

表 11 手順・習慣に関する要因

エラー発生の具体的な状況	件数
通常と違う手順だった	17
行為に関するルールがなかった	6
暗黙のルール・習慣があった	12
手順はあったが、決められた通りできない／使いにくい手順だった	4
その他	5
合計	44

表 12 風土・文化に関する要因

エラー発生の具体的な状況	件数
間違いを指摘しにくい雰囲気があった	0
曖昧を善とする雰囲気があった	5
職場内で話しにくい／聞きにくい雰囲気があった	0
その他	2
合計	7

表 13 人間特性に関する要因

エラー発生の具体的な状況	件数
疲労感があった	2
思い込みがあった	30
錯覚した	5
慣れていて	3
あせっていた	7
自分自身を過信していた	1
忘れた	6
その他	9
合計	63

5) 医療従事者間の情報伝達の不備はどのような状況で起きているか (図1)

エラーの発生要因として最も多い「医療従事者間の情報伝達の不備」が生じている事例（情報伝達エラー事例）を、これが生じていない事例（非情報伝達エラー事例）と比較したところ、医療従事者間の情報伝達の不備を挙げている事例では、同時に「勤務体制に関する要因」、「教育指導に関する要因」、「手順・習慣に関する要因」、「人間特性に関する要因」が高く、また、非情報伝達エラーの事例では発生していない「風土・文化に関する要因」が挙げられていた。

表14 ハードウェアに関する要因

エラー発生の具体的な状況	件数
建物や機器の構造上に問題があった	0
使いにくい器具だった	1
電子カルテの表示が見難かった	0
容器が似ていた	2
機器のタイプが複数あり、異なる使い方だった	0
機器のメンテナンスを行っていなかったため、機器に不具合があった	1
輸液容器の取り扱い方を間違った	0
使用対象が異なっても使うことができた	0
その他	6
合計	10

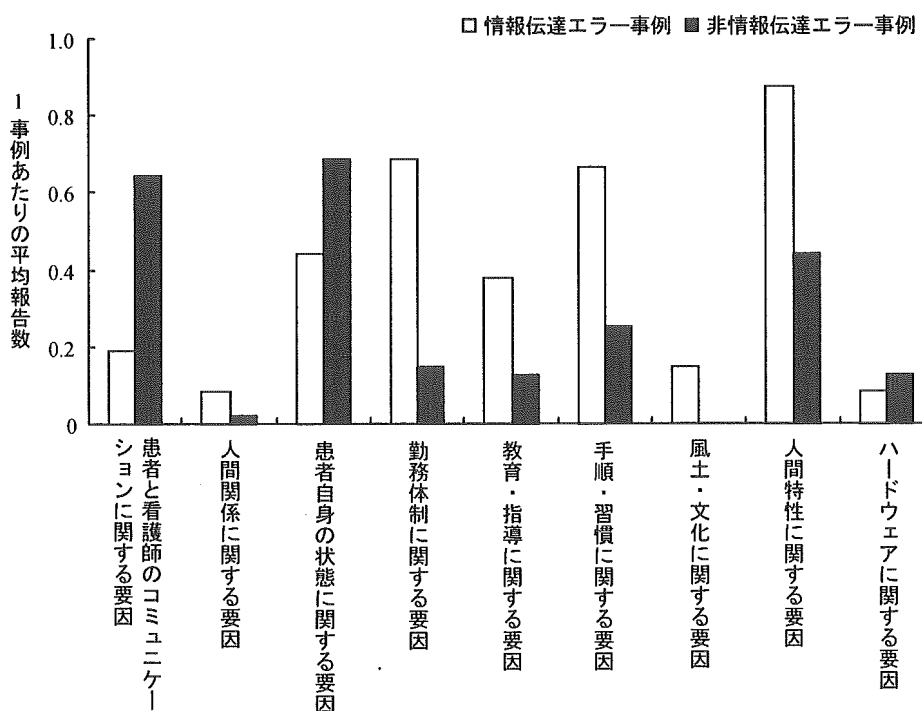


図1 専門職間の情報伝達事例とその他事例の比較

6) 医療従事者間のコミュニケーションエラーの背景要因が生じる状況 (図2～図6)

これらの背景要因について報告事例から具体的な状況を検討してみると、勤務体制に関する要因では (図2)、「夜勤だった」、「業務が集中し、量が多かった (多重業務)」が多かった。教育・指導に関する要因としては (図3)、「指導をされる側が曖昧なままに行っていた」、「知識不足」が挙げられていた。手順・習慣に関連しては (図4)、「通常と違う手順」、「暗黙のルール・習慣があった」が挙げられていた。風土・文化に関する要因 (図5) としては、「曖昧を善とする雰囲気」、人間特性としては (図6)、「思い込みがあった」が挙げられていた。

