

ョンエラーの事例収集のための視点を明確にするために使用する。

<倫理面への配慮>

調査対象者のプライバシー保護に十分注意した。また、エラー事例の調査は、過去に生じたエラー事例を看護業務の側面から情報収集・分析したもので倫理的な問題はない。

<健康危機情報>

健康上の危機に関連する情報は特になし

3. 結果

I. コミュニケーションエラーに関連する情報収集

研究協力者から得たコミュニケーションエラーに関連する事例数は87例であった。

II. エラー発生原因の抽出とその原因に関連する具体的なエラー発生状況の整理

1) エラー事例の分析結果

エラー事例のJ-HPES手法による分析結果は、事象関連図1～6のとおりである。それぞれの事例におけるエラー発生に影響を与えたと考えられる原因を2重枠内に示した。

2) 各事例のエラー発生状況から共通の原因を抽出した。

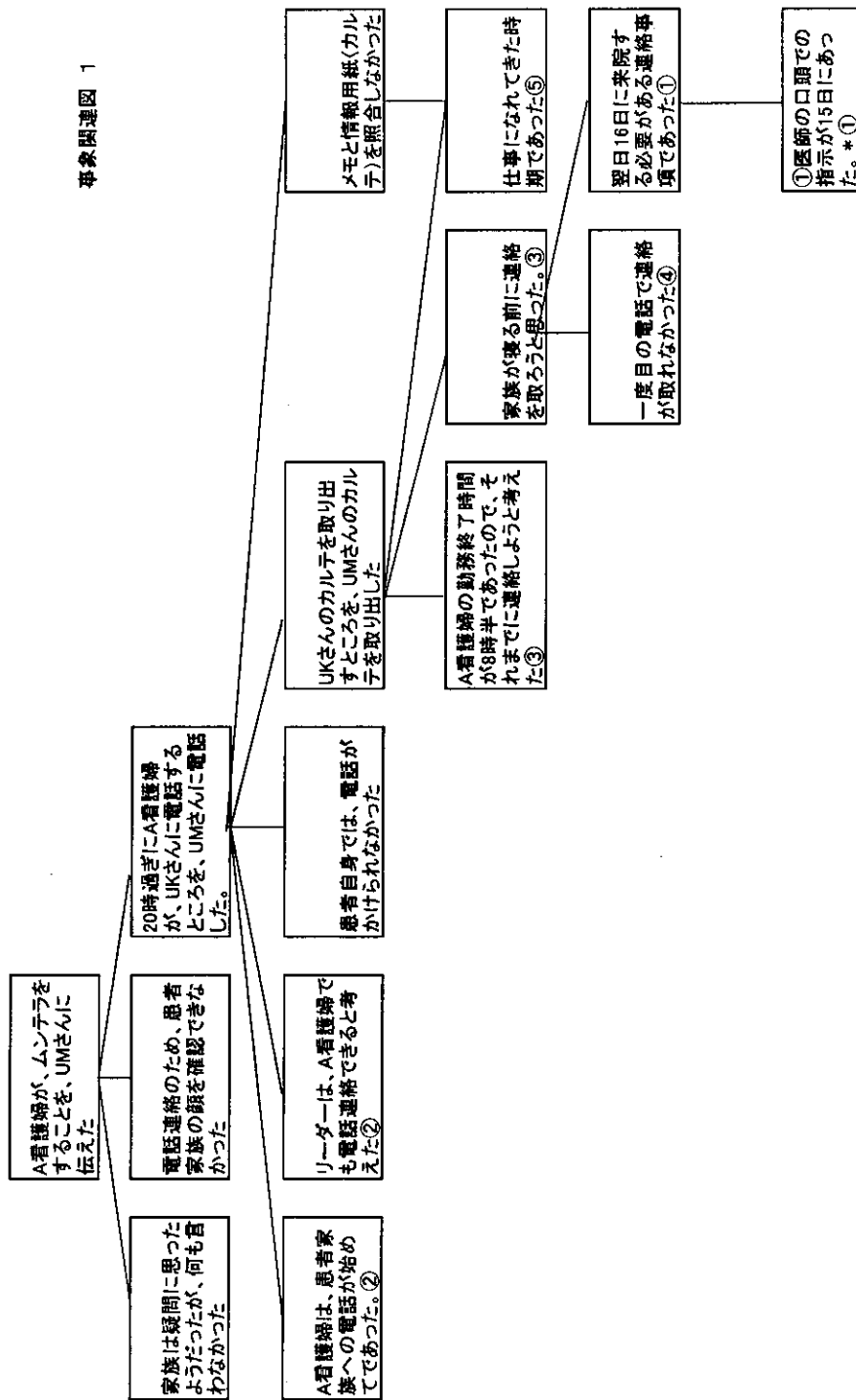
