

ミスの経験

わたしは医師になって40年、これまでに日米の10指に余る医療施設の日常に携わってきました。お訊ねの実例の記述はやはり控えさせていただくとして、思い出す昔の事をうわべの描写に過ぎないけれど述べることにいたします。

医療職の作業ミスについてまずお話しします。

1「不慣れミス」は誰しも経験する。慣れて覚えるまでの間はだれかがチェックして指導する態勢が昔からとられていて、その上に当の本人もミスするかも知れないと緊張し周囲もミスしてないかと気にするので、ミスというほどの不都合はまずない。だが、セクションによっては多忙時間帯とヒマ帯があり、多忙帯では他から応援態勢を敷くから他からの不慣れミスが起こりやすくなる。

2「不慣れでないミス」は一人前に作業が出来るようになってから。多いのは転記の誤記や照合ミス。それでも昼間帯では、実際的には、取り戻して間に合う時間内のダブルチェックが可能。ただしそのために作業が遅れては（それぞれが違う作業をしている）、それもまた困ったことなので、そのあたりは事の緊急性や複雑性との兼ね合いでワンパターンではすまない。ところが夜間帯（休日態勢でも）では人手がない。こういうときには時間内チェックはできない。記録を残しておいて翌日に点検する。

3「多忙・疲労ミス」ミスが起こりやすい状況は、作業が多いとき（量と時間速度の両面がある）および心身の疲労時。こういうときは誰しもミス皆無というわけにはいかない。診療現場は異なる職能が多重して一つの作業仕事が完了するので、それらが入れ子になって複数患者に複数の作業が同時進行中だと、一つ一つは単純ミスでも気づきにくくなる。ダブルチェックの余裕があれば良いが、現実にはそうとばかりにはゆかない。

ここからは、昔の事のたとえ話です。

4「不慣れミス」他の作業中に棚の物品を不慣れな応援者に「それ！」と指示して取ってもらった物品をそのまま使用したら（そのままか否かに人の心性差が出る）、違った物品だったというようなミスは物品の名札を色違いに大書し棚中を区切って整頓するといった、台所の整頓と変わらない簡単な処置で予防できる。

5「不慣れでないミス」ひと仕事の区切りがついてから、ノートの測定記録を転記するのは技能も不要な単純作業。何百行にもなればミスもするだろうがわずか2、30の転記では通常の人ミスしない。ところが翌日に転記された記録とノートを照合すると間違いが見つかる。それも、またあの人、という具合に特定者にミスが集中するとあっては組織的な防止手段を講ずる対象にもならない。注意しても直らないとあっては他の人の足手まといになっているだけ。一度まちがえば普通の人自分なりの工夫をするものだ。ミスしても平気な人は危険。

また、管に液を入れて何ヶ所かを器械につなぐ作業（接続には空気を入れないように細心の注意）などでも手順マニュアルに従って1ヶ月もすればうっかりすることはない。ところが、作動させてから確認作業もしたはずなのにきちんと填めてなくて液が漏れる事が何度もあって、その都度他の人の手を煩わすとなると、この人のミスを防ぎようがない。

ぶら下がっている札の濃度を昨日も今日も間違えて薬液を作る、という低レベルのミスを誰にも起こりうる前提としていては仕事が成り立たない。人数として勘定に入っているにも実際には仕事は出来ていないから、カバーする他の人たちは振り回されて負担になるばかり。段取りは遅れ、忙しくなってミスが起こりやすく、退勤は遅れて、という悪循環も始まる。

ミスが問題ではなく人間の資質が問題というのが実際。この手のミスの予防法の最善は居ないこと、次善は退職、三善は配置換え。

6「多忙・疲労ミス」わたしはミスはまずなかった（過去形）。近年は健忘のためにミスする。昼食抜きで朝から6, 7時間もぶっ通しでガンの診断化学療法から不登校の相談に至るまで行っているが、この時間内で診ている患者数と種類の複雑性は特別的とは言え、患者の質問に答え看護婦に指示しながら書く処方箋を間違えることがある。