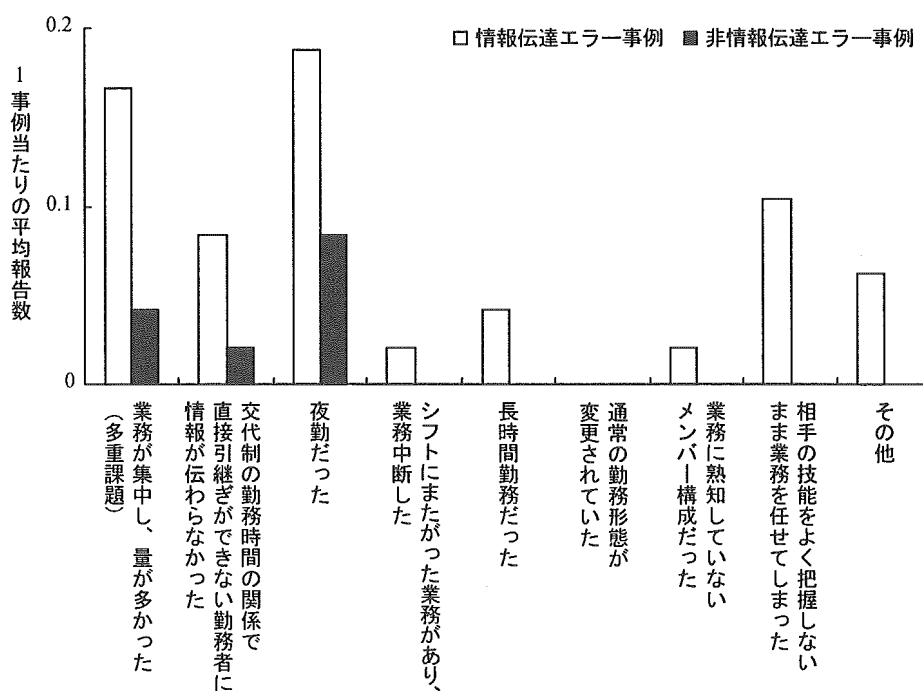


図2 情報伝達事例と勤務体制

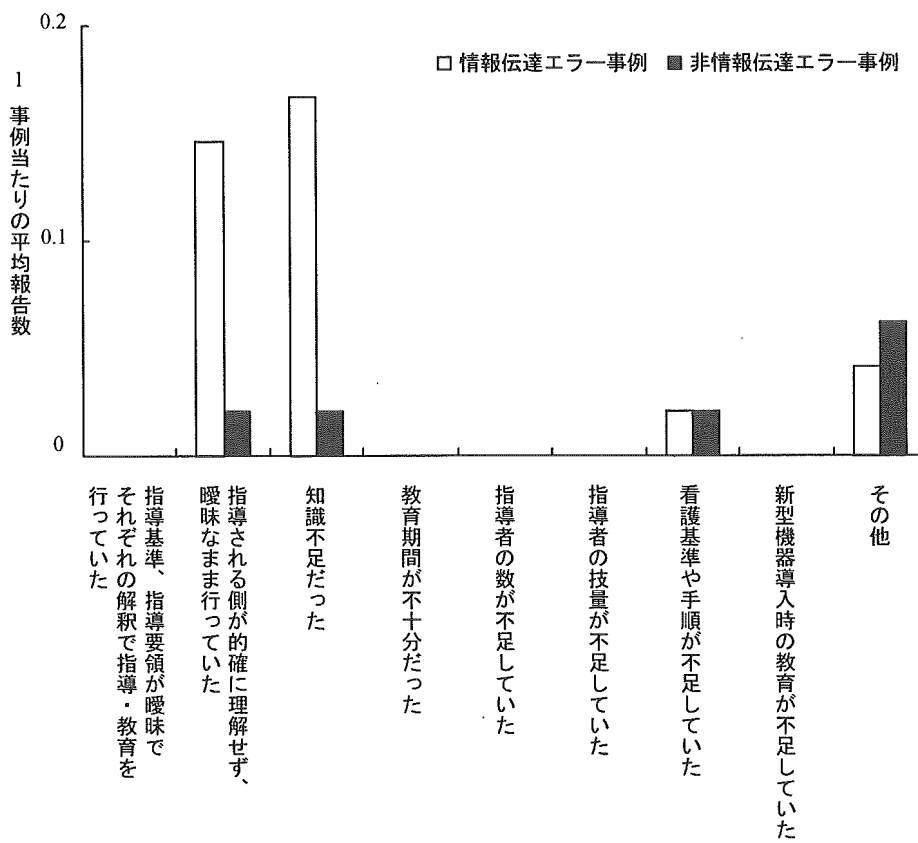


図3 情報伝達事例と教育・指導

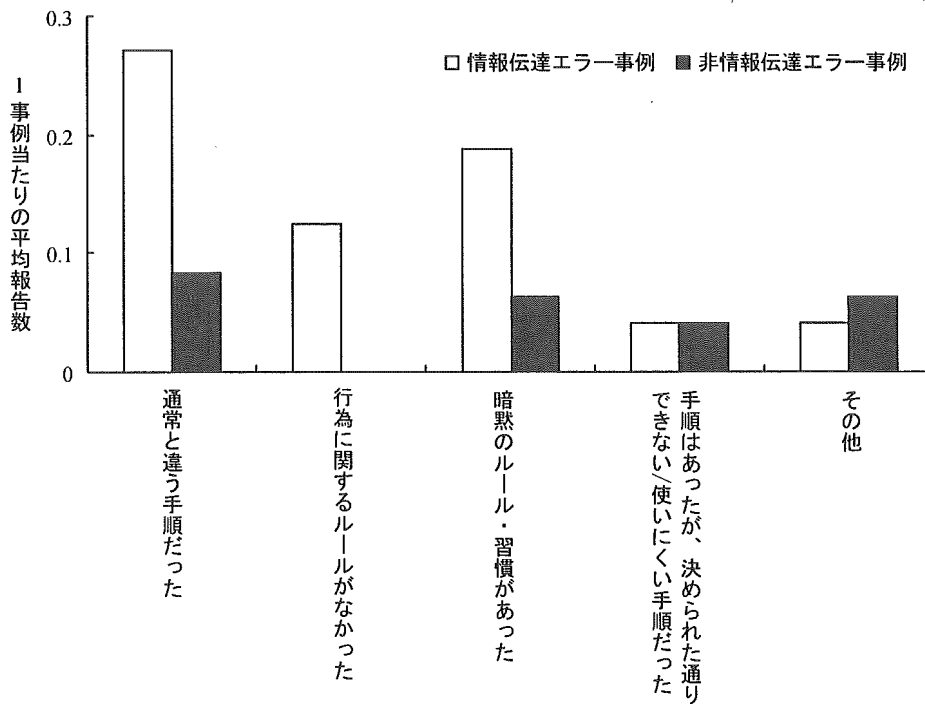


図4 情報伝達事例と手順・習慣

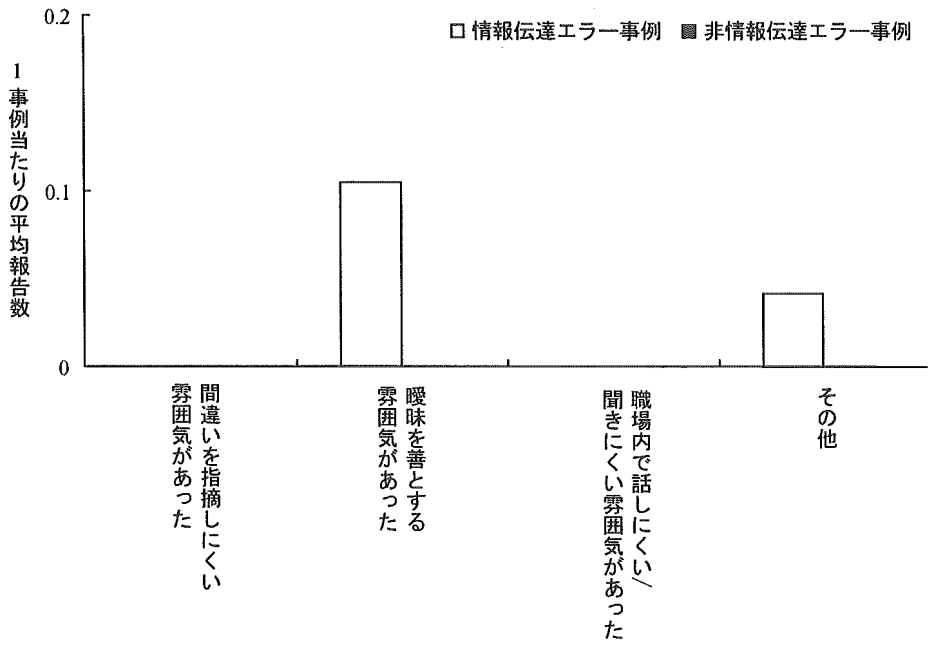


図5 情報伝達事例と風土・文化