各事例から得られたエラー発生原因の一覧は表1の通りである。

3) エラーの発生原因とこれを示す具体的な発生状況を整理し一覧表を作成した

共通するエラー発生原因と、これらの発生原因を示す具体的な発生状況は表2のとおりである。

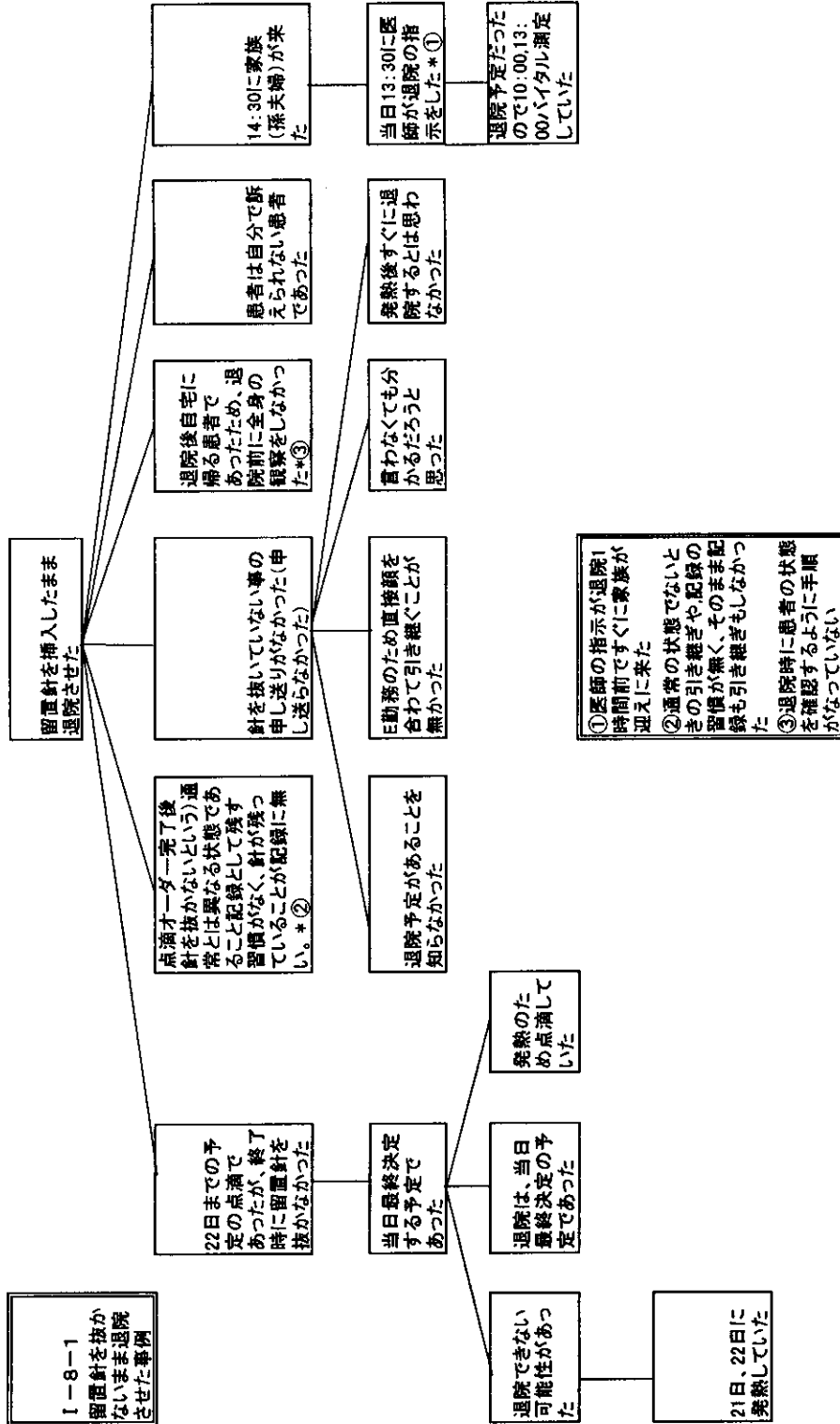
I-3-2

病状説明の患者を誤認して別の患者に連絡した事例

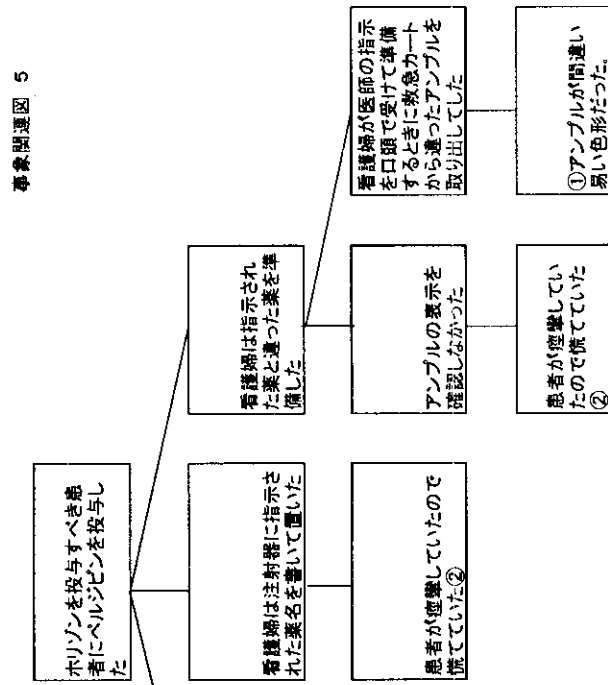


事象関連図 1

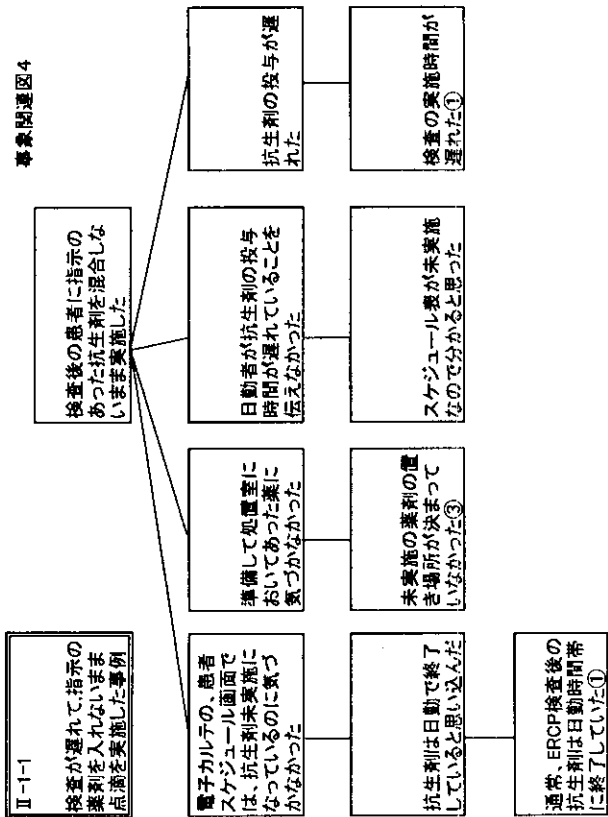
- ①医師が口頭指示をしますので、メモを見て連絡することになり、予定どおりできなかった時、記憶に頼って間違えた
- ②医師が翌日に家族に説明をするための連絡の指示を前日出したため、業務が切迫した
- ③新人が新しい業務をするときのバックアップが十分でなかった
- ④仕事に慣れた段階で初めての仕事でもできると思った



