わる要因	842	47.0	1639	45.5
確認を怠った	210	11.7	422	11.7
観察を怠った	222	12.4	410	11.4
報告が遅れた（怠った）	21	1.2	38	1.1
記録などに不備があった	14	0.8	28	0.8
連携ができていなかった	94	5.2	185	5.1
患者への説明が不十分であった（怠った）	91	5.1	188	5.2
判断を誤った	190	10.6	368	10.2
ヒューマンファクター	350	19.5	694	19.2
知識が不足していた	91	5.1	197	5.5
技術・手技が未熟だった	102	5.7	200	6.1
その他				3.4
環境・設備機器	309	17.3	639	17.7
コンピュータシステム	17	0.9	25	0.7
医薬品	21	1.2	43	1.2
医療機器	20	1.1	52	1.4
施設・設備	26	1.5	48	1.3
諸物品	12	0.7	37	1.0
患者側	192	10.7	388	10.8
その他	21	1.2	46	1.3
その他	292	16.3	633	17.5
教育・訓練	123	6.9	260	7.2
仕組み	23	1.3	64	1.8
ルールの不備	34	1.9	84	2.3
その他	112	6.2	225	6.2
合計	1,793	100.0	3,605	100.0



当事者の行動に関わる発生要因…「確認不足」

確認行為 とは

【確認】はっきり認めること。たしかめること。

【行為】個人がある意志・目的を持って意識的にするおこない。
行動。ふるまい。しわざ。所為。

【照合】照らし合わせて確かめること。

照合と確認は同じではありません。

照合では、場面やタイミング、確認する人の力量、照合する内容などは関係がなく、ただ合っていればよいのです。しかし、臨床での**確認**が必要な場面には、その時々目的があります。したがって単に**照合**では不足なのです。



事例（模擬事例）

確認不足による輸液投与の患者間違い

日勤勤務の2年目看護師A子は、患者Bと患者Cを担当していた。患者Bに緊急で検査を行うことになった。11時からの検査予定であった。すでに12時に検査が決まっていた患者Cと同じ検査を実施することになった。検査出棟時には輸液剤をソルデムAからラクテックに変える指示があった。看護師A子は、看護師D子（10年目看護師）とともに患者Bと患者Cの輸液の処方指示票を確認した後、一つのトレイに二人分を準備した。患者Bの11時の出棟準備のため病室に行こうとした時、他患者のナースコールがあり対応したあと、急いで患者Bの輸液をトレイから取り出して交換し、出棟した。その後、検査室の看護師からラクテックの輸液ボトルに貼ってあるラベルが別の患者氏名であることを指摘された。



※この事例は、タイムプレッシャー、割り込み業務、一患者一トレイの不実施、多重課題などの背景要因がありますが、実施の最終段階で6Rの不履行という「確認不足」が引き起こした事例、と言えます。

POINT▶

「確認不足」を防ぐとされる対策は有効か？

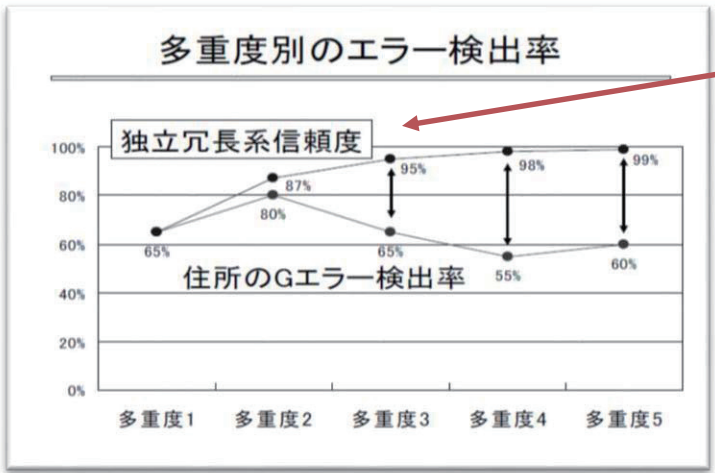
下記の4項目を考えてみましょう。

- 1 多重確認 = 確認精度の向上 ?!
- 2 チェックリスト・マニュアルを整備することで、実施は確実になる ?!
- 3 コミュニケーションでは、正確な言葉を使えば伝わる ?!
- 4 安全装置を設置すると、安全性は向上する ?!



