

のであると同時に、組織全体に働きかけるものでなければならない。つまり、研修は医療機関のスタッフ全員の知識や意識の共有を促進するものである必要がある。そのためには、医療機関が、事故防止のための研修を「院内研修」として実施する意義は大きい。

そこで、本研究は、「組織事故」を防止するために、医療機関内において実施する事故防止研修の開発を行う。

1.3 チームエラー防止の重要性

集団での作業において発生するエラーを「チームエラー」と呼ぶ³⁾。医療現場ではエラーが複数の医療スタッフに引き継がれていき、最終的に患者に誤った行為が実行されて患者を死傷させる可能性がある²⁾。よって、各医療スタッフができるだけエラーを発生させないようにするだけでなく、発生したエラーを事故につなげないように「回復」することが重要である。

Sasou & Reason³⁾は、航空機事事故事例の検討から、集団による作業過程において生成されるエラーは、他のスタッフが「検出」し、エラーの生成者に対して「指摘」し、エラー生成者が「訂正」という過程を経て、事故につながる前に回復され得ることを示している。また、知識が多い人や経験が豊かなベテランであっても、エラーを起こす可能性はある。特に、思い込みなどにより行為の目標を誤る「ミステイク」は、本人が目標の誤りに気づくことが困難である²⁴⁾。よって、エラーを互いに「指摘」することが、事故防止において極めて重要である。

しかし、エラーの指摘は常に成功するわけではない。医療事事故事例において、エラーを検出したにも関わらず、指摘することができなかつたものは多い。アメリカの病院での実験的研究では、医師を装った研究者が、電話により、安全域を超えた投薬指示を行った場合に、95%の看護師がその指示に従って投薬準備を行ってしまい、ほとんどの看護師が指摘できなかつた⁵⁾。そして、山内・山内・山口⁶⁾の質問紙調査でも、看護師が他のスタッフの失敗を発見した際には、「失敗者に直接指摘する」という対処ではなく、「自分で訂正する」、「他の人に伝える」などの対処が行われることがあり、さらに、「失敗者の地位が高い」ときや「失敗者の知識が多い」とときには、その傾向が顕著であった。これらのことから、医療業務において、他のスタッフの間違いや失敗を指摘することには困難が伴い、それがエラーの回復を阻害していると考えられる。よって、事故を防止するためには、エラーの指摘を促進する必要がある。

また、医療業務は、チームで分担され、スタッフからスタッフへ引き継がれて遂行される。この過程の中で「情報伝達」の失敗が起こり、医療事故が生じている²⁾。

一般に、情報伝達の過程で問題とされるのは、「いかにして伝えるか」ということが多い。しかし、誤りのない情報伝達が行われるために必要なこととは、まず伝達される情報を理解する枠組みとなる「情報」が、送り手と受け手との間で予め共有されていることである⁷⁾。必要な「情報」が、医療スタッフの間や、患者－医療スタッフ間において共有されていれば、伝達におけるエラーは発生しにくくなる。

また、他者の行為に対して、エラーではないかと尋ねること（すなわちエラーの指摘）も、エラー

に関する情報伝達の一つである。この情報伝達がうまくいけば、「エラーの回復」は促進される。

つまり、「情報共有」や「情報伝達」が適切に行われることによって、エラー生成が抑えられ、「エラーの回復」も促進される。

1.4 チームエラー防止のための研修

以上の議論から、医療現場における「チームエラー」の防止を目指す研修の内容は、以下の二つの条件を満たす内容で構成する必要があると考えられる。第一の条件は、「医療事故」、「エラー」、「情報伝達」、「情報共有」に関する知識を、医療スタッフに提供することである。すなわち、事故防止に組織で取り組むことの重要性や、誰もがエラーを起こし得ること、そして情報伝達を失敗させる要因や情報共有の重要性についての知識を、医療スタッフに提供することである。その結果、医療スタッフは誰もがエラーを起こし得るからこそ、情報を共有し、伝達し合うことで、チームエラーを回復しなければならぬことを認識する。適切な知識を講義を通じて提供することにより、この第一の条件は満たされ得る。

第二の条件は、事故防止に有効なコミュニケーション・スキルを医療スタッフに習得させることである。すなわち、良好な対人関係を保ちながら、エラーを適切に指摘するためのコミュニケーション・スキルを医療スタッフに習得させることである。医療現場では、多種、複数の専門職が、時間の制約がある中で多くの情報を交換しながら仕事を進めており、「情報伝達」を円滑に行うことが困難と感じられることが多い⁸⁾。このような状況を考慮すれば、「エラーを指摘すべきだ」という内容を講師から参加者へ一方的に講義するだけでは、医療スタッフの考え方や行動を変容させるのに不十分だろう。したがって、この第二の条件を満たすためには、講師が参加者の疑問に答えながら進める対話形式の講義やロールプレイを取り入れた研修の実施などが必要である。

1.5 研修効果測定の必要性

新たに研修を開発する際には、研修内容が妥当なものであるか、また、研修をどのような対象にどのようなスケジュールで実施すればより効果的かを評価するための資料の収集が必要である。しかし、医療スタッフを対象とした事故防止研修において、その効果を心理学的に測定した研究はこれまで行われていない。

交通産業や製造業などにおいては、事故あるいは労働災害の発生件数や発生率が安全性の指標として用いられる。しかし、医療現場の場合、これらは必ずしも適切な指標とはいえない。それは以下のような理由による。まず、医療現場では、「何をもって生じた出来事を事故とみなすか」という事故の定義が確立されていない。よって、ある医療機関で把握された事故の発生件数は、その医療機関における事故の定義に該当する出来事の報告件数を示しているに過ぎない。また、事故を発見し報告するのは、多くの場合、事故に関わった医療スタッフである。そのため、エラーや事故に対して敏感、また意識が高ければ、その報告数が増える可能性もある⁹⁾。したがって、研修を受けて危険への感受性が高まれば、研修前は事故であると認識されなかったものが研修後には事故であると認識されるよう

になり、事故の発見・報告件数が増える可能性がある。さらに、先述したように、医療事故は部署や職種を超えたエラーの連鎖の中で生成される。あるスタッフやある部署で発生した事故は、そのスタッフや部署で発生したエラーだけでなく、その他のスタッフや部署で発生したエラーや潜在的な危険により引き起こされる。つまり、事故は組織における潜在的な危険が、特定のスタッフや部署で顕在化したものである。よって、特定のスタッフや部署における事故発生件数や発生率は、必ずしもそのスタッフや部署の安全性を示すものとはいえない。

以上の理由から、現在の医療機関における事故の発生件数・発生率は、研修効果を測定するための指標として用いることは不適切である。したがって、研修の効果を測定するための方法の開発が必要である。そこで本研究では、研修の開発と同時に効果を測定する方法の開発を行うこととした。

1.6 本研究の目的

本研究の目的は、以下の三点に整理される。

第一に、チームエラーを防止するための研修プログラム（以下、「チームエラー防止研修」）を新たに開発することである。「チームエラーの防止」という目標を達成するため、①「事故を捉える視点を変える」、②「情報の共有について理解する」、③「エラーの指摘への抵抗感を減少させる」の三点を下位目標として、これらを主なテーマとするプログラムを開発する。