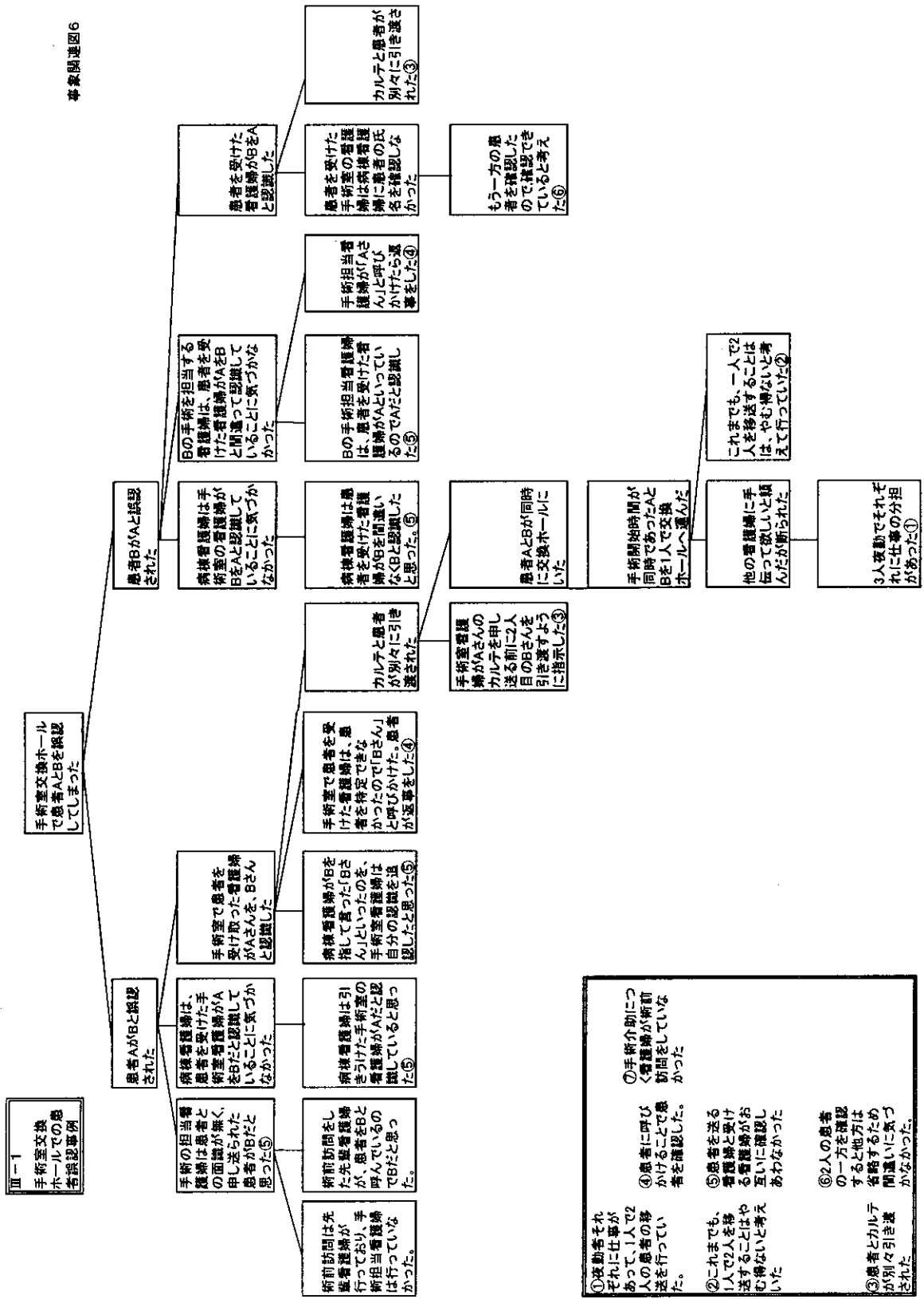
①医師の指示が退院1時間前ですぐに家族が迎えに来た
 ②通常の状態でないときの引き継ぎや記録の習慣がなく、そのまま記録も引き継ぎもなかった
 ③退院時に患者の状態を確認するようにならない



①似た形状だったので間違えた
 ②患者が急変して慌てた
 ③医師は看護婦が用意したものを確認せず実施した



①通常終わる時間に終わらなかったのが、注射が終了していないことに気づかなかった。
 ②電子カルテのスケジュール表が未実施になっているのに気づかなかった
 ③未実施の注射薬の置き場所が決まっていなかったため気づかなかった



①抜動者それぞれに仕事が行っている。人の患者の移送を行っている。

②これまでも、1人で2人を移送することはやむを得ないと思われていた。

③患者とカルテが別々引き渡された。

④患者に呼びかけることで患者を確認した。

⑤患者を送る看護婦と受け取る看護婦がお互いに確認しあわなかった。

⑥2人の患者の一方を確認すると他方は省略するため間違いに気づかなかった。

⑦手術介助につき看護婦が術前訪問をしていなかった。

表 1 エラー発生状況

<p>(1) 夜勤者3人それぞれに仕事があつて、1人で2人の患者の移送を行っていた。</p>	<p>(6) 2人の患者の一方を確認する間違った。</p>	<p>(11) 退院時の状態を手順がなかった。</p>	<p>(16) 学生が充分に疲れていた。</p>	<p>(21) 医師が口頭指示を見て連絡するときに、予定時間通りにできなかつた。</p>	<p>(26) 患者の痙攣を見て慌ててしまった。</p>
<p>(2) これまでも、1人で2人を移送することとはやむを得ないと考えていた。</p>	<p>(7) 手術介助につき看護婦が術前訪問をしていない。</p>	<p>(12) 患者は自分で訴えられなかつた。</p>	<p>(17) 学生指導方針は決まっていたが、指導者、教員、受け持ち看護婦それぞれの判断をした。</p>	<p>(22) 医師が翌日に家族に説明をするために前日に出した指示で、業務が切迫した。</p>	<p>(27) 通常検査後の点滴注射が終わっている時間なので、注射は終わっていないと思ひ込んだ。</p>
<p>(3) 患者とカルテが引き離された。</p>	<p>(8) 前日まで発熱していたので退院することになった。</p>	<p>(13) 医師の指示が退院1時間前までに家族が迎えに来た。</p>	<p>(18) 透析後に服用しなかつた薬品の処理が徹底されず、カルテの後ろに残っていた。</p>	<p>(23) 新人が新しい業務をアッパツでこなさなかつた。</p>	<p>(28) 電子カルテのスケジュール表が未実施になつていない。</p>
<p>(4) 患者に呼びかけで患者を確認した。</p>	<p>(9) 医師の退院指示が退院1時間前に出されたので退院準備が遅れた。</p>	<p>(14) 通常の状態での引き継ぎや、記録の習慣が無く、そのまま記録も引き継ぎもなかった。</p>	<p>(19) 指導方針は決まっていたが、指導者、教員、受け持ち看護婦がそれぞれの判断をした。</p>	<p>(24) 新人であつたが、仕事に慣れた段階なので初めから仕事でもできなかった。</p>	<p>(29) 未実施の注射が処置室におつかなかった。</p>
<p>(5) 患者を送る看護婦と受ける看護婦がお互い確認しあわなかつた。</p>	<p>(10) 点滴の指示が終了していたのに留置針を抜かなかつたこと（いつの間にか）の引き継ぎがない。</p>	<p>(15) 退院時に患者の状態で手順がなかった。</p>	<p>(20) 指導者と受け持ち看護婦の連携不足のため、学生との判断に関わつていなかった。</p>	<p>(25) 終了後に薬の残数を正確に数えなかつた。</p>	<p>(25) 終了後に薬の残数を正確に数えなかつた。</p>