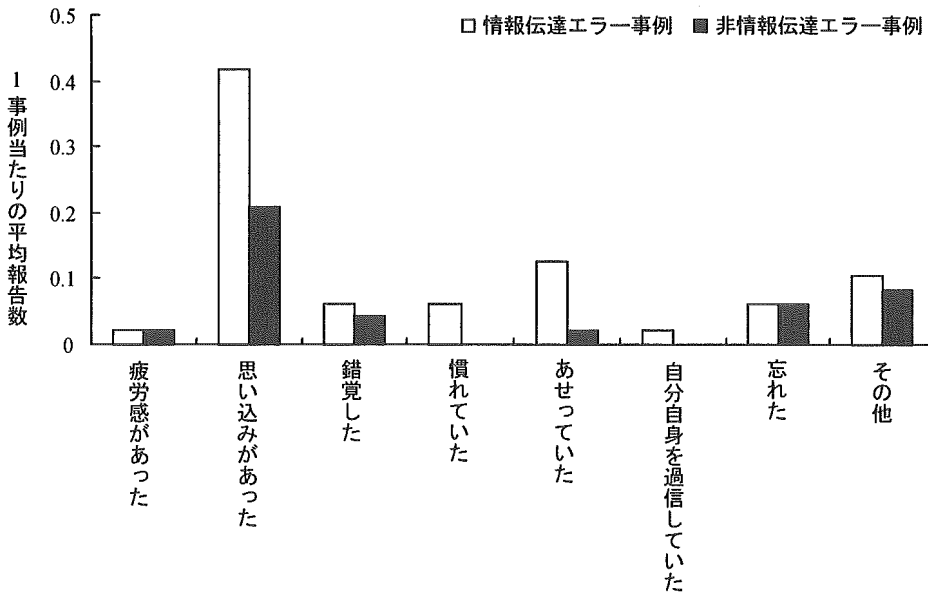


図6 情報伝達事例と人間特性

7) 思い込みはどのような状況で起きているか (図7~9)

人間特性として背景要因の中で最も多い「思い込み」がどのような状況で起きているかを確認するために、思い込みが生じた事例と、生じていない事例を比較したところ (図7)、思い込みが生じている事例で、同時に背景要因として挙げている要因は、「医療従事者間の情報伝達の不備」が最も多く、続いて「手順・習慣に関する要因」、「勤務体制に関する要因」が挙げられていた。