第二に、研修プログラムの効果を測定する方法を開発することである。このため、上記の研修プログラムの下位目標に対応した効果測定方法を開発する。具体的な方法としては、研修の効果測定用の質問紙を作成し、質問紙調査を行う。

そして第三に、開発したプログラムと測定方法を用いて、研究協力病院で介入的研究を行い、研修の効果を検証することである。

1.7 倫理面への配慮

本研究は、現場の看護チーム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、医療スタッフ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）の心理的負担に十分配慮をして実施した。特に、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仕組みとした。研修の実施および質問紙配布、回収にあたっては、協力病院と緊密なコミュニケーションを取り、業務を妨げないよう研究遂行に努めた。

2 研修の開発

2.1 研修のねらい

1.4 で述べた医療現場における「チームエラー」の防止のために実施する研修の二つの条件に基づき、「全体研修」と「病棟（アサーション）研修」の二つの研修を開発した。そのねらいと、研修で扱うテーマ、実施形式、そして参加者に共有されると考えられるものについて、表 2-1-1 にまとめる。

「全体研修」のねらい

「全体研修」における二つのねらいを以下に述べる。第一のねらいは、医療事故を医療スタッフ個人が起こしたものとみなすのではなく、「組織事故」と捉える必要性を理解し、組織の視点を持つことである。第二のねらいは、情報伝達（コミュニケーション）に関して心理学的に理解し、「情報共有」への意識を高めることである。この研修に参加することで、参加者は次のような「知識」を得る。まず、事故の要因となるのは人の持つ認知特性や集団の特性、組織やシステムの不備であるという事故に関する「知識」を得る。また、情報伝達や情報共有の必要性やそれを阻害する要因に関する「知識」を得る。そして、これらの「知識」を参加者が共有し、事故防止対策および情報共有に組織の全員で取り組もうという「意識」を共有することも期待される。

ところで、一般に、多くの医療機関において、看護師が医療事故防止に対して危機感を持って熱心に取り組んでいることに比べれば、医師をはじめとして看護師以外の職種の医療スタッフや事務部門の取り組みは遅れがちであるといわれる。また、医療機関では複数の職種を対象とする職種横断的な研修の機会は少ない。しかし、先述したように、組織による事故防止においては、看護師だけでなく、医療機関の全職員の事故防止への「意識」を高め、職種間にまたがるシステムの改善や、職種間における円滑な情報伝達が不可欠である。そのため「全体研修」は、看護師だけでなく、多くの職種を含む医療機関全体の職員を対象とする。複数職種の医療スタッフが研修に参加し、同じ場で同じ内容を一緒に学ぶことで「われわれ意識」が作られることになり、事故防止のための協力が促進されることも期待される。

表 2-1-1 研修プログラム

名称	対象	ねらい	テーマ	学習形式 (時間)	参加者に共有されるもの
全体研修	病院職員 全体	医療事故を捉える視点を 変換し、情報共有の重 要性を理解する	医療事故の見方	講義 (1 時間)	医療事故、エラーに関する 「知識」「意識」
			コミュニケーションの心理学	講義 (1 時間)	情報伝達、情報共有に関する 「知識」「意識」
病棟（ア サーショ ン）研修	対象病棟 の看護師 全員	①チーム全体がアサー ティブな考え方を持つ ②「エラー指摘」のコ ミュニケーション・スキ ルを獲得する	アサーションの 基礎理論	講義 (1 時間)	アサーションについての 「知識」「意識」
			アサーティブな コミュニケーションの練習	ロールプレイ (1 時間)	アサーション研修をとも に学んだ「体験」

「病棟（アサーション）研修」のねらい

「病棟（アサーション）研修」のねらいは、病棟の看護師チーム全体がアサーティブな考え方を身につけると、エラーの指摘を行うためのアサーティブなコミュニケーション・スキルの獲得を図ることである。アサーティブなコミュニケーションとは「自分の考え、欲求、気持ちなどを率直に正直に、その場の状況に合った適切な方法で述べること」¹⁰⁾と定義されている。本研究において提案する「病棟（アサーション）研修」とは、平木¹¹⁾がアメリカから導入して日本人向けに翻案したアサーション・トレーニングの考え方と、Chenevert¹²⁾が提唱する女性看護師向けのアサーション理論を参考にして、事故防止に焦点を当て、独自のプログラムとしたものである。

「病棟（アサーション）研修」のねらいは、エラーを指摘することは相手を傷つける行為ではなく、事故防止のために必要なアサーティブなコミュニケーションであることを理解することである。そして、参加した他の看護師たちと、アサーションの「知識」や「意識」を共有し、一緒にロールプレイをしたという「経験」を共有することも期待される。

しかし、チームの一部のスタッフが研修を受け、「知識」や「意識」を得てエラーを指摘できるようになったとしても、研修で得た「知識」や「意識」が、それ以外のスタッフと共有されていなければ、エラーの指摘が攻撃的なコミュニケーションと受けとめられてしまう可能性がある。特にアサーション・トレーニングの場合、管理職（看護師長など）がアサーションの概念について理解していなければ、部下がトレーニングを受けてアサーティブになり、上司に対して意見を述べるようになったとしても、管理職は、その部下の肯定的な変化を受けとめきれなかったり、誤解したりする恐れがある¹³⁾。よって、獲得されたスキルの実行が抑制されてしまうと考えられる。そこで、本研修においては、チーム内でアサーションに関する知識や意識を共有するために、医療スタッフが勤務するチーム単位での研修を行う。また、研修の実施形式としては、1.4 で述べたように、スキルの獲得に有効であると考えられる対話形式の講義やロールプレイなどを用いた研修を行う。

なお、医療機関における医療チームにはさまざまなものがあるが、ここでは、代表的なものとして、病棟を研修対象の単位とする。本研究では、これまでに、医療機関の全スタッフによる事故防止の重要性を述べてきた。しかし、本研究で考案した研修プログラムは開発の基礎的段階にあり、時間的な制約からも、対象病院の全ての病棟に対して研修を実施することは困難である。そこで、一病院につき一病棟を対象として「病棟（アサーション）研修」を実施する。また、同様の理由から、病棟の全ての職種を対象に研修を実施することも困難である。そこで本研究では、まず、事故の当事者となることの多い看護師を主な対象とした研修を開発する。

以下に、「病棟（アサーション）研修」について、その考え方を述べる。

コミュニケーション・スキルの向上とアサーション

これまでも、患者とのコミュニケーション・スキルは、看護師にとって重要な課題とされ¹⁴⁾、看護教育や現任教育の場で取り上げられてきた。また、最近ではインフォームド・コンセントのあり方が問われる中で、医師にとっても患者への適切なコミュニケーション・スキルが必要であると考えられるようになってきた¹⁵⁾¹⁶⁾。そのような中、アサーション・トレーニング¹¹⁾は、医療スタッフ同士や患者との間のコミュニケーションを適切なものとし、看護業務の質を向上させるとともに、看護師自身の精神的な健康を保つ手段として、注目されるようになった¹⁷⁾。