表 2 エラー発生状況からみたエラー発生原因

エラー発生原因	エラー発生の具体的な状況
医師と看護婦間の情報伝達に関する原因	医師は看護婦が用意したものを確認せず実施してそのまま間違っただけで、医師が行う前に指示を出すため、実行するには時間が足りない。患者の状態によって医師の指示が曖昧になることがある。医師の指示が口頭で行われるため、メモや記憶に頼ってしまう。
看護婦間の情報伝達の不備に関する原因	先輩看護婦であるので、間違えないと思っただけで、看護婦がお互いに得た情報を確認しあわないので認識の違いに気づかない。決まっている方針を状況判断によって変更しても伝え合えないので違ってしまう。
患者と看護婦間のコミュニケーションに関する原因	患者に呼びかけて返事をしたことで患者を確認している。患者は自分で訴えられなかつた。
患者自身の状態に関する原因	患者の状態が急変したため慌てて対応するときに確認不足が生じた。患者の意識がない。患者が留置針の存在を訴えられない。
夜間勤務体制に関わる原因	夜間勤務体制で病棟の患者を見的一方で手術患者の移送を行っていた。交代制の勤務時間関係で直接引継ぎができなない勤務者に情報が伝わらなかつた。勤務時間終了間際の仕事であった。
教育・指導に関わる原因	1人ずつ患者を移送することになったが、夜勤3人のためやむを得ずこれまでも1人で2人移送していた。相手の技能をよく把握しないまま業務を任せてしまった。指導基準、指導要領が曖昧でそれぞれの解釈で指導・教育を行っている。指導される側も勝手に判断して曖昧のまま行っている。
手順習慣に関する原因	通常と違う手順を踏んだときの申し送りに関する決まりがなかつた。明確な基準が無くそれぞれが自分のやり方で行っている（患者確認方法・退院時の患者の状態確認・患者スケジュールの実施、未実施の確認方法など）。
風土文化に関する原因	業務量が多くて決められたいとばかりでできない場合があつても、曖昧なまま仕事を引き受ける習慣がある。間違いを指摘しにくい雰囲気がある。曖昧をよしとする雰囲気がある。
人間特性に関わる原因	疲労があつた（5週間も日勤だけの実習指導で疲れた）。思い込みがあつた（いつもは終了しているのに今日も今も終了してはいるはずだ）。錯覚した（似た患者名や、アンプルの形容、薬名など）。
ハードウェアに関わる原因	電話のため相手の顔を確認できなかつた。器具の使い方が明白でなかつた。スケジュールの実施・未実施の区別が明確に見えなかつた。似た容器

4. 考察

4.1 エラー事例の収集について

看護現場におけるエラー事例を資料で示したフォーマットを用いて提出の依頼を行ったが、多くのエラー事例が、何らかのコミュニケーションエラーが関わっており、提供する施設の考え方によって提供される数の違いがあった。しかし、電子カルテを導入している施設で年間1例しかコミュニケーションエラーの事例が無いとの回答であり、電子化はコミュニケーションエラーを減少させる有効な手段とも考えられる。しかし、この点についてはエラー事例を収集する場合の視点が明確でないこともあり、今後の検討が必要である。

4.2 事例の分析方法について

J-HPES手法は、原子力発電所における事事故事例の分析方法として開発されたものであり、これはヒューマンエラーの要因を分析する方法である。この手法を紹介すると、「作業者の行動や意識に悪影響を及ぼした人的要因、背後要因を的確に把握し、再発防止策として、フェイルセーフやフルプルーフ等のハード対策、訓練や手順書の改良等のソフト対策を策定することを目的として実施するもの」であると言われている⁴⁾。

看護職が関わる事故要因の分析にあたって、これまで多くの場合、聞き違いや、見まちがいなどの認知の間違いや、ルール違反としての確認不足などをその原因としてあげることが多く、その対策としては、「確認の手順の徹底」や「気をつける」など、個人の認知や行動の仕方をルールによって規制するという対策が立てられている。しかし、これらの対策は、多くの場合看護者への過度の負担になり、夜間で勤務者の少ない時間帯には実行できない手順が決められ、実行されない手順書が使われることになり、有効な事故防止策になっていない場合が多い。

しかし、これらの認知の間違いやルール違反は、エラーの原因というより、そのような認知の間違いやルール違反を起こす要因が何かを明確にしなければ、ヒューマンエラーの防止と人間であれば必ず起こすエラーを事故に繋げないための対策を検討することはできない。

J-HPES手法は、4段階からなるが、エラーの直接原因となった、分析対象行為に関連した直接要因・間接要因、潜在要因を明確にし、これに応じた対策を検討する方法である。この方法は、多くの人が関わる医療現場で様々な機器を用いて行われる近年の医療現場のエラーを分析する手段として有効だと考えられる。

しかし、この方法は原子力発電所における事故の分析のために開発された方法であって、医療現場における事故防止策の検討の手法としては、必ずしも適当であるとは言えない。そこで、本研究では、この第2段階までの分析を行い、これによって得られた事象関連図から、各事例に共通するエラー発生原因を抽出し、この発生原因を示す、具体的なエラー発生状況を書き込んだ一覧表を作成した。今後、この原因と発生状況を示す具体例を用いて、コミュニケーションエラーがどのような状況で起きているか、又その防止策として何が考えられるかを明確にするための、情報収集（インシデントやアクシデント事例の収集のための）フォーマットを作成し、これによってコミュニケーションエラーの発生