1 多重確認 = 確認精度の向上 ?!

エラーが発生すると『もっと確認しなくては!!』と3重、4重に確認することで精度が上がると考えてしまいます。しかし実は、下図に示すように、実際は多重度2をピークに精度は下がってしまうのです。



独立型冗長系信頼度
『理論的に考えると多重度が増すごとにエラー検出率が上がり、多重度5では99%のエラー検出率が得られる』と考えられる

『冗長化』 redundancy
コンピュータシステムにおいてネットワークの障害に備えシステムの予備を追加して多重化を図ること。

資料) 神奈川県看護協会医療安全セミナーより 電気通信大学大学院情報システム学研究科教授 田中健次先生

ダブルチェック

ダブルチェックは、確認の精度を上げる方法として有名で、その方法は多種多様にあります。

医療安全推進のための標準テキスト（日本看護協会）には、次のように述べられています。

ダブルチェックとは、医療事故を防止するために実施する二重の確認のことをいい、多くの医療現場で導入されています。ダブルチェックの方法には、2名で同時に確認する方法や、1名によるチェックの後、他者が時間差で確認する方法など、いくつかの方法が知られています。各医療機関において、どの方法を用いるかを明確にし、行動レベルの統一を図ることが重要です。

影響要因

① チェックする側の気持ちも「いろいろ」

社会的手抜き	みんな（二人）でやると自分の責任、影響力が不明なため「全力」にならない。 極端なのは「誰かがやるだろう」、 前の人が出たのだから大丈夫だろう（だから自分のチェックは手を抜く？）
自己検閲	ちょっと変だな、と思う。しかし、自分のほうが間違っているのだろう、と無言。
同調	ほかの誰も「NO」と言っていないのに、自分だけ「NO」とは言えない。 「みんなこれでいいと言っているんだ」 「早くしろよ！」なんていうのも同調圧力
傍観者	誰かが言うだろう、するだろう。
斉一性	全会一致の圧力、「我々は皆同じだ！」「われわれに意見の違いなどありえない」
追認	「一度決まったことだから」「もうここまでできたのだからいまさら・・・」
遠慮	「あの人がやったことだから」「先輩があいつっていたから」言えない。
過信	「あの人がやったことだから大丈夫だろう」
手抜き	「一度チェックしたのだから大丈夫だろう」「先輩がチェックしたのだから」

②否定するだけの知識・経験が不十分

十分わからないと「意図」「計画」「実行」「結果」のプロセスを考えることなく、きわめて形式的・表層的チェックだけでおわることが多い。

③TAG (Trans-cockpit Authority. Gradient 権威勾配)

上司の仕事が部下がチェックする、などはだめ。ダブルチェックになりません。指摘できない、指摘するにしても指摘のタイミングが遅れがち。

④タイムプレッシャー

全体の経過に影響するのはやはり「タイムプレッシャー」。確認行為などさっさと終わらせたい、のが本音。「いつも大丈夫だから良いことにするか」(思い込み)は論外としても「時間」に迫られると「ええい!GOだ!」となってしまうがち。

また、実際に時間に迫られると誰でも間違えやすいことが想像できる。

⑤「ダブルチェック」が事故やエラーを誘発している?

自分の仕事を中断して他者の「確認行為」を要求される「人」のワークロードの負担が馬鹿にならない。わざわざ中断時のマニュアルまで作られる。

ダブルチェックを(臨時で)求める方も自分の仕事がほかの人のエラーを誘発しているかもしれない、ということ意識する必要がある。

⑥「ダブルチェック」の自己目的化?!

ダブルチェックに一生懸命すぎて本来の目的、本来の仕事がぬけてしまうこともある。

⑦「後(うしろ)のひと」に注意力の負担

エラーの発生率を考えると、例えば与薬行為全体の何%になるか。これを見つけ出すには、チェックする人の注意力の負担は非常に大きくなる。

⑧忙しいほどダブルチェックはしない

必ずしも「意図的」違反や「近道行動」ではなくても、本当に忙しいときはダブルチェックができない。忙しい時ほどエラーが起きやすくなる。とくに慣れた業務だと意図しなくても、目で見てはいるが「見ていない」、復唱しているが「口だけ」という形式的なチェックになる。