本研究の研修で取り上げる「エラーの指摘」は、「エラーの可能性がある」という自分の考えを伝えるコミュニケーションの一つである。研修を受けることにより、「自分の考え、欲求、気持ちなどを率直に正直に、その場の状況に合った適切な方法で述べる」というアサーションのスキルを獲得し、率直に適切な方法でエラーを指摘することができるようになると考えられる。

また、野末聖香¹⁷⁾は、看護師がアサーティブになれない理由として以下の六点を述べている。第一に、看護師は、人の役に立ちたいという気持ちが強い。第二に、看護師は、患者の権利を守る意識に比べて、看護師自身の権利を守る意識が低い。第三に、看護師は、共感的でやさしくなければならないという気持ちが強い。第四に、看護師は、チームで仕事をするため、“和”を大切にしようとする。第五に、医師－看護師の関係が対等でない。第六に、看護師が多忙である。これらの要因が関連し合い、看護師のアサーティブなエラー指摘を妨げる心理的な壁となっていると考えられる。これに対して、アサーション・トレーニングでは、「誰もが自分の考えや気持ちを表現して良い」という自己表現の権利を、「基本的人権」として重視している¹⁸⁾。エラーの指摘は誰もが持っている権利であると捉えることができれば、エラーの指摘は行いやすくなるであろう。

そして、「アサーション・トレーニング」が、単に技術や一時的な問題解決方法を学ぶのではなく、「ものの見方や考え方を変化させることを含む¹¹⁾」という点も、事故防止研修において有効である。なぜなら、考え方を変えることができれば、業務場面で相手や状況が変わっても、エラーの指摘が継続的に実践され得るからである。

また、アサーション・トレーニングでは、一つのコミュニケーションのスタイルが正解として示されるのではなく、参加者が自分にとって適切なコミュニケーションを自分で探して見つける過程が含まれる。つまりロールプレイにおいて演じたり、他者の演じることを観察したりすることによって、自分や他のスタッフが普段行っているコミュニケーションの取り方や工夫を意識化し、新しいやり方を試みるのである。コミュニケーションの送り手と受け手が誰であるか、どのような状況であるかということによって、有効なコミュニケーションのスタイルは異なる。実際の業務場面において、普遍的なコミュニケーションの方法は存在しない。アサーション・トレーニングにおいて、自分で考え工夫する体験は、現実場面でその場に合ったコミュニケーションを見つけ出ししていくために有効であると考えられる。

2.2 どんな研修をするか？—研修プログラム

本研究では、事故防止において必要な「全体研修」と「病棟（アサーション）研修」を一組として実施する。「病棟（アサーション）研修」は、「全体研修」での知識や意識の共有を前提として実施するため、「病棟（アサーション）研修」の対象病棟の看護師は、まず「全体研修」を受けた後に、「病棟（アサーション）研修」に参加する。

なお、「全体研修」および「病棟（アサーション）研修」の講師とファシリテーター（進行役）は、本研究の心理学研究者が務める。具体的な研修プログラムを以下に述べる。

(1) 全体研修

「全体研修」は病院全体を対象とした講義形式の研修である。講義は、配布資料(資料1~2;p.141~147)に準じたコンピュータのプレゼンテーションソフトによるスライド提示を用いて行う。講義の内容については、ほぼ配布資料に示した通りであるため、ここでは割愛する。

(2) 病棟（アサーション）研修

「病棟（アサーション）研修」は、病棟単位で病棟の看護師全員が参加することを原則として実施する。この「病棟（アサーション）研修」のプログラムの特色を以下にまとめる。第一の特色は、学習目的を、生活全般やすべての人間関係をアサーティブにすることではなく、チームエラーを防止するためのアサーティブなコミュニケーションの促進に絞ることである。第二の特色は、先述したように、看護師個人ではなく看護師チームを対象とすることである。第三の特色は、看護師の通常業務に支障を与えずに、病棟の看護師全員に参加してもらうことを重視し、研修の実施時間を短く設定することである。

平木¹¹⁾が普及させているアサーション・トレーニングでは、基礎理論コースに12時間、基礎実習コースに15時間程度を要する。医療機関以外の産業分野を対象とした場合、休日や業務時間終了後などに、一斉に全員を対象とした研修を実施することが可能である。しかし、三交替で病棟に勤務する看護師を対象とした場合、どのような日時を設定しても、必ず一定数のスタッフは病棟に残り看護業務を行わねばならない。よって、本研修においては、同一病棟の看護師の半数が一度に無理なく参加できる時間を設定する必要がある。そこで、複数の看護師長と実施時間の検討を行った結果、病棟研修1回の所要時間を2時間と設定した。一般に、一つの病棟において所属する看護師数は20名程度で、1人の看護師長が管理している。研修の実施においては、まず、病棟の看護師を2グループに分ける。そして、グループごとに、アサーションの基礎的な考え方についての講義を1時間、業務場面を題材としたロールプレイを1時間、計2時間の研修を実施する。

講義

研修の実施内容とおおまかな流れを、表2-2-1にまとめる。講義は、配布資料（資料3；p.148~149）を参考に、コンピュータのプレゼンテーションソフトによるスライド提示を用いて行われる。講師は、

表 2-2-1 アサーション研修

学習内容・学習の流れ	
【1～3 について順に講義する】	
講義	1. 3 タイプの自己表現（攻撃的、非主張的、アサーティブ） 2. アサーティブな自己表現のための条件 ① 自分への信頼感を持つこと ② アサーション権を知っていること ③ 非合理的な思い込みに囚われないこと ④ 感情はその人のものであると知ること 3. アサーティブに自己表現するためのスキル ① I（私）メッセージを使う ② DESC 法で台詞を作る ③ 非言語的にもアサーティブにする ④ 怒りはマイルドなうちに表現する
【一場面について 1～4 の順に行う】	
ロール	1. 「アサーティブに自己表現しにくい場面」の設定
プレイ	2. プレイヤーと相手役を決め、残りの人は観客になる 3. プレイヤーと相手役は、ファシリテーターの合図でプレイを開始し、終了の合図まで続ける 4. 相手役と観客が肯定的フィードバックをする ※時間のある限り、場面と役割を変えて 1～4 を繰り返す ※ファシリテーターが、最後に簡単に研修の意義をまとめ、参加の労をねぎらう

参加者の理解を深めるために、対話形式の講義となるように、随所において、「わかりにくいところはありませんか?」、「あなたはどうですか?」という問いかけを行いながら進める。

まず、講師は、自己表現には、攻撃的、非主張的、アサーティブの三つのタイプがあることを説明する。続いて、アサーティブな自己表現のための四つの条件と、アサーティブに自己表現するためのスキルについての解説を行う。

講師は、アサーティブな自己表現の条件の一つであるアサーション権のうち、看護師の日常の業務や、他の医療スタッフとの関係、そして、エラーの指摘に密接に関わる権利について解説する。それは「弁解じみたり罪悪感を感じたりせずに断る権利」、「失敗をする権利、その失敗の責任を負う権利」、「専門職としての情報を受ける権利、与える権利」、「患者の利益を一番先に考えて行動する権利」¹²⁾であり、これらのことを特に丁寧に解説する。「失敗をする権利、その失敗の責任を負う権利」については、「エラーを起こしても良い、つまり事故を起こしても良い」とも捉えられるため、参加者には納得しにくい内容である。この点について、講師は、これまで医療スタッフが「エラーを起こしてはいけない」という建前に縛られていたために、自分や他者がエラーを起こすことが認められず、エラー