状況を把握するための情報収集と分析を行いたいと考えている。

4.3 事例分析から得られたエラー発生原因について

6事例の分析から、エラー発生原因として以下の10の原因が明らかになった。

- 1) 医師と看護師間の情報伝達に関わる要因
- 2) 看護師間の情報伝達の不備に関わる要因
- 3) 患者と看護師の情報伝達の不備に関わる要因
- 4) 患者自身の状態に関わる要因
- 5) 夜間勤務体制に関わる要因
- 6) 教育・指導に関わる要因
- 7) 手順・習慣に関わる要因
- 8) 風土・文化に関わる要因
- 9) 人間特性に関わる要因
- 10) ハードウェアにかかわる要因

ここで明らかになった、10の項目のエラー発生原因は、一般産業における事故の発生原因と共通する点も多い。しかし、一方で、医療現場の特徴も示している。

1)～3)は、医師と看護職、看護職間、看護職と患者とのコミュニケーションに関わる要因であり、医療現場におけるエラーの発生原因として、コミュニケーションに関わる問題が多いことを示している。

4)は対象となる患者の状態に影響を受けるものであり、患者の状態の変化が大きい、患者の意識が無い、同姓同名患者がいるなど、どのような患者に関わるかによって影響を受ける要因であるといえる。

5)は夜間勤務を行う看護職の仕事の特徴に関わる要因である。看護職は24時間継続して医療を提供する場で働いている。そのため、夜間労働に特有の問題やそれに影響を受けるエラーが発生する可能性がある。

6)は教育・研修に関わるエラー要因である。医療技術の進歩は目覚ましく、様々な患者に関わらなければならない看護職にとっては、ここで必要な知識や技術に関わる教育や指導が重要であり、これらが適切に行われないことによるエラーの発生の可能性が生じてくる。

7)の手順や規則にかかわるエラー要因は、いずれの組織にも存在する。しかし、医療においては患者の状態や現場の状況によって、柔軟な対応も必要となり、医療の現場状況を踏まえた手順や規則の作成が必要である。これらの規則や手順が無いことがエラー発生要因になる可能性もあるが、一方で不適切な手順や規則もエラー発生の要因になる可能性がある。

8)の風土・文化に関わるエラー発生要因は、組織においては重要な要因である。特に多種類の専門職者が集まる医療現場では、特定の職種の権限が強すぎるなど権威勾配が強い、決められたルールを守らないなど、その組織文化特有の要因がエラー発生に関わってくる可能性がある。

9)の人間特性に関わるものとは、エラーを起こし易い人間の特性や人間の限界に関わるエラー発

生要因である。人間の特性に応じたエラー防止策を考えておかなければエラー発生の要因となる可能性がある。

10) はハードウェアに関する要因である。医療現場ではさまざまな機器が使われており、これらの構造の理解不足や適切な使用マニュアルが無い、同じ目的のために様々な構造の機器が混在する等などが、エラー発生の原因となる可能性がある。

5. 結論

本研究は、医療現場における事故防止の上で重要な課題である、コミュニケーションエラーを防止することが目的である。本年度は、その第一段階として、コミュニケーションエラー事例の収集と分析のための視点を明らかにするために、エラー事例の収集とJ-HPES手法による分析を行った。

事例分析から10項目のエラー発生原因が明らかになった。エラー発生原因のそれぞれの項目について、事例から得られた具体的なエラー発生状況を示した。これらのエラー発生状況は、医療現場の状況を示している。

次年度は、このエラー発生原因と発生状況の一覧表を用いて、コミュニケーションエラー事例を収集・分析するためのフォーマットを作成し、コミュニケーションエラー事例の収集・分析を行い、コミュニケーションエラーの防止策について明らかにしたい。

6. 参考文献

- 1) 山内桂子・山内隆久 2000 医療事故—なぜ起こるのかどうすれば防げるか—、朝日新聞社
- 2) 佐相邦英 1997 チームエラー：その分類と事例分析、原子力研究会資料、(資料番号 NE97-13)
- 3) 嶋森好子 2001 看護業務と医療事故防止、日本病院会雑誌、48 (5)、日本病院会。
- 4) 佐相邦英 2000 ウラン加工工場臨界事故のヒューマンファクター、安全工学39 (5)。
- 5) Kenichi TAKANO et al. 1994 System for Analyzing and Evaluating Human-Related Nuclear Power plant Incident —Development of Remedy-Oriented Analysis and Evaluation Procedure—, *Journal of Nuclear Science and Technology*, 31(9).

2002年1月4日

研究協力者各位

分担研究責任者
嶋 森 好 子

コミュニケーションエラーに関する研究協力と事例提供のお願い

近年、マスコミで報道される医療事件事例の多くで、十分なもしくは適切なコミュニケーションが行われなかったために、エラーの修正がなされず、事故に至った事例が見られており、医療現場におけるコミュニケーションの重要性が認識されてきています。

私どもは、昨年からは厚生科学研究の一環として、「看護業務に関わる医療事故の実態調査と防止策の検討」を行っており、本年度は、北九州市立大学心理学教授を主任研究者として、医療事故防止のための具体的な提言を行うための研究を行っております。

私は、その分担研究責任者として、コミュニケーションエラーによる事故の実態調査を行い、その要因分析からコミュニケーションエラーによる事故の具体的な防止策を検討したいと考えております。

つきましては、下記の要領で、貴施設に於けるコミュニケーションエラーのインシデント及びアクシデント事例に関する情報の提供と研究へのご協力をお願いいたします。

ご提供いただきました事例に関する情報につきましては、病院やこれに関わった医療従事者及び患者名を特定されないように十分配慮して情報処理を行い、この研究目的の範囲内で使用いたします。

また、研究で得られた分析結果につきましては、各医療機関へお返しして、具体的な医療事故防止に役立てていただけるようにしたいと考えております。

現在の医療状況においては、現場に役立つ医療事故防止策の策定は緊急の課題であると認識しております。

お忙しいところ誠に恐縮でございますが、研究の趣旨をご理解いただき、ぜひご協力いただけますようお願いも申し上げます

記

1. 提供いただきたい情報：コミュニケーションエラーによって生じたインシデントまたはアクシデントの事例
2. 提供方法：貴施設に於けるインシデント及びアクシデント事例報告書の写し、またはこちらの様式に基づいた事例に関する情報提供
3. その他：事例の量的分析によってコミュニケーションエラーの典型的な事例があった場合にはイベントレビューによる情報の収集と要因分析への協力