次に、思い込みが生じている事例について、勤務体制との関係を見てみると (図8)、「夜勤だった」、「業務が集中していた」を状況として挙げている事例が多かった。

また、思い込みが生じた事例と手順・習慣に関する要因との関連を見てみると (図9)、「暗黙のルール・習慣があった」、「通常と違う手順だった」が多かった。

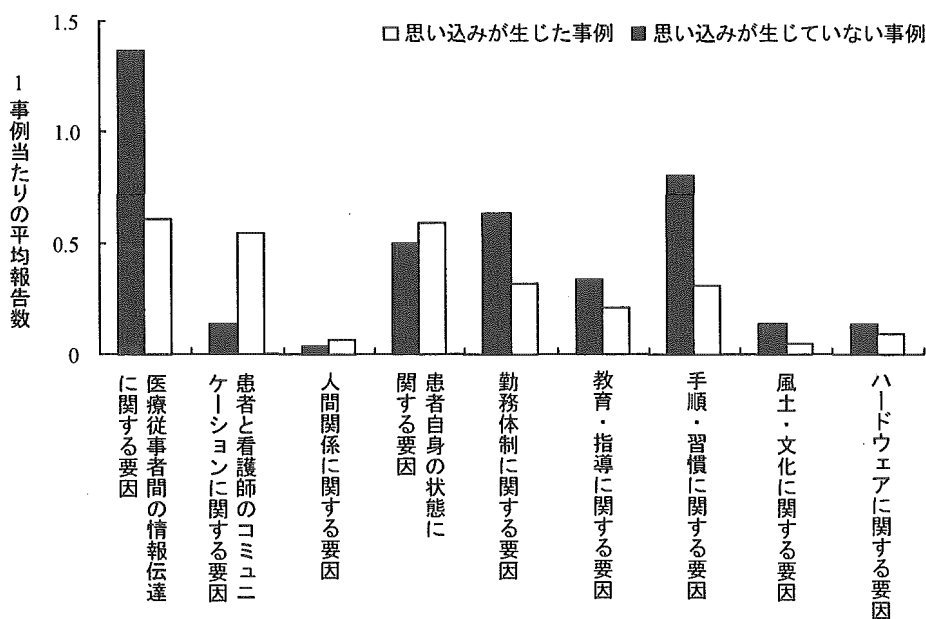


図7 思い込み事例とその他事例の比較

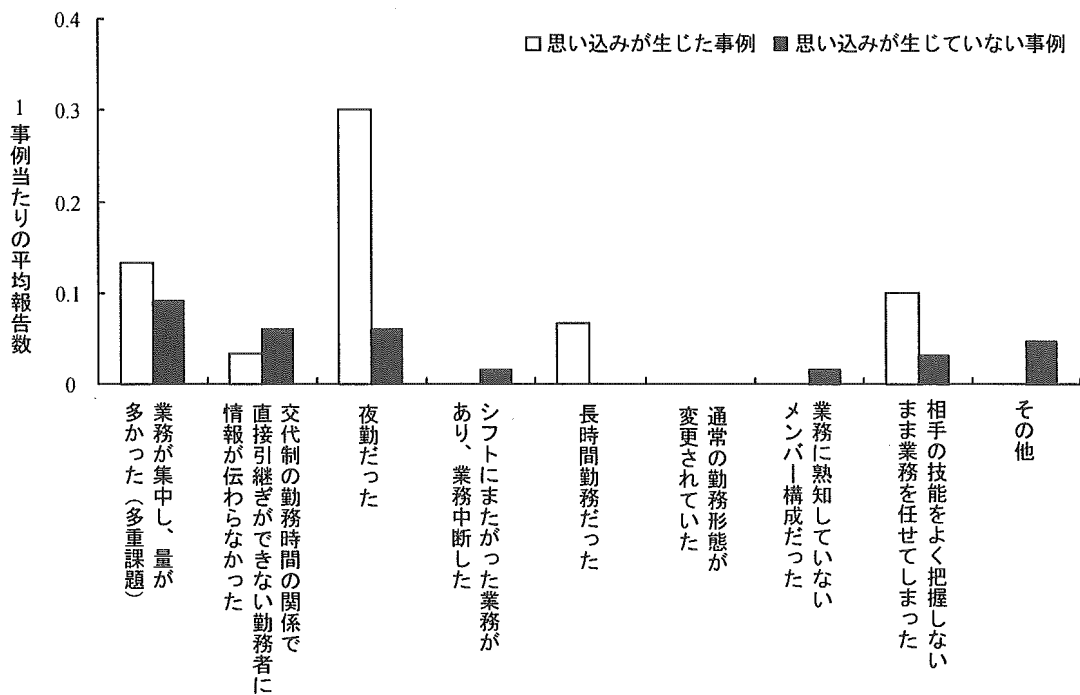


図 8 思い込み事例と勤務体制

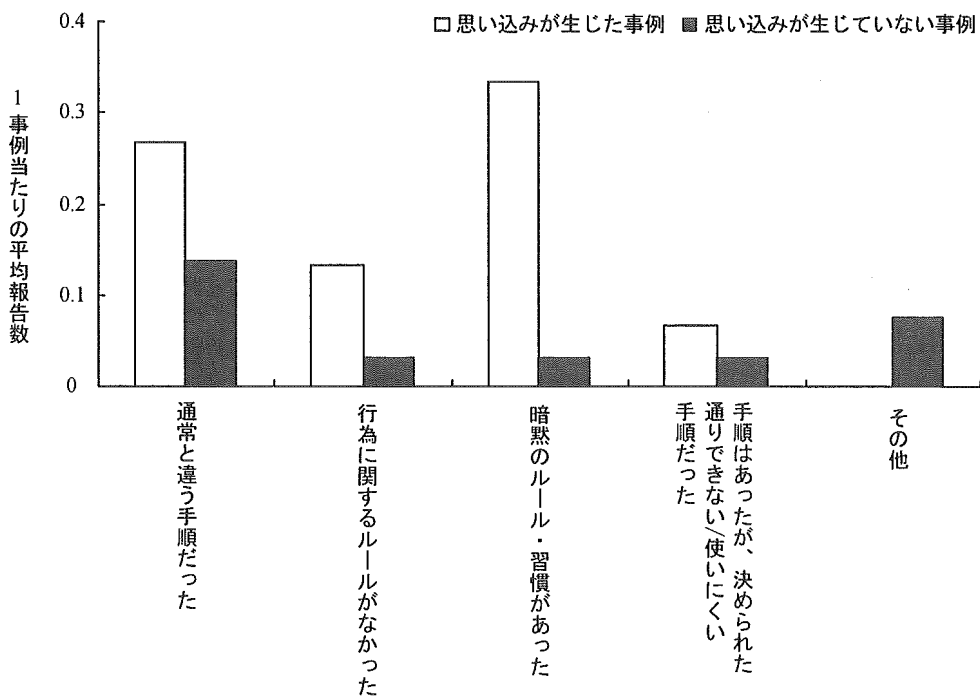


図 9 思い込み事例と手順習慣

7 考察

1) コミュニケーションエラーの背景要因として最も多いもの

コミュニケーションエラーの背景要因としては、医療従事者間の情報伝達の不備が最も多い。この情報伝達の不備が生じている状況を確認してみると、「情報や変更を伝えていない」、「他者が準備したものを確認せずに実施した」、「伝えた内容を確認してくれたと思い込んだ」、「指示内容が曖昧だった」など、的確な情報伝達の手段を講じることなく、日常的なコミュニケーションスタイルのまま、患者の生命に関わる情報のやり取りをしていることがわかった。しかし、その他の項目も多く、さまざま要因によってコミュニケーションの不備が生じている。

2) 医療従事者間のコミュニケーションの不備を生じさせる要因は何か

医療従事者間のコミュニケーションに不備が生じている事例と、生じていない事例を比較してみると、医療従事者間のコミュニケーションに不備が生じている事例では、「勤務体制に関する要因」、「教育・指導に関する要因」、「手順・習慣に関する要因」、「風土・文化に関する要因」、「人間特性に関する要因」が同時に発生している割合が高く、これらの要因が影響していると考えられる。この背景要因について事例から確認してみると、「通常と違う手順であった」、「ルールがない」、「暗黙のルールで業務を行っていて、ルールの確認をしなかった」などが挙げられており、暗黙のルールのまま習慣として業務を行っている中で、業務が集中する時間や夜勤などの場合、思い込みによるエラーが生じていると考えられる。このような状況は他の研究⁵⁾⁶⁾でも指摘されているところである。

3) 曖昧を“善”とする組織風土と暗黙のうちにこなされる看護業務におけるエラーの発生

医療従事者間のコミュニケーションの不備の中でも、「お互いが理解し合ったつもり」で別の認識のまま、確認し合うことなく、エラーを生じてから「お互いの理解の違い」に気づくことが多く見られている。また、分担が不明確なまま業務が行われており、「明確な指示のないまま、他の人の仕事を手伝う」、また「明確に依頼するのではなく、誰かが手伝ってくれるのを期待して」、暗黙の内にみんな仕事を終えるという習慣が成り立っている。その中で、「責任範囲が不明確なまま」業務が行われている。そのため、誰かがしてくれたはずだと思っていた業務が行われていなかったり、逆に重複して行われたりするなど、エラーが生じないまでも合理的な業務の進め方になっていない場面が多く見られている。看護業務が暗黙の了解のうちに、習慣的に行われている場面が多く見られ、その中でエラーが生じていることがわかった。