が隠されてきたこと（そのために、エラー防止の対策がほとんど取られて来なかったこと）、そして、「エラーを起こしてはいけない」ことを前提にしてしまうと、他者のエラーを指摘することや他者からエラーを指摘されることに大きな心理的抵抗が生じ、事故防止にはかえってマイナスであることを解説する。

また、「感情はその人のものであること」も重要な講義のポイントとなる。講師は、看護師が医師に対して依頼や指摘を行ったとき、不愉快になったり怒ったりする医師ばかりではないことを挙げて、その感情はその人の問題であり、自分の発言が相手を「怒らせた」と考える必要はないことを強調する。人の感情に責任を取らなくて良いと学ぶことは、エラーの指摘が相手の感情を害するのではないかと危惧する看護師にとっては、指摘への抵抗の壁を低くすることにつながる。

ロールプレイ

講義にひき続き、学んだことを踏まえ、ファシリテーターの進行のもとロールプレイが実施される。

まず、ファシリテーターは、参加者に対して、ロールプレイの方法について説明する。次に、ファシリテーターは、参加者に日頃の業務で多く経験する医師や同僚看護師などとのコミュニケーションで、「アサーティブに自己表現しにくい場面」を想起するよう促す。そして、参加者にロールプレイの題材の提案を呼びかける。参加者から適当な場面が提案されればその場面を用いてロールプレイが開始される。参加者から場面が提案されなければ、ファシリテーターが、事前に準備した題材（平成13年度に実施したコミュニケーションスキル研修の予備的検討で他病院から提案され、ロールプレイで用いられた場面など）を提案する。場面の例を表2-2-2に示す。

表 2-2-2 ロールプレイに使用する場面の例

相手	場面例
医師	<ul style="list-style-type: none"> ・医師の字が読みづらいので、電話で問い合わせたいとき ・すでに処方された薬を投与したにも関わらず患者が眠れないと訴えているので、深夜、医師の自宅に電話をして新たな指示をもらいたいとき ・他科の医師が当直の時に、患者さんの状態が変わって指示をもらったところ、薬剤の量がいつもと大幅に違い、このまま投与するのが少しためられるので、医師に確認したいとき
看護師	<ul style="list-style-type: none"> ・ナースコールで患者Aさんから点滴が漏れているという訴えがあり、急いで病室に行こうとしたときに他のナースコールが鳴ったので出てみると、患者Bさんが尿意を訴えている。近くにいた看護師に、代わりに患者Bさんのところに行ってほしいと頼みたいとき ・他の看護師も非常に忙しそうなので、すぐにインシュリン注射のダブルチェックをしてほしいとき ・自分の担当ではない患者さんの薬品の量が、処方箋と違っていることにたまたま気がついた。そのことを担当の看護師に伝えたいと思うとき

参加者は、交替でプレイヤーとして看護師役や相手役となってロールプレイを行ったり、観客役としてそのプレイを観察したりする。そして、時間のある限り、いくつかの場面を用いて、役割を交替しながらロールプレイを繰り返す。ファシリテーターは、参加者全員が何らかの役でプレイに参加できるように進行上の配慮を行う。ロールプレイにおいては、参加者が演じたり、他のスタッフのプレイを観察したりすることによって、自分のコミュニケーションの取り方や、他のスタッフが行っているコミュニケーションの工夫を意識化することに重点が置かれる。

そして、一つのロールプレイが終了するごとに、全員でそのロールプレイを振り返る。ファシリテーターは、観客役と相手役にロールプレイについての感想を述べてもらう。ここでは、「こうすれば良い」、「ここがまずかった」というようなフィードバックではなく、良かったところだけをフィードバックすることを原則とする。これは、欠点を指摘するよりも長所に注目する方が行動変容には効果的であることと、人の良かったところを見つけて褒めるのもアサーションの練習として意味があるからである¹⁹⁾。それゆえファシリテーターも、意識的に肯定的なフィードバックを行う。

先述した通り、「病棟（アサーション）研修」の主な目標は、エラーをアサーティブに指摘できるようになることであるが、講義やロールプレイでは、エラーの指摘についてだけでなく、アサーティブに他者に依頼すること、他者からの依頼を断ること、疑問点を確認することなども学ぶ。このため、それらの場面を説明のための例やロールプレイの場面として用いる。他者に依頼したり、他者からの依頼を断ったり、疑問点を確認したりすることは、日常の業務の中で頻繁に経験するにも関わらず、権威勾配や他のスタッフの多忙さなどにより、躊躇しがちになる看護師は少なくない。よって、このような身近で取り組みやすい場面を用いてアサーティブな自己表現を学ぶことは、アサーションの大切さを理解するためにより効果が高いと考えられる。

また、依頼を断ったり確認を行ったりすると、相手の自尊心を傷つけたり感情を害したりするのではないかという危惧が生じることがある。この危惧は、エラーを指摘する場合と共通の心理的な壁となることが予想される。よって、アサーティブに依頼を断り、確認を行うための工夫は、アサーティブにエラーを指摘することへ応用することができる。

さらに、依頼すること、依頼を断ることや、確認を行うことスキルが向上すれば、看護師が一人で過剰な業務を抱え込むことや、不安なまま業務を行うことが減少し、ひいては、エラーの防止、事故防止につながると考えられる。

3 質問紙の開発

研修の効果を検証するために、研修の下位目標である「事故を捉える視点」、「情報の共有」、「エラーの指摘」の三点の変化について測定する質問紙をそれぞれ1種類ずつ、計3種類の質問紙を開発した(資料4-6; p150~152)。その際、今後医療現場を対象とした研修の効果測定として広汎に利用できるものとするために、以下の二点について工夫した。まず一点目は、医療現場の実情を反映していること、そして二点目は、医療現場での測定および分析が容易であること、つまり回答や分析における負荷が低いことである。

それぞれの質問紙の開発の手続きについて、以下に述べる。

3.1 事故を捉える視点を変える

(1) 事故を捉える視点

事故防止のためには、事故から学ぶことが必要である²⁰⁾。そして、1.2 に述べた通り、医療事故は組織事故であると認識することが必要である。山内・山内²⁾や山内・嶋森²⁰⁾などにより、事故防止のためには、事故に対して、医療スタッフ個人の反省・改善を促す「個人の視点」ではなく、組織でシステムを改善し組織で医療事故予防や再発防止の取り組みを行う「組織の視点」を持つべきであることが提案されている。

これらの提案を受けて、多くの医療機関において、事故やインシデントレポートの分析が実施されるようになった。しかし、その分析は、事故に直接関わった医療スタッフの判断ミスや怠慢、動機づけの低さなど、目に見えやすい要因についての検討に留まりがちであり、分析の結果として講じられる医療事故対策は、事故の当事者となった医療スタッフの反省や注意喚起に終わることが多い。これらの現状を概観すると「組織の視点」が、医療現場において十分に普及しているとは言い難い。また、医療者が、事故をどのような視点で捉えているのかということについて検討した研究もない。そこで本章では、医療者が医療事故をどのような視点で捉えているのかを明らかにするための質問紙を作成する。そのために、まず、山内ら²⁾²⁰⁾の提案する「組織の視点」の意味するものについて再検討する。