本来ルールベース、ナレッジベースですべきことをスキルベースで行う。目的を達成していない。

ヒューマンファクター事始めより抜粋 www.5f.biglobe.ne.jp/~kotohaji/HF/.../bangai_2nd_25.html

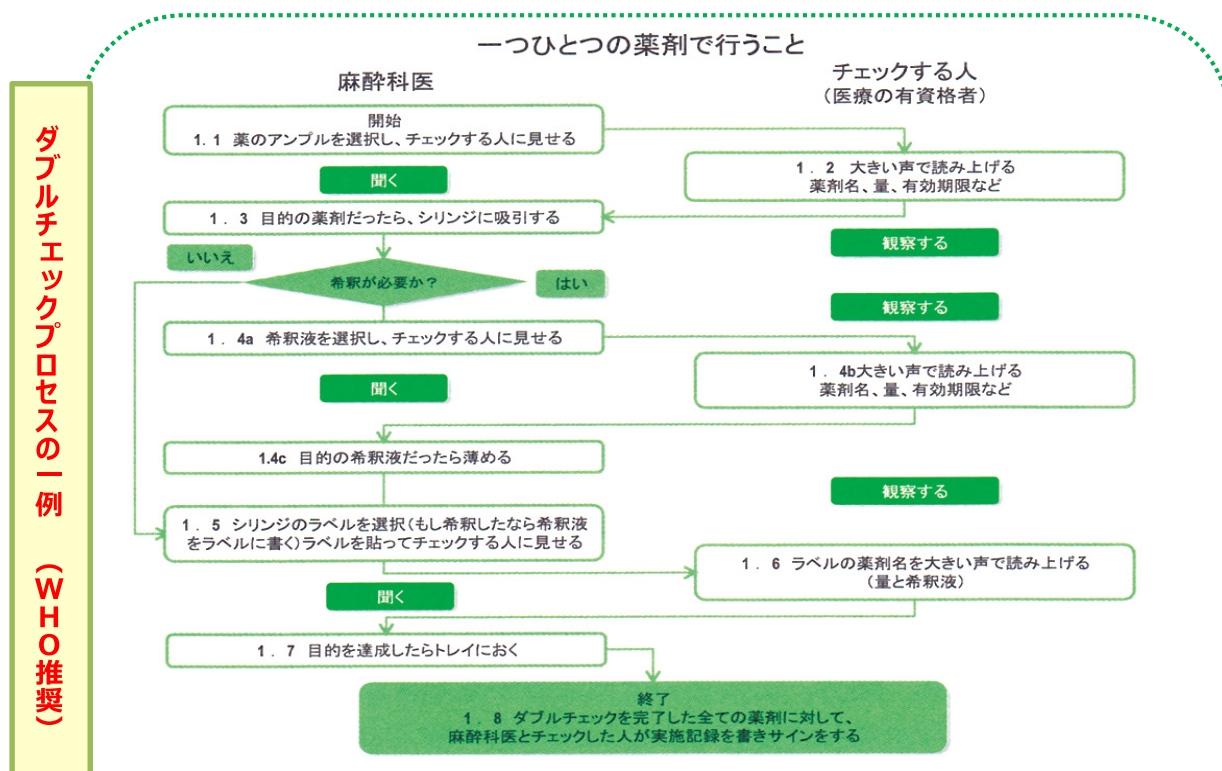


図 22 薬剤準備のダブルチェックのプロセス

相馬孝博訳: National Patient Safety Agency. Double-checking process. Patient Safety Division.
(<http://www.nrls.npsa.nhs.uk/EasySiteWeb/getresource.axd?AssetID=60178&>.)

2 チェックリスト・マニュアルを整備することで、実施は確実にする ?!

*** チェックリストは手段 ***

チェックリストの項目がすべてを網羅するものではない可能性もあります。加えて、チェック行動が目的を見失い、いつのまにか形骸化する恐れもあります。

※医療安全情報 No9
「マニュアル・・・作成ポイントと活用」



3 コミュニケーションでは、正確な言葉を使えば伝わる ?!

*** メンタルモデルの共有 ***

コミュニケーションの送り手と受け手が同じ理解・認識とは限りません。それぞれの事情が異なれば、言葉は一つでも意味が異なるケースもあります。復唱をする、相手の立場で言葉を選ぶなど工夫が必要です。



※KANAGAWA 看護だより 152号
「SBARでコミュニケーションエラーを減らそう」



4 安全装置を設置すると、安全性は向上する ?!