4) 新人看護師および職場異動後の看護師のエラー

1年未満の経験者と職場異動1年未満の看護師のエラー発生率が高いことは、厚生労働省の医療安全ネットワーク事業における、ヒヤリ・ハット事例の分析でも明らかである⁷⁾。これらの看護師が職場に適応する上で重要な、教育・指導に関するエラーの背景要因を検討してみると、指導する側はわかっているはずだと思い込んでいるが、指導される側は勝手な解釈で理解して、お互いに共通の理解

がないままに業務に慣れていき、指導したはずの事柄を間違えて受け止めたままになっている。これらの新人や職場異動者が、「夜勤でお互いに業務の引継ぎができない」、「通常と違う手順である」、「業務が集中する」、などの状況が重なると、お互いに勝手な理解で実施してエラーが生じ、はじめてお互いの理解が違っていることに気づくという現象が起きている。

5) 曖昧を“善”とする組織風土と口頭指示によるエラー

エラーが生じる現場においては曖昧を“善”とする組織風土が作り上げられている。そのため、確認作業が行われないうまま仕事が引き継がれ、不明確なままにエラーが生じている。また、先輩や医師の指示を理解しないまま勝手に解釈して実施しエラーを生じている。特に先輩看護師から後輩看護師への指示が口頭で行われ、これを受ける新人看護師は、十分な理解のないまま勝手な解釈を行なって業務を実施しエラーを生じている。新人看護師の場合、経験や知識が少ない中で判断が行なわれるため、簡単に間違った結論に結びついてしまうことになる。具体例としては、「これやっというて」といつて渡された“内服薬”入りの注射器を、新人看護師が静脈注射をしてしまったという事例がある。

このような事故が起きる背景として、医師の指示や看護師間の業務の情報伝達が口頭で行われる場面が多く、ここでエラーを生じさせている。医師の指示が指示受けの看護師からリーダー看護師へ、リーダー看護師から受け持ち看護師へと次々に口頭で伝えられていく。指示書を確認しながら指示書とともに伝達するという業務の習慣が出来上がっていない。その上、先輩・後輩関係の中で、確認することが憚られるなどの心理的な要因も働き、数少ない経験の中で、似たような経験と結び付けやすくなる。

6) 思い込みが生じる背景

勤務体制や教育・指導、手順・習慣に関する要因については、それぞれの要因毎に体制整備やルールの確立などによって、エラー防止策が検討し易い。しかし、人間特性に関する要因については、明確な防止策が見出しにくい。そこで、人間特性として背景要因の中で最も多く、また、解決策が見出しにくい、思い込みという現象が、どのような状況で起きているかを見た。

思い込みが生じている事例とその他の事例を比較してみると、「医療従事者間のコミュニケーションの不備」をその要因として同時に挙げている事例の割合が最も多く、次いで「手順・習慣に関する要因」、「勤務体制に関する要因」を挙げている割合が高い。これらの要因をさらに詳細に見てみると、勤務体制に関しては、「夜勤だった」、「業務が集中していた」、「相手の技能を把握しないまま業務を任せた」を挙げている。また、手順・習慣に関しては、「暗黙のルール・習慣があった」、「通常と違う手順であった」、「ルールがなかった」、「ルールはあったが使えないまたは使い難いルールだった」が高い。

このような背景要因の関係を検討してみると、思い込みが生じる要因の関係を図 10 のように表すことができる。

医療現場によらず日本の組織においては、曖昧を“善”とする組織風土がある。医療現場において

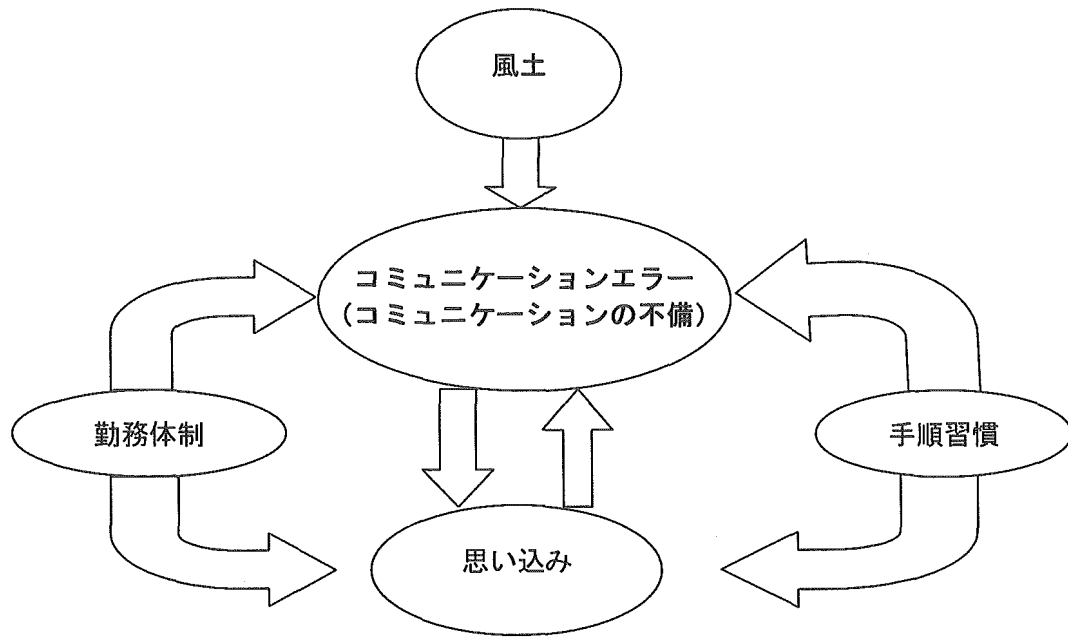


図10 思い込みが生じる要因間の関係

は望ましくないが通常の風土や文化は医療現場にも影響を与えており、曖昧を“善”とする文化が息づいている。

そのような風土の中で、看護師の勤務は、交代制で連続する勤務者以外はお互いに引継ぎができない。夜勤帯では、少ない看護師で多くの患者を見るため、業務が集中するという状況がある。そのような状況の中で、手順やルールが曖昧なまま、暗黙の了解の下に業務がなされている。そこにコミュニケーションの不備が生じると、お互いに勝手な思い込みで業務が進んでしまう。頼んだつもりで注射を誰も実施していない、内服薬のつもりで頼んだ薬剤を静脈注射してしまう、というような事故が生じている。