先述したように、山内らによれば、「組織の視点」は、「組織でシステム改善の取り組みを行う視点」であるが、しかし、その詳細な定義は行われていない。この山内の提案と近い主張を行っているのが、Reason である。彼は、組織内で生じる事故は、組織の最前線でサービスを提供しているスタッフのエラーやルール違反など「顕在的な要因」により生じたように見えるが、その背景には、不適切な人員配置や設備機器など「潜在的な要因」があり、事故防止のためには、潜在的な要因への着目と改善が必要であると述べている。そして、事故が発生した場合、それが誰のどのような失敗によるものなのかを追求するアプローチではなく、なぜ防護ができなかったのかというシステムの問題を追求するアプローチが必要であることを強調している²¹⁾。

また、医療組織における業務には複数のさまざまな職種のスタッフが関与する。例えば与薬業務では、医師が与薬を指示し、薬剤師が薬を払い出し、最後に看護師が患者へ与薬を行うという一連の過程が存在する。この過程において、各スタッフは自分の業務を遂行しながら、自分の前の段階で発生

したエラーを発見、訂正する防護の役割を果たすが、一方で、別の新たな危険を生成してしまう可能性がある²⁾。よって、事故防止においては、その事故の引き金となった単独のスタッフだけでなく、その事故に関連する複数のスタッフによる事故防止への取り組みが必要である。

これらのことをまとめると、「組織の視点」と「個人の視点」を説明するには、以下の二つの次元でとらえることができる。一つ目は、事故の要因をどうみるかという次元で、当事者要因とシステム要因を両極とする次元である。当事者要因は、誰のどのような失敗によるものかを捉える視点であり、当事者の能力、努力、動機づけなどである。システム要因は、その失敗の背景に存在するルールや制度、設備・機器の要因である。二つ目は、事故に誰が関与したのかをみる次元で、単数スタッフと複数スタッフを両極とする次元である。事故をみるときに、事故の引き金となった単独のスタッフにより引き起こされたか捉えるのか、あるいは、一連の業務に関わった複数のスタッフがその原因に含まれるか捉えるかという次元である。これらの次元をそれぞれ軸にし、「組織の視点」と「個人の視点」の構造を示したものが、図3-1-1「事故を捉える視点モデル」である。

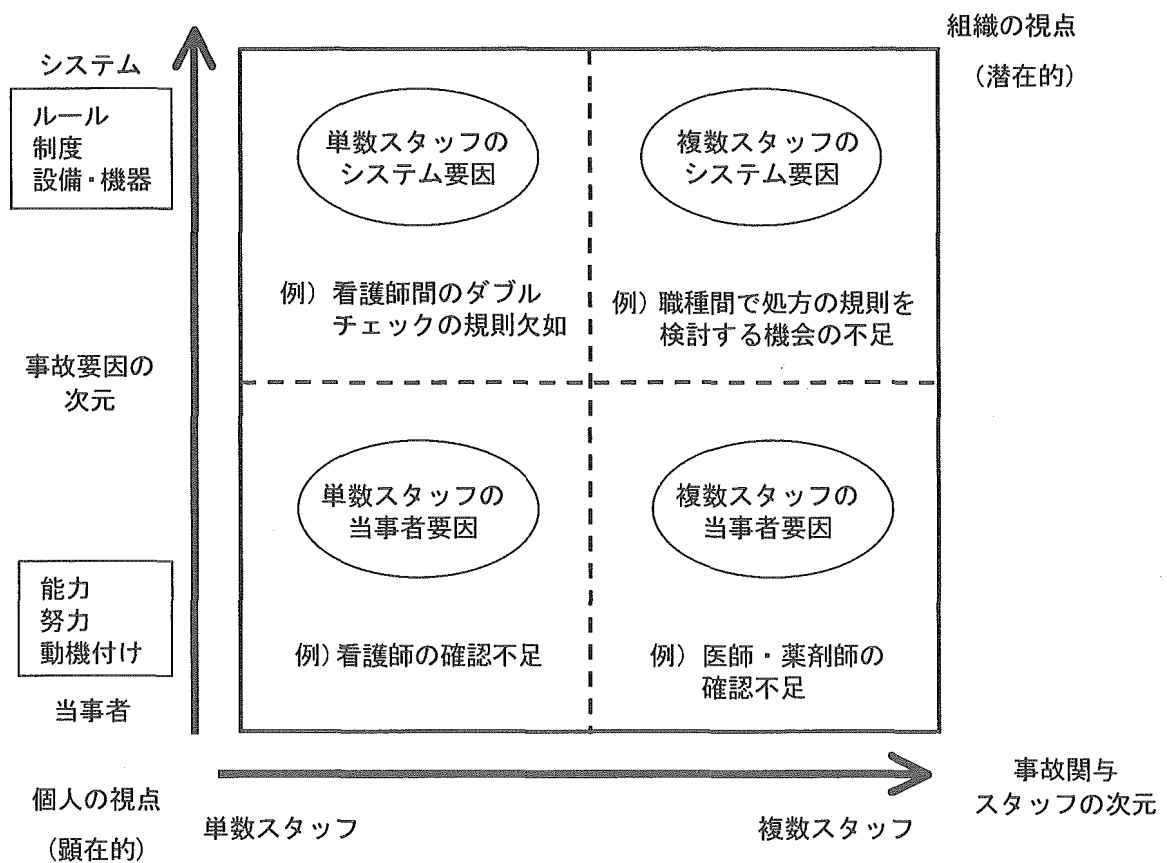


図3-1-1 事故を捉える視点モデル

注：例は、医師が処方箋の記入を誤り、看護師が薬剤を過剰投与したという事故の場合

この2次元のモデルに基づけば、事故を捉える視点は、四つのカテゴリーに分類される。それは「単数スタッフの当事者要因」を重要視する視点、「単数スタッフのシステム要因」を重要視する視点、「複数スタッフの当事者要因」を重要視する視点、そして「複数スタッフのシステム要因」を重要視する視点である。事例として、医師が処方箋の記入を誤り、看護師が薬剤を過剰投与したという事故を考えると、各カテゴリーの示す視点は次のようになる。

まず、看護師の確認不足だけに着目してしまうことがある。このような捉え方は、事故要因として、そのスタッフの当事者要因を重要視する視点である。また、事故に関わった者は事故の引き金となった単独のスタッフのみだと捉えている。つまり、本モデルにおける左下のカテゴリー「単数スタッフの当事者要因」を重要視する視点であるといえる。事故の原因として、最後に与薬業務を行った看護師の動機づけの低さや自己学習の不足を重要視する視点がこのカテゴリーに相当する。これが、「個人の視点」である。

そして、この「個人の視点」よりは事故の再発防止に本質的な事故の原因を捉えているが、組織の視点としては十分とはいえない視点が、本モデルの左上のカテゴリー「単数スタッフのシステム要因」を重要視する視点と、本モデルの右下のカテゴリー「複数スタッフの当事者要因」を重要視する視点である。