*** 最後は“人” ***

安全装置を過信してしまい注意を払わなかったり、観察を怠ってしまう場合があります。

100%の装置はありません。限界があることを覚えておきましょう。



PDAを使って患者確認

「確認不足」に特効薬は



ありません！！



リスクの先取りはできるか？

FMEA (リスクを先取りした業務改善)

確認不足によるエラーが発生すると、その対策としてよく「ダブルチェック」による確認の追加などをあげることがありますが、果たしてそれが再発防止につながっているでしょうか。

1つの業務を行う過程で、その手順が多ければ多いほど時間はかかります。ましてや「ダブルチェック」で確認を行うとなると、2人が揃わないとチェックが進まず、時にチェックをする相手を探すのに時間がかかり焦ってしまう、という状況に陥った経験はありませんか。これではエラーを誘発してしまうという結果になりかねません。間雲に色々な業務過程に「ダブルチェック」を入れることが、再発防止につながるわけではないでしょう。やるべきところでしっかりと確認することが重要で、それを意識付けることが大切です。どこにポイントを置くか、ということを考える時に、**FMEA (Failure Mode and Effects Analysis:故障モード影響解析)** で業務を分析してみたいかがでしよう。

<点滴実施 FMEAワークシート>

段階	大分類	小分類	工程No.	単業務	業務の目的・機能	シーン(状況)	不具合様式 (FM)	発生頻度 A	1次影響 FMIによる業務への影響	2次影響 FMIによる患者への初期影響	3次影響 FMIによる患者への最終影響	影響度B 患者への最終影響の重要性(重症度)	検知難易度C	危険度 A×B×C
準備	実施	準備		注射薬と輸液ボトルを照合する	注射薬と輸液ボトルの内容の確認	点滴台に複数の患者の輸液ボトルが混在している	注射薬と輸液ボトルを照合しない	2	間違った点滴が準備される	予定外の治療が行われる	病態が改善されない	4	2	16
準備							注射薬と輸液ボトルの照合は行ったが間違っているのに合っているとす	3	間違った点滴が準備される	予定外の治療が行われる	病態が改善されない	4	2	24
準備				輸液ボトルを1患者1トレイに準備する	患者毎に分けて混さないようにする	トレイがない	輸液ボトルをトレイに準備しない	3	トレイを探し準備し直すので、点滴実施が遅れる	特になし	特になし	1	1	3
						トレイの数が足りない	1トレイに複数の患者の輸液ボトルを準備する	2	トレイを探し準備し直すので、点滴実施が遅れる	特になし	特になし	1	2	4
準備				トレイをワゴンに乗せてベッドサイドに持っていく	点滴をベッドサイドに運ぶ	転室・転ベッドが頻回に行われている	患者の部屋、ベッドの位置を間違えてトレイを運んでしまう	3	正しい患者を探すため、点滴実施が遅れる	治療が遅れる	特になし	2	2	12
準備		確認		患者名呼名確認、ネームバンドで確認する(フルネーム)	患者を確認する	同姓の患者がいる	患者確認をフルネームでしない	3	違う患者に点滴が実施される	予定外の治療が行われる	病態が改善されない	4	4	48
							患者確認はしたが、患者の名前が間違っているのに合っているとす	3	違う患者に点滴が実施される	予定外の治療が行われる	病態が改善されない	4	4	48
準備				ベッドサイドにて注射薬と輸液ボトル・注射ラベルを再度照合する	指示の確認	点滴の指示変更が直前に行われた	注射薬と輸液ボトル、注射ラベルを再度照合しない	3	間違った内容の点滴が実施される	予定外の治療が行われる	病態が改善されない	4	4	48
準備							注射薬と輸液ボトル・注射ラベルが間違っているのに合っているとす	3	間違った内容の点滴が実施される	予定外の治療が行われる	病態が改善されない	4	4	48
準備	実施			点滴を開始する	点滴の実施	クレンメの調節を忘れる	点滴の開始忘れ	2	点滴の開始が遅れる	予定された治療効果がとれない	病態が改善されない	3	3	18
準備							点滴速度が速い							24
準備							点滴速度が遅い							24
準備	実施	サイン		確認後実施者が注射薬にサインを行う	実施確認の記録	注射薬が多く採せない	注射薬にサインをしない							4