言語的・非言語的情報交換上のミス)によって生じたと考えられるインシデントもしくはアクシデントについて、できるだけ多くの事例(少なくとも10例以上)をいただければ幸いです。下記の要領で整理して情報提供をお願いします。(各病院で決められた様式に沿ったものでもかまいません)。

1. 事例の概略

<発生日時>:平成(13年・14年)(11月・12月・1月)(1 日)(22 時)

<発生場所>:(内科系・外科系・小児・産婦人科)病棟・ICU・CCU・救急救命・外来・救急外来
・手術室・その他()

<種類>:内服薬誤薬・注射薬誤薬・その他の誤注入・転落転倒
・その他()

<事故の概略>

- ① 誰が:経験1年目の看護婦が ②誰に:消化管出血の患者に
- ③ 何を:トロンビン沫を ④何故:経験20年目の准看護婦が患者の胃管から与薬するため準備してベッドサイドに持って来たが、
- ⑤ 1年目の看護婦が胃管を固定していたテープを貼りなおしていたので「これお願い」と頼んだところ、内容を確認しないまま、注射器に入っていたので、注射薬だと思い違いして
- ④ どうしてどうなった:注射をしたため、患者が亡くなった。

2. 考えられる事故の要因(研究協力者がわかる範囲で書いてください)

事故要因	具体的な要因と考えられることの内容	この事例の場合に考えられること
Software ソフトウェア	マニュアル、規定などシステムの運用に関わる形にならないもの 例:職場の慣習・読みづらい説明書・新人教育・マニュアルの有無	・準備から後片付けまで一人の者が行うという原則が守られていない。 ・業務の確実な引き継ぎのためのマニュアルがない ・実施の段階で確実な情報がないまま実施している
Hardware ハードウェア	医療機器、器具、設備、施設の構造例:原因器材 ・作業台・寝衣・履き物・補助具	・注射と内服薬を同じサイズの注射器で与薬していたため、間違っただけでも接続された
Environment 環境	物理的環境(照明、騒音、空調)だけではなく、仕事や行動に影響を与える全ての環境例:保管場所・業務範囲・労働条件・勤務時間・作業件数 ・仕事の困難さ・職場の発言しやすい雰囲気	・業務分担は一応決まっているが、忙しいときは互いに手伝って業務を終わらせるようにする。忙しいメンバーがいれば、お互いに気を利かせて手伝ってなるべく一緒に終わるようにしている
Liveware 当事者	事故・インシデントに関わった本人例:心身状態 ・経験・知識・技術的問題・心理的要因	・内服薬を注射器で与薬するという経験が少なく、先輩から注射器を渡されたとき注射だと思い込んだ ・先輩から頼まれたので確認する気持ちは起こらなかった
Liveware 当事者以外の人	当事者以外の事故やインシデントに関わった人例:事故・インシデントに関わった他のスタッフや他職種《心身状態・経験・知識・技術》・患者自身や家族の誘因《年齢、安静度、ADL、内服中の薬剤、疾患、身体障害、心理》	・注射だったら自分でやっていた。胃管から与薬しようとベッドサイドに行ったところ、後輩がテープを貼り直していたので、「これお願い」といえばわかると思って頼んだ。 ・まさか、注射をするとは全く考えなかった。
Management マネジメント	管理・運営に関わること 例:組織、管理規定、運行計画、教育・訓練方法	・注射のマニュアルは、一人が準備から後片付けまですることを想定したもので、業務を引き継ぐ場合のマニュアルはない。また、これについての教育はしていない。 ・与薬の準備・実施・後片付けの各段階で、指示内容と自分が行っている行為との整合性を確かめると行為を確実にを行うという教育をしていなかった。

(資料)

No3 (資料3)

お願い：コミュニケーションエラー（言語的・非言語的情報交換上のミス）によって生じたと考えられるインシデントもしくはアクシデントについて、下記に沿って情報提供をお願いします。

(○印または空欄に必要事項を誤記入ください)

1. 提供事例と事故要因の概略

<発生日時> 平成(13年・14年) (11月・12月・1月) () 日 () 時

<場 所> (内科系・外科系・小児・産婦人科) 病棟・ICU・CCU・救急救命・外来・救急外来
手術室・その他()

<種 類> 内服薬誤薬・注射薬誤薬・その他誤注入・転落転倒・その他()

<事故の概略>

① 誰が：

② 誰に：

③ 何を：

④ 何故：

⑤ どうしてどうなった：

2. 考えられる事故要因

事故 要因	具体的な要因と考えられること
Software ソストウェア	
Hardware ハードウェア	
Environment環境	
Liveware 当 事 者	
Liveware 当事者以外の人	
Managementマネ ジメント	

4. コミュニケーション・スキル研修のチームエラー防止効果の研究

主任研究者 松尾太加志 北九州市立大学文学部

1. 研究目的

本研究は、「ベッドサイド中心・患者中心の看護・医療業務」を基本とした医療事故防止システムの具体化に向けた「医療事故防止研修プログラム」の策定と実施、その効果測定を目的とする。そのために、「アサーション理論」¹⁾、「チームエラー理論」²⁾、「スノーボールモデル」³⁾、「行動モニターモデル」⁴⁾を発展させた「患者・医療者による協同モニターモデル」などの心理学の理論に基づいた仮説演繹型の研究を行う。この際、同部署の医療スタッフのみでなく、他部署他職種の医療スタッフや患者も含め、一連の治療行為に関わる全ての人を医療チームととらえる。事故防止を目的とした医療職のコミュニケーションスキル向上のための研修プログラムを策定し、モデル病院を対象にそのプログラムを実施し、エラー・事故の低減効果を検証する。本研究の成果は、事故防止のための医療機関の組織的改善について、実際の、構造的方策の情報を提供する。また、医療行政の策定の基本的資料となる。

2. 研究方法

コミュニケーションスキル向上のための研修プログラムを策定し、その研修を協力病院にて実施した。その研修の効果を測定するために、事前と事後で質問紙を実施し、回答内容を比較し、研修の効果を検討した。