たとえば、看護師間のダブルチェックの規則が欠如していると捉えることがある。事故に関わったのは看護師であるが、事故の要因は、事故の引き金となった看護師の教育やその看護師の業務に関するルールの不適切さを重要視する捉え方である。これは、事故要因をシステム要因と捉えているため、「単数スタッフのシステム要因」のカテゴリーになる。この視点は、事故の原因として、当事者の失敗の背景に存在するシステム要因を重要視することができているが、一連の業務に関わった複数のスタッフが事故の原因に含まれるということは捉えられていない。「個人の視点」より本質に近づいているが、「組織の視点」としては不十分である。

また、事故を看護師だけではなく、医師や薬剤師の確認不足だと捉える視点もある。事故の引き金となった看護師ではなく、医師や薬剤師などの注意不足や動機づけの低さに着目するものである。この視点は、一連の業務に関わった複数のスタッフが事故の原因に含まれるということを重要視することができているが、当事者の要因だけにしか着目していないため、「複数スタッフの当事者要因」を重要視する視点となる。これは、当事者の失敗の背景に存在するシステム要因は捉えられていない。よって、この視点も「組織の視点」としては不十分である。

「組織の視点」とは、事故の引き金を引いたスタッフだけが事故の原因なのではなく、一連の業務に関わった複数のスタッフが事故の原因に含まれると捉え、その失敗の背景に存在するシステム要因を重要視する視点である。つまり、本モデルにおける右上のカテゴリー「複数スタッフのシステム要因」を重要視する視点である。例えば、誤薬事故の場合に、病院組織が採用していた処方箋やオーダーリング・システムが、医師の書き間違いや、薬剤師や看護師の読み間違いを招くものであったのではないかとすることを事故の原因として重要視したり、職種間で処方の規則を検討する機会が不足していることを重要視したりする視点がこのカテゴリーに相当する。事故の再発防止のために本質的に必

要なのは、このような「組織の視点」である。

(2) 事故を捉える視点を測定する質問紙

次に、このモデルに基づき、医療スタッフが医療事故をどのような視点で捉えているのかを明らかにするために、事故事例を提示し、その事故の原因として重要視する要因を回答してもらう質問紙を作成した。質問紙作成の手続きを以下に示す。

まず、事故の原因の回答にあたっては、平成 13 年度に実施したコミュニケーション研修開発の予備的検討のように、自由記述形式を用いる方法もある。しかし、p.70 に述べた通り、本研究では、なるべく簡易な質問紙を開発することを狙っている。そのため、回答および分析における負荷の低い回答形式を採用する必要がある。そこで、本質問紙では、まず事故事例を提示し、次に、事故を捉える視点モデルに基づき、事故の原因として捉え得る項目を複数提示した。そして、回答者に、事故の原因として捉え得る項目の中から事故の原因として重要視する項目を選択してもらう選択式の回答方式を用いた。選択肢の選択方法は、事故の原因として重要だと思う 5 項目を選択するように求め、次に選択した 5 項目の中から最も重要視する項目を 1 項目だけ選択するように求める形式を採用した。

提示する事故事例は次のように選定した。対象者の回答における負荷を考慮し、提示する事故事例は 1 例とした。事故を捉える視点モデルで示した 4 カテゴリーの視点を測定するためには、事故事例は、事故の原因として潜在的な要因が含まれるものであること、つまり、複数スタッフによる業務の連鎖の中で発生している事故であり、当事者の失敗の背景にシステム要因が含まれるものである必要がある。また、p.70 に述べた通り、本研究の目的は、看護師を対象とした質問紙を開発することである。そこで、事故事例においては最後に事故の引き金を引いたスタッフを看護師とする必要がある。そして、実際の業務に即した研修の効果を測定するため、看護師が日常に経験するエラーの結果として発生する可能性がある事故事例とする必要がある。これらの条件に合致する事例を、II-1 章などを参考に、本研究協力者 5 名により検討し、図 3-1-2 のような事例を作成した。さらに、数名の看護師に事例の検討を依頼し、事例が妥当性を持つことを確認した。

医師が、ある薬品を「300mg 3×」^{注1}と処方箋に記入すべきところを、誤って「300mg ×3」^{注2}と記入した。薬剤師は、処方箋を見て随分多いなと思ったが、何か意図があるのだろうと思い、医師に確認せず 900mg の薬品を病棟に出した。

担当看護師は、薬剤部からあがってきた薬品と処方箋を確認し、多いなと思ったが、何か意図があるのだろうと思い、患者にそのまま 900mg を投与した。

注1：薬品 300mg を 1 回 100mg、1 日 3 回に分けて与薬。 注2：薬品 300mg を 1 回 900mg で与薬。

図 3-1-2 質問紙に使用した事故事例文

事故の原因として捉え得る項目の選定は次のように行った。まず、本研究の研究協力者5名により、作成した事故事例の原因となり得る要因を可能な限り列挙した。次に、列挙した項目を、事故を捉える視点モデルにならい、4カテゴリーに分類した。そして、回答における負荷を考慮し、1カテゴリーあたり3項目、計12項目を質問紙に採用した(表3-1-1)。さらに、事例の設定の場合と同様、数名の看護師に協力を依頼し、設定した項目が妥当性を持つことを確認した。

それぞれのカテゴリーに相当する項目は、以下に記述する通りである。

1) 複数スタッフのシステム要因

このカテゴリーは、間違った量の薬剤を投与した看護師だけでなく、医師や薬剤師など与薬に関する一連の業務に関わる複数のスタッフを事故の当事者であると捉え、その失敗の背景に存在する組織の規則や仕組みなど、組織のシステムを事故の原因として重要視する視点である。よって、このカテゴリーに相当する項目として、「処方箋の書き方の規則が不適切であること」、「職種間における意思確認の仕組みの不整備」、「職種間で規則を検討する機会の不足」を、それぞれ1項目ずつ設定した。

2) 単数スタッフの当事者要因

このカテゴリーは、患者に間違った量の薬剤を投与した看護師のみを事故の当事者として捉え、し

表 3-1-1 事故の原因と捉え得る要因

事故を捉える視点モデルにおけるカテゴリー	項目
複数スタッフのシステム要因	<p>処方箋の書き方の規則が、間違いやすいものであった</p> <p>医師、薬剤師、看護師の部門間で、円滑に意思確認を行う仕組みが整備されていなかった</p> <p>医師、薬剤師、看護師の部門間で、処方に関する規則などを定期的に検討する機会が設けられていなかった</p>
単数スタッフの当事者要因	<p>看護師が、疑問に思いながら医師に確認をしなかった</p> <p>看護師は、患者に薬剤の内容を説明しないまま与薬した</p> <p>看護師は、薬剤に関する自己学習が不足していた</p>
単数スタッフのシステム要因	<p>与薬時に患者に対して与薬の内容・目的を説明する規則が病院になかった</p> <p>看護師への薬剤に関する教育・研修が不足していた</p> <p>看護師間で薬剤をダブルチェックする規則がなかった</p>
複数スタッフの当事者要因	<p>医師は、処方箋を書くときに注意が足りなかった</p> <p>薬剤師が、疑問に思いながら医師に確認をしなかった</p> <p>薬剤師は、処方が患者の症状に適しているか判断するために、患者の情報を調べなかった</p>