このケースでは、実施前の患者確認と点滴内容の確認のところで点数が高くなっています。したがって、ここでの「確認行為」をしっかりと行うことが必要となります。

※FMEAで業務を見直すと、手順の中で今まで危険と思っていた個所ではないところに危険が潜んでいた、ということに気づくこともあります。FMEAで明らかになった業務に潜む危険をスタッフが認知することで、「安全に実施する」ことに繋がるでしょう。

FMEAを業務全体または業務の一部だけでも行ってみるのも良いでしょう。



個人でできる「確認」方法は？

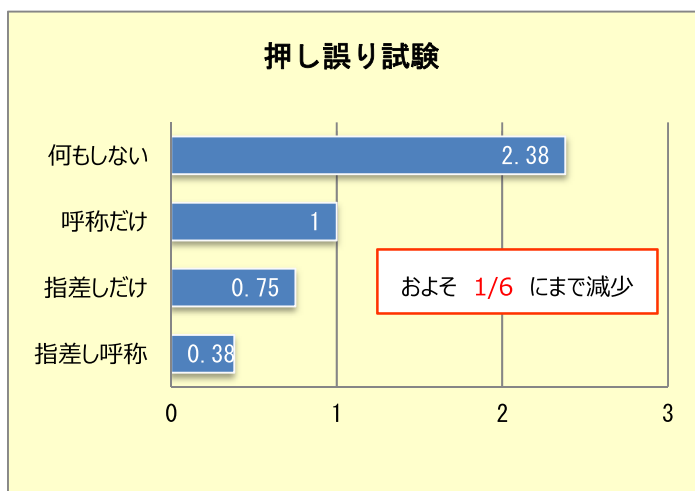
指さし呼称 (指差喚呼など)

エラー発生率を格段に少なく抑える方法に指さし呼称があります。医療安全推進のための標準テキスト（日本看護協会）では、次のように述べられています。

指さし呼称とは、操作・確認対象を「指でさし」、名前を「呼称して」確認する一連の確認作業である。指さし呼称は他産業で開発されたものであるが、ヒューマンエラー防止に有効ということで医療現場にも広く導入された。指さし呼称を行うと、何もしない場合に比べ、エラーを 6 分の 1 に減らすことができるといわれている*この場合、ただ漠然と声を出して指をさすだけでは不十分で、自分が確認する対象を視覚でとらえ、聴覚を通して声で確認し、動作によってはっきりと意識づけを行うことで有用性を増すことができる。指さし呼称確認は、多重業務に忙殺される医療現場で、目の前の業務への意識を取り戻し、安全に作業を行うためのツールである。

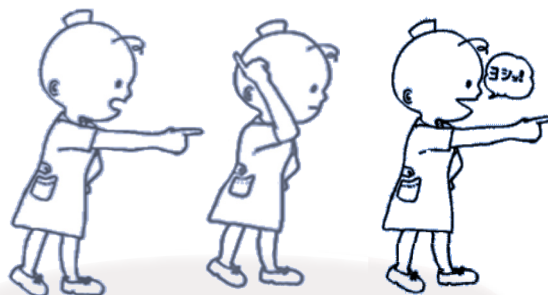
*引用) 芳賀繁・赤塚肇・白戸宏明:「指差呼称」のエラー防止効果の室内実験による検証, 産業・組織心理学研究, Vol.9, No.2, pp.107-114, 1996

※ KANAGAWA看護だより 159 号でも紹介しましたが、やはり徹底的に確実に行うことが成果につながります。



平成 6 年(財)鉄道総合技術研究所

〇〇確認、ヨシ!





まとめ



日常業務は確認行為にあふれています。いわば、確認行為の連続と言えるでしょう。

- ・ 確認は照合とは違う。
- ・ ダブルチェックは、確認の手段である。
- ・ リスクを先取りした業務改善に取り組む。
- ・ 個人の確認精度を上げるため、指さし呼称をする。

この機会に、自施設・自部署で行われている確認方法や業務手順を見直してみてもいいでしょうか。そして、そもそも私たちが業務の中で行う確認は、何のために行っているのか、確認の本来の目的をしっかりとスタッフに意識付けていきましょう。

「確認行為」が目的を果たせるよう、行為者の意識改革につなげていけるよう取り組んでいきましょう。