2.1 研修の概要

研修は、協力病院の全スタッフを対象とした全体研修と特定の病棟のスタッフのみを対象とした病棟研修の2つの研修を行った。

2.1.1 全体研修

対象病院で、病院全体の職員を対象に医療事故の視点とチームエラーの考え方についての全般的な話とコミュニケーションについての心理学的理解の研修を行った。医療事故の視点では、この研修の意義について職員全体に理解していただくとともに、医療事故を組織事故として捉える見方の重要性を理解していただく。チームエラーについては、チームエラー理論モデルを理解していただき、医療現場のチームにおけるチームエラー防止の必要性を理解していただく。コミュニケーションに関しては、日常の医療現場におけるコミュニケーションを見なおす視点を身につけていただき、とくに情報の共有の重要性を理解していただく。研修は、全体を通して講義形式で2時間程度。いずれも、コンピュータのプレゼンテーションソフトを利用して行い、一部はビデオ映像を使用した。資料として、研修時に配布した研修資料を添付している。医療事故の視点とチームエラーの話を手内桂子（研究協力者：国立小倉病院附属看護助産学校）または福留はるみ（研究協力者：聖母女子短期大学）が担当し、コミュニケーション研修を松尾太加志（主任研究者：北九州市立大学）が担当した。

2.1.2 病棟研修

全体研修を行った数週間後に、特定の病棟のスタッフを中心に、事故とコミュニケーション、アサーション、ロールプレイの研修を少人数単位で実施した。事故とコミュニケーションに関しては、チーム内のコミュニケーションの不適切さが事故要因となった事例を検討することによって、コミュニケーション・エラーに対する感受性を高めるための研修である。アサーションについては、アサーション理論の基礎を学び、医療チームの中で適切な自己表現の重要性と、その事故防止効果について理解する。このような研修の後、ロールプレイによって、確認や指摘の練習を行った。確認に関しては、点滴時の患者確認の会話を、患者役、看護職役を交代で演じて練習し、全員が適切な確認を日常業務の中でスムーズにできるようにする。また、チームの他メンバーのエラーを発見した際の適切な「指摘」について考え、役割を交替しながら練習して、現実場面で実行できるようにする。また、全体で2時間半程度であるが、2時間半通して行えなかった場合は、日時を変えて分割して行った。

2.2 事前調査及び事後調査

2.2.1 質問紙

質問紙は、以下に示すA、B2種類の質問紙を職種別に作成し、研修の事前と事後で同じ質問紙を使って調査を行った。各質問紙には、こちらで決めたニックネームを書いてもらい、事前と事後で同じ人の回答であることが判別できるようにした。質問紙Aの一部は、資料として添付した。また、質問紙Bは分担研究1の資料として添付したものと同一である。

A. コミュニケーション研修実態調査・効果測定調査（職種ごとに作成）

2つの質問を設けた。職種ごとに内容が異なるが、看護婦の場合で以下に説明する。第一問では、日常の業務の中で確認・指摘をどの行っているかどうか尋ねた。内服薬の与薬、点滴の実施、注射の実施場面において、間違いを感じたときに確認・指摘をどの程度行っているかを、「1. 全くない」から「5. 非常に良くある」までの5件法で答えてもらった。その際の間違ひは、それぞれ、種類、量、対象患者が間違っている場合の3ケースずつを想定した。第二問では、注射薬の量の間違ひの事故事例を示し、その問題の所在、回避策、防止策をいずれも自由記述で回答を求めた。問題の所在については、当事者、他のスタッフ、スタッフ間のコミュニケーション、病院システム、その他の5つの場合、回避策では当事者、他のスタッフ、その他の3つの場合、防止策では当事者、他のスタッフ、スタッフ間のコミュニケーション、病院システムの問題、その他の5つの場合で尋ねた。

医師と薬剤師用の場合、第一問は、具体的な場面をあげずに、どのような場面で確認や指摘ができないことがあるかをあげてもらった形にした。

B. 医療現場での間違ひの指摘に関する調査（職種ごとに作成）

フェースシートとして、ニックネーム、所属の病院や役職、経験年数、現病院での勤続年数などを尋ねた。質問紙は大きく以下の3つに分かれている。まず、第一問は、薬剤の指示、与薬、調剤の場面を想定し、他のスタッフが間違ひをしていると気づいたとき、その間違ひを指摘するかどうかを「ためらいなく直接指摘する」、「ためらいがあるが直接指摘する」、「直接指摘しない」の3件法で尋

ねた。その際、間違いをしている他のスタッフは、職種が違う場合、地位が違う場合など7つのケースをそれぞれ準備した。第二問は、特に場面を想定せず、他のスタッフの間違いに気づくことがどの程度あるのかを尋ねた。回答は「ほぼ毎日」、「週に1、2回程度」、「月に1、2回程度」、「そ

表1 研修の対象病院ごとの日程及び対象者内訳

対象病院	プログラム	実施時期	内容	担当	参加者									
					全体	看護婦	医師	薬剤師	放射線技師	理学療法士	栄養士	看護助手	診療補助	
熊本市民病院	事前調査	12/20締切	実態・効果測定		27	22	4	1						
			間違いの指摘調査		28	22	4	1	1	0	0	0	0	
	全体研修	12月20日	事故の視点	福留	120									
			チームエラー	山内										
			コミュニケーション	松尾										
	病棟研修	1月7日及び1月9日	事故とコミュニケーション	福留	29	23	4	1	1					
			アサーション	山内										
			ロールプレイ	山内										
	事後調査	2/18締切	実態・効果測定		27	22	4	1						
			間違いの指摘調査		28	22	4	1	1	0	0	0	0	
福岡市民病院	事前調査	1/20締切	実態・効果測定		29	23	0	6						
			間違いの指摘調査		29	23	0	6						
	全体研修	1月21日	事故の視点	山内	55									
			チームエラー	山内										
			コミュニケーション	松尾										
	病棟研修	1月28日から2月24日の間の7日間	事故とコミュニケーション	山内	23	23								
			アサーション	山内										
			ロールプレイ	山内										
	事後調査	3/7締切	実態・効果測定		29	23	0	6						
			間違いの指摘調査		29	23	0	6						
京都第二赤十字病院	事前調査	1/25締切	実態・効果測定		17	16	1							
			間違いの指摘調査		30	16	1			7	3	2	1	
	全体研修	1月25日	事故の視点	福留	120									
			チームエラー	福留										
			コミュニケーション	松尾										
	病棟研修	2月6日及び2月13日	事故とコミュニケーション	福留	12	8	1			1	1	1	0	
			アサーション	福留										
			ロールプレイ	福留										
	事後調査	3/7締切	実態・効果測定		17	16	1							
			間違いの指摘調査		30	16	1			7	3	2	1	
全体	事前調査		実態・効果測定		73	61	5	7	0	0	0	0	0	
			間違いの指摘調査		87	61	5	7	1	7	3	2	1	
	全体研修		295											
	病棟研修		64											
	事後調査		実態・効果測定		73	61	5	7	0	0	0	0	0	
			間違いの指摘調査		87	61	5	7	1	7	3	2	1	

