

なぜ？究明プロセスと看護の接点を考える

金子 恵美子（東京女子医科大学病院医療安全対策室）

医療の安全を確保するには、インシデント・アクシデント報告事例から医療の現場に潜むリスクを認識し、そのリスクを低減することが重要です。当院では、全職員に報告は改善の機会であると周知し、毎月約600件の報告がありP D C Aサイクルを循環させ医療安全への取り組みを行っています。

リスクマネジメントの考える上で、米国医療の質委員会が「一度起きたことはまた起きる。人は誰でも間違える。しかし、人は間違いを防ぐ事は出来る。」と指摘したことを意識し、起きた各々の出来事に対して、「なぜ？（そうなったか）」と、疑問を投げかけることがマネジメントのスタートになります。なぜ？を繰り返し原因を深く掘り下げ、事象に潜む事故の構造に注目し実行可能な防止対策案を立てます。一方、医療従事者は患者・ご家族にインシデント・アクシデント発生後の早い段階でわかっている事実を正確に伝え、患者・家族が抱く何故？何がどのようにして起きたのか？その原因はどこにあるのか？に向き合う事がその後の人間関係に大きく影響を与えていくとも言われております。

今回、インターフェロンの安全投与に向けて報告された事例では、原因究明を速やかに行ない、患者自身の抱いた不安に速やかに対処したこと、当事者の事故から早く回復したいという気持ちに沿うことが出来た事例でした。

事例：患者Aは、ペグイントロン 40 μg 注射を週1回受けていました。看護師Xが、ペグイントロン 50 μg / 0.5 ml を添付の 0.7 ml の溶解液で溶き 0.4 ml 吸い上げ、患者Aの所に持っていくと、患者Aは『何故？今日は 0.56 ml ではないのか？いつもより量が少ない！』と指摘しました。看護師Xが看護師Yに量の確認を依頼している最中に、患者Aは返答が遅いことにいらだち『どうなっているのだ！先生を呼んでこい！』と怒り出しました。師長リスクマネージャーは、患者Aに準備した薬液は正しいことを告げ、前回までの間違いに対し謝罪の意を伝え、事実の原因究明と改善を約束しました。2日後、患者Aに換算間違いの発生要因と再発防止対策を説明しました。また、注射にかかわった看護師たちが、直接患者Aに謝ると『隠さないで言ってくれてありがとう、気をつけてね！』穏やかに言葉を掛けてくれたそうです。

さて、医療事故当事者のニーズに以下の段階があり、患者側のニーズに、第一段階 悲嘆体験から回復したい、第二段階 真相を究明したい、第三段階 誠意ある対応・謝罪ほしい、第四段階 再発防止対策としてほしい単なる金銭問題でない。一方、医療提供者側のニーズとして第一段階 事故体験から回復したい、第二段階 真相を究明したい、第三段階 誠意ある対応をとりたい、第四段階 再発防止対策へのフィードバックしたい単なる金銭問題でない。ここで大切なことは、双方が原因究明を要望し、何故？の投げかけ、究明プロセスを必要としていることです。これらの実践を通じて、この事例ではお互いの信頼関係をより確かなものにする事が出来たといえます。

医療安全管理者としてアクシデントに対し、何故？原因はどこにあるのか？直視し双方が抱く不安感への軽減を図る事は大切な役割であり、この事例から看護のプロセスとの接点を見出させるかも知れないことを発見しました。

今後は、発生原因を究明することで、おのずと提供した看護のプロセスを振り替えざるを得ないこともあるのでは？と考えます。まだ、漠然としていますが、問題意識を持つことで看護の質向上及び医療の安全確保に努めていくことを活動の原点にしていくつもりです。