かも、その看護師の失敗そのもの、すなわち当事者要因を事故の直接の原因として重要視する視点である。よって、このカテゴリーに該当する項目として、「看護師の確認不足」、「患者への説明不足」、「看護師の自己学習不足」をそれぞれ1項目ずつ設定した。

3) 単数スタッフのシステム要因

このカテゴリーは、間違った量の薬剤を投与した看護師のみを事故の当事者と捉え、その失敗の背景に存在する組織の規則や仕組みなど、組織のシステムを事故の原因として重要視する視点である。よって、このカテゴリーに該当する項目として、「看護師による患者への説明に関する規則の欠如」、「看護師への教育・研修不足」、「看護師間のダブルチェックに関する規則の欠如」を、それぞれ1項目ずつ設定した。

4) 複数スタッフの当事者要因

このカテゴリーは、最後に医療業務を行った看護師だけでなく、医師や薬剤師など与薬に関する一連の業務に関わったスタッフを事故の当事者と考え、当事者の失敗自体を事故の直接の原因として重要視する視点である。よって、このカテゴリーに該当する項目として、「医師の注意不足」、「薬剤師の確認不足」、「薬剤師の情報収集不足」を、それぞれ1項目ずつ設定した。

3.2 情報の共有

(1) 医療現場における「情報の共有」の必要性

医療現場における情報伝達行動

医療スタッフ間での薬品の名称や患者名などの情報の誤伝達は、事故に直ちに結びつく危険がある⁸⁾。情報を過不足なく伝達し、受け取ることは、医療業務における安全性を保持するためには必須の要件であろう。医療現場では、カンファレンスやシフト交代時の申し送りといったフォーマルに制度化された情報伝達の機会がある。また日常の業務を遂行する際にも、看護師同士で、あるいは医師、薬剤師といった他職種スタッフとの間で、情報を伝達する機会は頻繁に生じる。情報を伝達する経路としては、対面、インターホン、電話などを使った口頭での伝達、あるいは看護記録や診療記録、処方箋などの文書による伝達などがある。

認知過程が内在する情報伝達の阻害と「情報の共有」の必要性

しかし、一方のスタッフから他方のスタッフへ単に情報が伝達されるだけで、その情報が伝わるわけではない。人間はすでに持っている情報や知識に基づいて、伝達された情報を処理する。この情報処理が行われた結果として、“何が”伝わったのかが決まる。

例えば松尾²²⁾によれば、刺激として入ってくるものは完全ではなく、人は自分の持っている知識を利用し、「こうだろう」と推論し、知覚している（知覚の無意識的推論）。また、人は限られた情報だけで、知識を利用して判断する（ヒューリスティックな判断²³⁾。そして、自分の知識の枠組みをもとにして、メッセージを解釈していく（トップダウン的処理）。

知覚の無意識的推論、ヒューリスティックな判断、トップダウン的処理といった人間の認知的な情

報処理は、日常生活では効率的に働く。しかし情報伝達を行う場合においては誤った結果、すなわち情報を伝える者と受け取る者との間で誤伝達を生じさせる可能性を内在している。お互いがどんな情報や知識を持っているかによって伝わる情報の中身は決まるため、情報や知識が共有されていないと、思い込みによる情報の誤伝達が生じてしまう。

以上の議論から、思い込みによる情報の誤伝達を防ぐためには、スタッフ間における「情報の共有」が重要であるといえる。では「情報の共有」を実現するためには何が必要とされるであろうか。この点に関して、本研究では「情報の共有を阻害する行動」と「情報を共有するためのシステム」の二つに着目して検討する。

情報の共有を阻害する行動

先述のように、人間の認知的な情報処理過程には、誤伝達を生じさせる可能性が内在している。このことは、伝えられる情報が正確な場合でさえ、誤りが生じ得ることを意味する。この上、情報伝達の仕方が受け手側にとって内容を不正確に理解させてしまうようなものであれば、誤りが生じる可能性はさらに高まるといえるだろう。

したがって、日常の業務の中で、情報を不正確に伝えてしまうおそれのある伝達の仕方は、可能な限り回避されるべきである。また、情報の伝達に直接関連はしなくても、情報の円滑な流れを阻害してしまうような行動も控えた方が良いだろう。日常業務において、しばしば取られがちな情報の共有を阻害する行動に注意を向け、その行動を控えるべきという意識をスタッフ間に醸成することは、「情報の共有」を実現するために必要な第一歩と考えられる。

情報を共有するためのシステム

「情報の共有」を実現するためには、スタッフ個々人の意識といったソフト的な側面だけでなく、使用される機器や設備といったハード的な側面、あるいは業務遂行体制のようなセミ・ハード的な側面にも目を向ける必要がある。例えば手書き処方箋への記載方法については、記入者本人が読み手にわかりやすい字や書式で書くよう配慮すべきであろう。しかし、そもそも処方箋のフォーマット自体をわかりやすいものにしてしまえば、問題は解消される。さらにいえば、情報技術（以下、IT）を活用したオーダリング・システムや電子カルテを導入すれば、手書きのわかりにくさは解消されると同時に、薬剤の名称の正しさや禁忌事項もチェックできるだろう。

また、医療現場では職種間の連携体制が業務の遂行に必要となる場面が多い。鷹野²⁴⁾は異なる専門性と情報を持つスタッフが協働する、チーム医療の重要性を論じている。積極的な職種間の連携の例としては、看護師間のカンファレンスに対し、医師、薬剤師、理学療法士、作業療法士などの他職種スタッフが参加すること、薬剤師による病棟での服薬指導、医師の病棟回診への薬剤師の参加などが挙げられる。こうした取り組みは職種間での情報の共有を促進するため、患者へのケアの質の向上にとって重要であると同時に、事故の防止にも有効だと考えられる。

(2) 「情報の共有」に関する効果測定

「情報の共有」に関する研修効果を測定するために、「情報共有を阻害する行動への意識」と「情報共有のためのシステムの必要性」の項目群を作成した。ここでいう情報とは主として患者に関する情報を指す。そして、医療業務における「情報の共有」とは、患者の情報がスタッフ間で共有されている状態のことである。ただし、この「情報の共有」が実現されている状態を測定する際に、どのような項目を用いることが妥当なのかについては検討の余地がある。本研究では基礎的段階として、「情報の共有」に関する意識の広範な側面を捉えられるよう、項目を選定した。

以下、項目の選定理由について簡潔に述べる。なお、項目の選定は、エラーの指摘に関する調査(3.3(2))の自由記述の分析および医療職経験者との検討の結果に基づいて行った。

情報共有を阻害する行動への意識(表 3-2-1)

スタッフ間で情報を共有するために、最も頻繁に使用される情報伝達の経路は看護記録や診療記録であろう。この看護記録や診療記録による情報の共有を阻害する行動として、「読みにくい字」、「申し送り後の記録」、「情報確認・記録」を取り上げた。

スタッフ間で情報を共有するための伝達経路としての機能を看護記録が果たすためには、当然のことながら、記録した情報が他者に理解できるものである必要がある。しかしながら、医療現場では業務の煩雑さゆえに、他者に判読しにくい字や、他者にわからない用語、略号などを看護記録に記入してしまうことがある。看護記録へのこのような記入の仕方は、読み手に判読と理解のための労力を払うことを余儀なくし、“情報の円滑な流れ”を妨げる。また、本来の情報が誤って判読、理解、解釈される可能性もあり、“情報の正確さ”が脅かされる。このような理由から、本研究では看護記録への「読みにくい字」での記入を、情報の共有を阻害する行動として取り上げた。