※全体研修の数は概数

れ以下」の4件法とした。この質問での他のスタッフは、いろいろな職種、いろいろな地位の7つのケースを準備した。最後の第三問では、他のスタッフの間違いを指摘することをためらうことがある場合、その理由を自由記述によって尋ねた。

郵送により、事前配布し、留置法。他者（とくに病院担当者）に回答内容が知られないように、個別に封筒に入れて回収。

2.3 研修及び調査対象

表1に研修の対象病院ごとの日程及び対象者内訳をまとめた。対象とした病院は、熊本市民病院、福岡市民病院、京都第二赤十字病院の3病院で、研修の実施は、2001年12月から2002年2月にかけて行われた。研修参加者は、参加者を十分に数えることができなかったところもあり、概数でおよそ全体研修が300弱、病棟研修が70名程度であった。なお、参加者のほとんどが看護婦であった。

倫理面への配慮

本研究は、現場での看護業務への介入的方法を含む研究であり、エラーや事故事例を扱うこと、医療者以外の専門家が加わる学際的研究であることなどから、当事者（医療スタッフ、患者、家族）の心理的負担に十分配慮をして実施した。とくに、回答した質問紙に関しては、回答内容が現場の他の医療スタッフにわからないように封筒に入れて回収するようなくみとした。質問紙の配布及び回収にあたっては、協力病院の医療スタッフと緊密なコミュニケーションをとり、業務を妨げないよう研究遂行に努めた。

3. 研究結果および考察

結果は、質問紙の中味とともに検討中であり、詳細な分析は次年度に行う。現段階では、質問紙の自由記述の欄の分析から次のようなことがわかっている。研修後は、文章の量は少なくなっているが、具体的でわかりやすい表現が多くなっている。研修前には、単純に、「コミュニケーションを良くする」というような抽象的な表現が多かったが、研修後は、わかりやすく具体的な表現になっている。研修で話をした知識や意識の共有、コラボレーションなどについて、研修後の質問紙では言及されている。また、確認においても、他の医療スタッフの役割について記述されていたり、研修後は、コミュニケーションやチェック機能の重要性に気づいているところが感じられた。

全体研修で、医療事故を防ぐための安全文化の大切さ、そのためのコミュニケーションの重要性に理解が深まり、その後の病棟研修でのロールプレイで、より理解が深まっていることが示唆された。

4. 参考文献

- 1) 平木典子 1993 アサーショントレーニング—さわやかな自己表現のために 日本・精神技術研究所
- 2) Sasou, K. and Reason, J. 1999 Team errors: definition and taxonomy. *Reliability Engineering*

and System Safety, 65, 1-9.

- 3) 山内桂子・山内隆久 2000 医療事故—なぜ起こるのか、どうすれば防げるのか 朝日新聞社
- 4) 山内桂子 1995 信楽高原鉄道が訴えるもの—エラーと人間関係 山内隆久編 人間関係事例
ノート—心のネットワークを求めて ナカニシヤ出版 Pp. 43-61.

安全な医療のために—医療事故防止の心理学的アプローチ—

国立小倉病院附属看護助産学校 講師
山内 桂子

1. 事故をどう見るか— 事故検証の視点と心理学

- (1) 視点を変える 「責任追及から原因究明へ」
- (2) 個人から組織へ
- (3) 時間の流れに沿った検証
- (4) 起こったこと (事実) を正しく検証

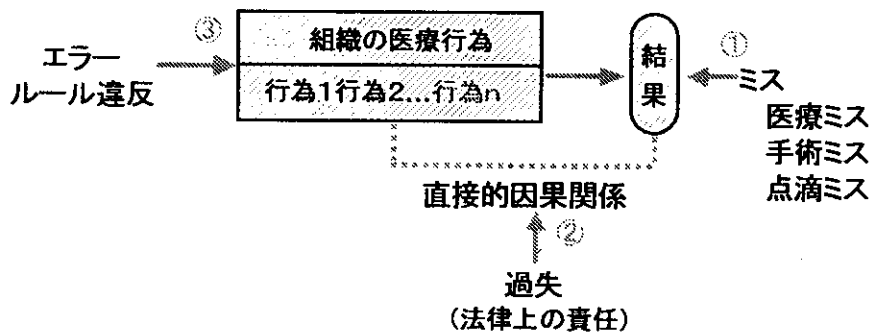


図1 事故分析の視点

2. 事故はどのように起こるか— 人の特性・医療の仕事 (医療組織) の特性と事故発生メカニズム

- (1) エラーとルール違反 (欠如、不適切)
- (2) 2種類エラー —ミステイクとスリップ—
- (3) 医療の仕事 (医療組織) の特性
 - 1) 高度な医療ほど侵襲性が高い
 - 2) 複雑で多様なニーズに応えることが求められている 多重課題、複雑な照合
 - 3) エラーが連鎖しやすい

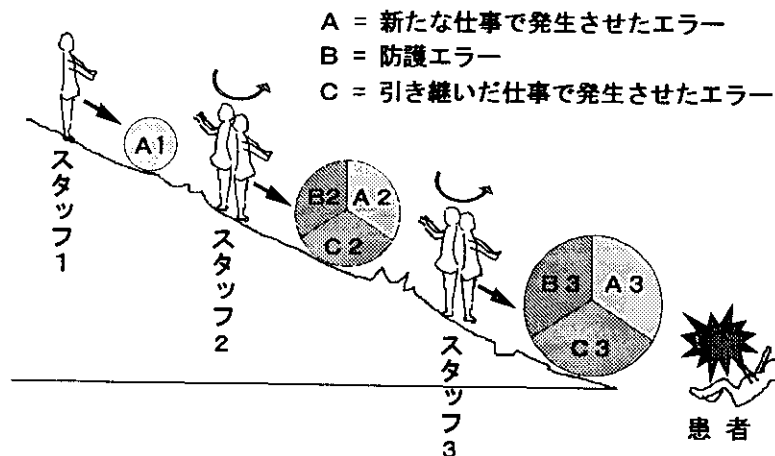


図2 医療組織の事故とエラーの連鎖 (スノーボール・モデル)