8 結論—コミュニケーションエラーを少なくするための業務の進め方についての具体的な提案—

本研究の結果、医療従事者間の情報伝達の不備が、コミュニケーションエラーの大きな要因であることがわかった。また、コミュニケーションエラーが生じる要因として、曖昧を“善”とする風土・文化、暗黙のルールや手順の曖昧さの中で、交代制勤務と業務が集中する多重業務の中で重大なエラーが生じ事故につながっていることがわかった。

このような思い込みによるコミュニケーションエラーを防止するために、具体的な現場における業務の進め方を改める必要がある。具体的には、次のような業務遂行上の工夫が必要と考えられる。

1) 必要最少のコミュニケーションを的確に行う

- ① 電子化により、文書や口頭による情報伝達をできるだけ単純化する。
- ② 個々が、指示受けから実施まで完結できる範囲の業務を確実に分担する。

- ③ 業務の途中から引き継ぐことを少なくする。引き継ぐ必要がある場合は、意図・計画・実行・結果⁸⁾のモニターが可能な情報を十分受け継いで実施する。
- ④ 相互に情報伝達の相手を明確にして情報伝達を行う。
- ⑤ 情報伝達の内容や意味をお互いが同じように受け止めたかの確認を行う（復唱と確認）。

2) 業務範囲を明確にする

- ⑥ 自分の業務分担範囲を明確にする。
- ⑦ 業務分担以外の仕事を、明確な依頼や許可がないまま行わない（気を利かしてやっつけてあげる習慣を止める）。
- ⑧ 予定外や緊急事態を想定して業務計画を立てる。想定外の業務が生じた場合は計画の再調整を行う。

3) ルールを明確にする

- ⑨ 暗黙のルールは、明確なルールとして基準化する。
- ⑩ 通常の場合のルールを明確にし、これを外れた場合は、より確実に伝達するルールを明確にしておく。
- ⑪ 指示の出し方と受け方、業務の依頼と受け方など、正確な情報伝達のルールを作る（復唱・確認手順の明確化）。

4) 思い込みが生じにくい環境を整備する

- ⑫ 曖昧を“善”とする組織風土を是正する。
- ⑬ 夜間業務と多重業務を避けるように業務の整理をする。
- ⑭ 暗黙のルールを明確なルールにする。
- ⑮ 適正な勤務管理と疲労回復のための適切な休憩時間を設定する。
- ⑯ 誤認しやすいものを排除する。
 - : あらかじめ正しく設定された部品の導入。
 - : 間違いやすい容器や表示製品の導入を避ける。
 - : 指示や記録の明確化。
 - : 患者の認証のシステムの導入。

引用文献

- 1) 嶋森好子 2002 コミュニケーションエラーによる事故事例の収集分析 看護業務改善による事故防止に関する学術的研究 ～エラー防止および医療チーム研修の導入の効果～ 厚生科学研究費補助金医療技術評価総合研究事業 平成13年度総括・分担研究報告書（主任研究者 松尾太加志）

- 2) 松尾太加志 1999 コミュニケーションの心理学—認知心理学・社会心理学・認知工学からのアプローチ— ナカニシヤ出版
- 3) Reason, J. 1997 *Managing the risks of organizational accidents*. Aldershot, U.K.: Ashgate. (塩見 弘監訳 1999 組織事故—起こるべくして起こる事故からの脱出— 日科技連)
- 4) ヒューマンファクター研究センター 1992 イラスト版 ヒューマンファクター分析・評価手法 [J-HPES 事例集] 電力中央研究所
- 5) 嶋森好子 2001 看護業務に関連する医療事故の実態調査から事故防止策を検討する 平成12年度厚生科学研究費補助金厚生科学特別研究事業 (主任研究者 嶋森好子)
- 6) 斉藤良夫 2000 看護婦の交替勤務制の改善に関する研究 平成11年度厚生科学研究費政策科学推進事業 (主任研究者 上畑鉄之丞)
- 7) 厚生労働省 2002 医療安全対策ネットワーク整備事業医療安全対策検討会議 ヒヤリハット収集等事業
- 8) 嶋森好子 2002 病棟から始めるリスクマネジメント 医学書院

2002 年 9 月 1 日

コミュニケーションエラーの発生要因に関する調査協力をお願い

平成 14 年度厚生科学研究

主任研究者 松尾太加志（北九州市立大学心理学教授）

分担研究責任者 嶋森好子（京都大学医学部付属病院）

近年、マスコミで報道される医療事故の多くで、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、事故に至った事例が見られております。このことから、医療現場におけるコミュニケーションの重要性が再認識されてきています。

私達は、昨年より厚生科学研究の一環として、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する研究に取り組んでおります。

本年度は、昨年度の研究で明らかになった、コミュニケーションエラーによる医療事故の発生要因が、実際の看護の現場で生じる事故やインシデントにどのように関連しているかを明らかにしたいと考えております。

私たちは、この調査によって、特に医療事故の当事者になりやすい看護職が業務を行う中で、事故の要因となるエラーの発生が、どのような状況によって起きており、それらの要因がどのように関連しているのかを明らかにしたいと考えております。

また、この研究を通して、コミュニケーションエラー発生した場合、これに関する情報収集が、そのまま要因分析につながるような、情報収集用紙のフォーマットを作成したいと考えております。

つきましては、別紙調査票による調査にご協力をいただきたくお願い申し上げます。

調査にご協力いただいた方のプライバシーの保護に十分注意いたします。また、調査結果は、協力いただいた皆様にお返しするとともに、研究目的である医療事故防止のため以外には使用しません。

業務のお忙しい中、誠に恐縮に存じますが、ご協力いただけますよう、重ねてお願い申し上げます。

< 調査方法及び記入方法について >

1 調査方法

本調査は、貴院において発生したインシデント・アクシデント事例の内、複数の人がかかわった事例に関して、エラーの発生要因を明らかにするための調査です。

調査票の記入は、できるだけリスクマネジャー（インシデント・アクシデント事例を分析されている担当者）の方をお願いいたします。

調査票は、事例にかかわった全ての人からインタビューによって情報を収集した上で、記入してください。

事例にかかわったご本人に記入していただいた場合でも、最終的に、リスクマネジャーの方が、確認して下さい。

具体的な手順は、下記の通りです。

- 1) 調査期間中に発生したインシデント及びアクシデント事例の中から、複数の人に関わった事例を抽出して下さい。（この複数の人間が関わるという意味は、直接のコミュニケーションがなくても、例えば、医師の指示を後から看護師が受けるというような間接的な情報のやり取りなどに関わった場合も含まれます）
- 2) 抽出した事例について、その概略と、時系列で見た事例の流れを、事例概要の記入例に従って、リスクマネジャーまたはそれに類する担当者の方が記入してください。
- 3) 次に、その事例の時系列の流れで生じたエラーの順に、それぞれについて、別々に（各 1 枚）エラー発生要因の調査票に基づき、当てはまる要因全てに○をつけて下さい。
- 4) 調査終了後、調査票を下記事務局まで郵送して下さい。