表 3-2-1 「情報共有を阻害する行動への意識」の質問項目

項目	内容
読みにくい字	業務が忙しいときに、看護師が看護記録に読みにくい字で記入してしまう
きつい口調	業務が忙しいときに、新人スタッフへの口調が“きつい”表現になってしまう
申し送り後の記録	勤務時間内に看護記録を記入できず、申し送りの後に記入してしまう
了承なしの代理	忙しいスタッフの仕事を、事前に本人の了承を得ず、代わりにしてしまう
情報確認・記録	検査や他科での受診に伴い、患者の診療記録や看護記録が移動して、自分の科にない間は、情報の確認・記録をせずに仕事をしてしまう

注：各項目に対して「絶対に許してはいけない」(1)～「大いに許すべきだ」(7)の7段階評定で回答を求めた。また集計の際には、評定値を反転させて各項目の得点を算出した。

看護師の多重課題、慢性的な人員不足、過重な作業負荷といった医療現場の実状を考慮すれば、申し送り後の記録はやむを得ない行動かもしれない。しかし、申し送り後の記録は実施した行為と記録との間のタイムラグを生じさせてしまう。このことは、シフト交代後のスタッフへの情報伝達が遅延し、必要な情報を必要なときに得られないという事態を発生させ得る。“情報の適時伝達”を困難にさせるという理由から、本研究では「申し送り後の記録」を情報の共有を阻害する行動として取り上げた。

一人の患者の診療記録や看護記録、検査結果などを集中管理する1患者1カルテ制は、職種間や診療科間における情報交換に役立ち、部門間の連携のために有効である。しかしその反面、カルテとともに他の記録も他科へ一緒に移動してしまうため、必要な情報を必要なときにすぐには確認できない事態が生じ得る。つまり、1患者1カルテ制では“情報の適時入手”が難しくなる可能性がある。本研究では「情報の確認・記録」（「患者の診療記録や看護記録が移動して、自分の科にない間は、情報の確認・記録をせずに仕事をしてしまう」という行動）を、情報共有を阻害する行動として検討することにした。

また、口頭の情報伝達による行動として、「きつい口調」（新人スタッフへの“きつい”表現の口調）を取り上げた。これは知識の不足している新人スタッフに対して、先輩スタッフがしばしば取っつけてしまいがちな行動である。攻撃的なコミュニケーションは、対人関係の悪化についての懸念をスタッフ間に引き起こすおそれがあり、“情報の円滑な流れ”が妨げられる可能性がある。このような理由により、「きつい口調」を情報の共有を阻害する行動として取り上げた。

さらに上記以外の行動として、「了承なしの代理」を取り上げた。これは他のスタッフが忙しそうに業務を行っている際に、そのスタッフの別の仕事を本人へ了承を取ることなく肩代わりすることである。仕事の肩代わりは、他スタッフへの善意や配慮のつもりで行われることが大半であろう。しかし、事前に了承を得ていなければ、仕事を肩代わりしてもらったスタッフはそのことに気づかず、結果として同じ業務が複数回にわたり実施されてしまうおそれがある。仕事内容が与薬業務であれば過剰投与につながり、薬剤の種類によっては患者に悪影響を及ぼすことも考えられる。このような理由により、「了承なしの代理」を情報共有を阻害する行動の一つとした。

情報共有のためのシステムの必要性（表 3-2-2）

医療業務における情報の共有を促進するための代表的なシステムを取り上げ、これらに関する必要性の認知を測定した。項目として取り上げたのは、ITを活用したシステムと職種を超えた連携体制に関する事柄である。

近年、医療ではオーダーリング・システム、電子カルテ、バーコード確認方式など、ITを活用したシステムが導入されつつある。薬剤のオーダーリング・システムについては、与薬時のエラー防止に有効であるという知見が諸外国で蓄積されつつある²⁵⁾²⁶⁾。またオーダーリング・システムは、電子カルテと連動することにより、情報を共有化するための強力なツールとなり得ることが期待されている。そして電子カルテは、全ての職種にリアルタイムで情報の記録と参照を可能にする。日本国内でも、このよ

表 3-2-2 「情報共有のためのシステムの必要性」の質問項目

項目	内容
オーダーリング・システム	医師が薬剤のオーダーをコンピュータへの入力によって行う、オーダーリング・システムの導入
電子カルテ	患者の情報をコンピュータで管理する、電子カルテ・システムの導入
カンファレンス	看護師のカンファレンスへ、他職種スタッフ（医師、薬剤師、理学療法士、作業療法士など）が参加する
病棟回診	薬剤師が、医師の病棟回診時に同行する

注：各項目に対して「絶対に導入すべきでない」(1)～「絶対に導入すべきだ」(7)の7段階評定で回答を求めた。

うな IT を活用したシステムの開発・研究が注目されており、その有効性が検討されている²⁷⁾。しかし、実際に導入するにはコストが高いことから、現在徐々に導入されている段階にある。本研究では、IT を活用した代表的なシステムとして、「オーダーリング・システム」と「電子カルテ」を取り上げ、これらに関する必要性の認知を検討することにした。

職種を超えた連携体制として、看護師間のカンファレンスに対し医師や薬剤師、理学療法士、作業療法士などの他職種スタッフが参加すること（「カンファレンス」）を取り上げた。これは患者に関する情報を看護師の間だけでなく、他職種スタッフとの間でも共有するための取り組みの一つである。また、同様の取り組みの一つとして、医師の病棟回診に対する薬剤師の同行（「病棟回診」）を取り上げた。これは薬剤師が処方を見直しを行うことにより、与薬時のエラーは減少することが報告されているからである²⁸⁾。また Leape ら²⁹⁾は薬剤師が病棟回診に同行することにより、薬剤有害事象の発生率が66%減少したという結果を見出している。以上のことから、本研究では、情報を共有するための職種を超えた連携体制に関する必要性の認知を検討する。

3.3 エラーの指摘

(1) 医療業務におけるチームエラーの回復

1.3 に述べた通り、事故防止においては、エラーの生成を防ぐだけでなく、発生したエラーが事故につながる前に、エラーを回復することが重要である³⁾。しかし、医療業務において、他のスタッフの間違いや失敗を指摘することには困難が伴い、それがエラーの回復を阻害していると考えられる。Sasou & Reason³⁾では、チームエラーの回復過程を阻害する要因として、「過度の権威勾配 (excessive authority gradient)」、「過度の職業的礼儀 (excessive professional courtesy)」、「コミュニケーション不足 (deficiency in communication)」、「資源－課題間マネジメントの不適切 (deficiency in resource / task management)」、「他者への過信 (excessive belief)」、「嫌悪 (antipathy)」、「確信の気配 (air of confidence)」などが示されているが、詳細な検討はなされていない。そこで、本研究ではまず、医療スタッフが他のスタッフのエラーを検出した場合に、エラーの指摘を抑制する要因について明らかにする。次に、