単に作業ミスではない判断ミスというのもあります。

7 判断ミスは医師に起こる。個々の医師の能力較差は非常に大きく、同じ事が上のレベルではミスであっても下のレベルではミスとも言えない当たり前であると、いうように。そういう事はやむなしとしても、劣心性に起因したミス（健常心性ではミスだが、劣心性はミスとも思わない）もある。書類を文章の途中のまま署名捺印して提出するような心性（たとえばこの1文で言うと、「書類を文章の途中の」で終わって署名捺印）、人の話を落ちついて聞くことが出来ない心性、考えることを求められると頭の回転を止めてしまう心性、狂ったような出世功名心の心性、歪なくらいにナルシシスティックな心性、が医師として真つ当な判断は出来ようがない。どうやら知能も劣っていて混乱をひたすら招来する。こういう人には、仕事量を減らして命令するより他に致しようがないが、命令者の仕事量が増えて長続きしない。

さて、ここからはわたしのミス予防法。

8 と言っても、予防法と言った類の予防を目的にしたものはないし、予防目的のマニュアル類も作らない。マニュアルだけが分厚くなるより、現実にミスが少なく、起こしてもカバーが滑らかな方がずっと良い。わたしが直接引き受けてきたのは、医師と看護婦。人はよく入れ替わるが、わたしは、たとえ間違えてもわたしが全部責任を持つから理解しながら焦らず安心して仕事をするように、しかしわたしが責任を持てないと思ったときはわたしの元からはずれて貰う、と初対面時に伝えている。これは精神主義とは相反して、下記のようにドライに技術的。

わたしは自分が考え行う動機（感情思想）、根拠、目的、方法、ゴールをひとつひとつの事柄

についてコトバで示す。また、彼らにもそれらをコトバで述べるように求める。会話の往来は頻繁。曖昧な言明には質問して答えを正させる。答えるまで待つ。コトバで言うためには上記事項を整理して分かっていないと言えない。医学的事項については定義厳格な形式を定めている

(<http://village.infoweb.ne.jp/~kensanka/home.html>;)。議論検討はとても活発。事務的事項でも、伝達、依頼、要望、希望、承諾の類と内容を、代名詞を避け、テニヲハを正し、曖昧な体言止めや接続詞止めでなく「です。」まで言い切って話させる。こうして、何を今自分がしていて、何を自分が引き受けているか、を上下も横同士も明確に了解しあい、自分が行う行為の意義を納得する。古来からある多分に低俗な感情的慣れ合いではない、理知的で温かい、理解しあう関係があると、ミスすることも少なく、また、してもわだかまりなくすぐカバーしあえる。ミスに気づいたときは遠慮なく注意し、ミスではないかと思ったらただちに問うて確かめることを当然のこととしている（そうする動機も目的もむろんコトバで新任の事務員・看護婦にも患者にも依頼する）。患者もミス予防の大事な味方。わたしの処方箋ミスも、看護婦、事務員、薬局、患者家族のどこかで気づかれ、大過のあったことがない。

わたしもリーダーとして上記の方法を意図して行えるのに卒後 15 年の年月がかかった。前記 5 の人たちが否応なく居て矯正不可能なこと、人には心性に由来すると思えない能力差があること、リーダーの知性教養決断が抜き差しがたく集団に影響して成員の力を育むつまり教育的であること、知識技能は訓練で習得されるが力は養われること、おしゃべりでなく行為が人の証明であること、を学び受け入れる時間が要った。

このような中でも、わたしが責任を負えなくなる者もいる。医師でありながらまったくその責務を果たす兆しがない類。なんど注意しても無駄なので、理由を述べて患者を診ることを差し止めた。

9「部門のトップあるいはその中の「室」のトップの責任」は重大で、その資質が大問題。トップの真の目的が科学も医学も患者も職場もそっちのけの他事にあれば（しばしば前記 7 の心性）、その行いをコトバにして言うことは出来ない。口にすれば矛盾が露呈する。したがって、その部門の内容は低俗にして身勝手にならざるを得ず、内部のコミュニケーションは貧弱にしてズタズタである。ミスは多発し、格好だけの無用の規則やマニュアルが度ごとに増える。

結局、ミスの予防に肝要なのは、伝達、依頼、承諾をコトバで明確に行うコミュニケーションの「習慣」によって自分のしていることの意味を理解することと感じています。考えが明確でないとコトバも明確になりません。

（高等教育フォーラム 2001.07.12）