

現実では	シミュレーションでは	目標とするべき
・現場は待てない	対応について検討する	共有財産の共有
・主治医のストレス	原因について見当する	発生予防(危機管理)

今回の取り組みは非常に有意義なものであったと考えられるので、ぜひ、時間をもう少しかけていただきたいと思われた。

実際に紹介された事例の報告は以下のとおりであった。

生じた事例	対応策	原因
バルーンシャフトの断裂	トラッパーの応用	操作ミス？
スローフロー	Supersselective 冠注	大量プラーク
ガイドワイヤー断裂	スネアにて回収	ロータワイヤーが抜けていた？
ステント留置困難	アンカーバルーン	石灰化病変
STENT 脱落	スネアにて回収	血管径の確認を IVUS でせず
ガイディングでの解離形成	GC の交換	圧波形の未チェック
ステント留置困難	5 in 6	石灰化病変
IVUS 回収不能	GC 追加しバルーニング	Overlap 部位の高圧拡張
ガイドワイヤー穿通	心のう液穿刺	ワイヤーの位置確認

アクシデントレポートの報告は組織の中でのレベルの向上のみならず、危機管理の点からも重要である。危機こそ共有財産として記録されるべきもので、個人の反省で終わるべきものではない。症例の Variety をもって自己の反省を Excuse する向きも見られるが、その経験には 原則的な共通した技術的知識と 解決に向かう思考プロセスの学習の存在を認識することが大切な要件である。そのうえでヒューマンファクターズに基いた危機管理を考えれば 発生した事象の原因をできるだけ多岐にわたって検証していく(原因を一元化しない)姿勢が必要と思われる。

今回の取り組みにおいてやや駆け足であり、前者 1 点がやや強調されている感があった。

についてはトラブルを生じた現場においてどういった思考プロセスで解決に導くのかという手法を標準化することはできないものだろうかと思われた。標準化が示されたならそれぞれの症例で応用を考えることが可能なのではないのでしょうか。

についてはそれぞれの事例の発生した原因・バックグラウンドなどについてより詳細な情報が提示され(オペレーターはベテランなのか、使い慣れた器具であったか etc.)、チューターとともにその要因を掘り出し、どういった要因が重なってこの事態が生じたのかという解析が必要と思われた。これにより受講者の意識も高められると思われた。