2 調査票について

調査票は「事例の概要」と「エラー発生要因」の 2 枚です。下記の記載要領でご記入願います。

1) 「事例の概要について」

- ・ 調査票の右上の（ ）内に、貴施設の事例番号を書いて下さい。
- ・ 概要は、リスクマネジャーが、記入例に従って、書いて下さい。
- ・ 事例の概略と、時系列にみたエラーの流れを番号を記した上で書いてください。

2) 「エラー発生要因」について

- ・ 時系列に生じたエラーのそれぞれについて、各 1 枚調査票を書いて下さい。
- ・ 調査票の右上の () 内に事例の番号に続いて、それに関連するエラーであることがわかるように、通し番号をつけて下さい。
(1-1、1-2、1-3 というように) この番号は事例の概要を書く際に付けた番号と一致するようにして下さい。
- ・ エラーの発生要因は 12 のカテゴリーに分類してあります。
- ・ それぞれの調査票の、エラー発生の変因と考えられるものの番号全てに○を付けて下さい。
- ・ 当てはまるものがない場合には「その他」の項目に出来るだけ詳しくエラー発生状況を記入して下さい。

3 調査期間

平成 14 年 9 月 1 日から平成 14 年 10 月 31 日までの二ヶ月間です。但し、調査期間前の事例であっても、確実な情報が得られる場合には、事例として取り上げていただいても結構です。

＜提供事例の概略記入例＞

＜場 所＞（内科・外科・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（ ）

＜事例の概略＞

抗生剤実施後に、発熱などのアレルギー反応が出たために 3 日前より抗生剤中止となっていたが、抗生剤中止の指示を見間違えた看護師は、次の勤務者が実施する分と自己が実施する分とを用意していた。その後抗生剤中止に気づいた看護師は、自分が実施する分は片付けたが、次の勤務者が実施する分はそのまま放置した。次の勤務者は用意された抗生剤をそのまま実施して再度アレルギー反応が出た。

＜事例の時系列による流れ＞

- ① 6. 20（金）に深夜看護師Aが、抗生物質の指示が中止になっているのを見間違えて、朝と夕方に使用する分の抗生物質の薬剤と溶解液を準備した。
- ② その後、Aは指示が中止になっていることに気づき、朝使用する抗生物質は片付けたが、夕方に使用する抗生物質は片付け忘れた。
- ③ 6. 21（土）に、部屋担当看護師Bが、指示書を照合せず、置いてあった抗生物質と溶解液をミキシングしてワゴンに置いた。
- ④ 看護師Cがワゴンから溶解した抗生物質を患者のベッドサイドの点滴台につるした。その時、患者は入浴中で不在だった。
- ⑤ 入浴後、患者からナースコールがあり看護師Dが病室に行った。ベッドサイドにぶら下げてある抗生物質の点滴について患者が「この点滴まだやるの？熱が出るんだよね」と聞いてきた。Dは「前にもやっていた抗生物質なので大丈夫ですよ」と声をかけ、抗生物質の点滴を開始した。
- ⑥ 患者から呼吸苦、動悸があるとN s コールがありDが訪室した。BP 204 / 120 mmHg あり、Dr の指示でアダラート 10mg 舌下した。

(事例番号： -)

<エラー発生要因>

<発生日時> 平成14年, 9月, 10月) (日) (時)

<事故当事者の勤務時間との関連>

(日勤・準夜・深夜・その他：)の勤務中、勤務開始前、勤務終了後

エラー発生要因	エラー発生の具体的な状況
1. 医師と看護師間の情報伝達に関する要因	① 他者が用意したものを確認せず実施した。 ② 他者が行為の直前に指示を出した/変更した。 ③ 指示内容が曖昧だった。 ④ 指示が口頭（電話など）で行われた。 ⑤ 指示書に書かれている指示内容が間違っていた。 ⑥ 通常とは異なる指示の伝達ルートを使った。 ⑦ 指示書に書かれた文字が悪筆だった。 ⑧ 指示内容の解釈を誤認した。 ⑨ 情報や変更を伝えていなかった。 ⑩ 伝えた情報を確認してくれたと思い込んだ。 ⑪ 業務を引き継ぐ時に、指示内容を口頭で行なった。 ⑫ 業務を引き継ぐ時に、指示内容を言い間違っ誤った情報を伝達した。 ⑬ 使用している用語が統一されていなかった。 ⑭ その他 ()
2. 看護師とその他の職種との情報伝達に関する要因	① 他者が用意したものを確認せず実施した。 ② 他者が行為の直前に指示を出した/変更した。 ③ 指示内容が曖昧だった。 ④ 指示が口頭（電話など）で行われた。 ⑤ 指示書に書かれている指示内容が間違っていた。 ⑥ 通常とは異なる指示の伝達ルートを使った。 ⑦ 指示書に書かれた文字が悪筆だった。 ⑧ 指示内容の解釈を誤認した。 ⑨ 情報や変更を伝えていなかった。 ⑩ 伝えた情報を確認してくれたと思い込んだ。 ⑪ 業務を引き継ぐ時に、指示内容を口頭で行なった。 ⑫ 業務を引き継ぐ時に、指示内容を言い間違っ誤った情報を伝達した。 ⑬ 使用している用語が統一されていなかった。 ⑭ その他 ()
3. 看護師間の情報伝達に関する要因	① 他者が用意したものを確認せずに実施した。 ② 他者が行為の直前に指示を出した/変更した。 ③ 指示内容が曖昧だった。 ④ 指示が口頭（電話など）で行われた。 ⑤ 指示書に書かれている指示内容が間違っていた。 ⑥ 通常とは異なる指示の伝達ルートを使った。 ⑦ 指示書に書かれた文字が悪筆だった。 ⑧ 指示内容の解釈を誤認した。 ⑨ 情報や変更を伝えていなかった。 ⑩ 伝えた情報を確認してくれたと思い込んだ。 ⑪ 業務を引き継ぐ時に、指示内容を口頭で行なった。 ⑫ 業務を引き継ぐ時に、指示内容を言い間違っ誤った情報を伝達した。 ⑬ 使用している用語が統一されていなかった。 ⑭ その他 ()

エラー発生要因	エラー発生の具体的な状況
4. 患者と看護師のコミュニケーションに関する要因	<ul style="list-style-type: none"> ① 患者に関する情報が不足していた。 ② 伝達した内容を理解しているのか確認が困難だった。 ③ 使用している用語が統一されていなかった。 ④ その他 ()
5. 人間関係に関する要因	<ul style="list-style-type: none"> ① 役職が上/下だから言えなかった。 ② 職種が違うので言えなかった。 ③ 相手の感情を損ねると思い、言えなかった。 ④ その他 ()
6. 患者自身の状態に関する要因	<ul style="list-style-type: none"> ① 患者が自分自身で判断した。 ② 患者は自分で訴えられなかった。 ③ 患者に認知障害があった。 ④ 患者の容態が急変したので慌てた。 ⑤ 説明内容を（内服方法等）を患者が理解していなかった。 ⑥ 患者に難聴や構音障害等があった。 ⑦ その他 ()
7. 勤務体制に関する要因	<ul style="list-style-type: none"> ① 業務が集中し、量が多かった（多重課題）。 ② 交代制の勤務時間の関係で直接引継ぎができない勤務者に情報が伝わらなかった。 ③ 夜勤だった。 ④ シフトにまたがった業務があり、業務中断した。 ⑤ 長時間勤務だった。 ⑥ 通常の勤務形態が変更されていた。 ⑦ 業務に熟知していないメンバー構成だった。 ⑧ 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。 ⑨ その他 ()
8. 教育・指導に関する要因 (計画・方法・実施・結果)	<ul style="list-style-type: none"> ① 指導基準、指導要領が曖昧でそれぞれの解釈で指導・教育を行っていた。 ② 指導される側が的確に理解せず、曖昧なまま行っていた。 ③ 知識不足だった（例：薬効を知らなかった等）。 ④ 教育期間が不十分だった。 ⑤ 指導者の数が不足していた。 ⑥ 指導者の技量が不足していた。 ⑦ 看護基準や手順が不足していた。 ⑧ 新型機器導入時の教育が不足していた。 ⑨ その他 ()
9. 手順・習慣に関する要因	<ul style="list-style-type: none"> ① 通常と違う手順だった。 ② 行為に関するルールがなかった（例：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・未実施の確認方法等）。 ③ 暗黙のルール・習慣があった。 ④ 手順はあったが、決められたとおりにできない/使いにくい手順だった。 ⑤ その他 ()

エラー発生要因	エラー発生の具体的な状況
10. 風土・文化に関する要因	① 間違いを指摘しにくい雰囲気があった。 ② 曖昧をよしとする雰囲気があった。 ③ 職場内で話しにくい/聞きにくい雰囲気があった。 ④ その他 ()
11. 人間特性に関する要因	① 疲労感があった。 ② 思い込みがあった。→その理由 (例：以前、似た経験があった等) ③ 錯覚した。(例：似た患者名や、アンプルの形容、薬名等) ④ 慣れていた。 ⑤ あせっていた。→その理由 () ⑥ 自分自身を過信していた。 ⑦ 忘れた。→その理由 () ⑧ その他 ()
12. ハードウェアに関する要因	① 建物や機器の構造上に問題があった。 ② 使いにくい器具だった。 ③ 電子カルテの表示が見難かった。 ④ 容器が似ていた。 ⑤ 機器 (例：人工呼吸器、輸液ポンプ等) のタイプが複数あり、異なる使い方だった。 ⑥ 機器のメンテナンスを行っていなかったため、機器に不具合があった。 ⑦ 輸液容器の取り扱い方を間違えた (例：ダブルバックやキット製品の調合をしなかった)。 ⑧ 使用対象が異なっても使うことが出来た。 ⑨ その他 ()

4 コミュニケーション・スキル研修の開発と効果測定

第1節 事故防止のための研修プログラムの開発と効果測定

山内桂子 国立小倉病院附属看護学校
森永今日子 北九州市立大学大学院社会システム研究科
三沢 良 九州大学大学院人間環境学府
藤村まこと 九州大学大学院人間環境学府
松尾太加志 北九州市立大学文学部

1 問題

1.1 医療事故防止研修に関する研究の必要性

近年、医療事故への社会的な関心が高まり、医療界全体において、「人は誰でもエラーを起こす可能性がある」ことを前提にした事故防止対策が必要であるとの認識が広まってきた。そして、事故防止のためには、他のさまざまな対策とともに、医療スタッフに対する研修や教育が不可欠であることも認識されつつある。厚生労働省による「医療安全対策のための医療法施行規則」の一部改正（平成14年10月1日施行）においても、病院および有床診療所における管理者に対して、安全管理のための指針の整備、委員会の開催、事故報告などの対策と並んで、安全管理のための職員研修が義務付けられている。このような状況の中で、それぞれの医療機関において、積極的な事故防止研修の実施が課題となっている。

しかしながら、看護協会などの職能団体や行政機関により、医療事故防止に目的を特化した研修が盛んに実施されるようになったのは1999年以降であり、各医療機関における院内での事故防止研修の歴史はさらに短い場合が多い。そして、どのような内容の研修を、誰を対象に、どのような形式で行うことが事故防止に効果的であるのかを示した資料はほとんどない。そのため、各医療機関は手探りで研修を企画し、実施しているというのが現状である。よって、それらの研修の企画および実施の指針となる体系的な研究が必要である。

1.2 組織事故を防ぐ研修とは

事故防止のために、医療スタッフがそれぞれに所属する医療機関外の研修施設や機会を利用して学習し、知識や技術の向上に努めることは、事故防止にももちろん有益である。しかし、医療事故は組織体系の欠陥により生じる「組織事故」であり、事故を引き起こす潜在的な要因が、既存の慣習やルール、システム、人間関係などに潜んでいる¹²⁾。そして、これらの潜在的な要因の改善には、組織のスタッフ全員がそれらの要因を改善しようという意識を共有する必要がある。なぜならば、医療機関は、多種の独立した専門職が分担、分業して業務を遂行しているため、一部の人や一部の部署のみの意向で、部署全体や組織全体の仕組みや文化に関わる要因を変えることが困難だからである。

よって、事故防止の研修は、個々の医療スタッフの知識や技術、安全に関する意識の向上を促すも