

っていない「計画」も、項目を参考に簡易に作成すればよい。また「計画」は常に意識化する必要がある。人間は忘れる動物である。改善すべき項目を忘れてしまうことも当然ありうる。だから定期的に項目内容や得点を思い出すことが必要である。

「評価」方法としては、現場で行動をするときに自分の考えていることやこれからしようとする事、したことのよし悪しを口に出して試みるのが有効である。とにかく「評価」は行動を意識化することで、自分が今何をやっているかを逐一知り、「計画」と合致しているか「評価」しやすい状況を作り出すことが大切なのである。

このような点に注意しながら「Plan-Do-See」を日常業務の中で繰り返すことで、不安全・違反行動やエラーを減少させることができるのではないだろうか。

6 今後の課題

6.1 チェックリストの使用方法について

自らがエラータイプを認識するだけでなく、周囲の人間との注意を伴ったコミュニケーションが生じるかどうか重要と思われる。不安全行動あるいは、ある種のエラーを起こしてしまったことには、自分ではなかなか気が付きにくいからである。項目に一通り回答してもらった後、グループや2人1組を作って、その中で自由に不安全行動やエラーをあげさせてみるのも効果的かもしれない。またそれを他のグループに対して発表・プレゼンテーションなどをしたり、それを集めて全員で病院独自の質問紙(チェック表)を作成し、今回のものと併用してみたりしても面白いだろう。オリジナルに追加するのも良い。病院間のルールや環境の差などをこの独自の項目群でカバーできると良いと思われる。

今回作成した質問紙は1種類であるから、単純に繰り返すうちに慣れが生じてしまい、前回の回答時と比べて良い回答へ意図的にシフトさせてしまう可能性も考えられる。それを避けるため、毎回項目の順番を変えるなどの工夫も必要であるかもしれない。

6.2 質問紙の内容について

質問紙の冒頭で「一年以内の～」と書いたが、これはこの講習会が年に一度行われると仮定したことによるものである。例えば半年毎に行うようであれば、「半年以内の～」と変えても構わない。

また「項目7:採血用の針を患者から抜いた後、リキャップした」は、理解が難しいのか文章のそばに「？」を付与する回答者が複数見られたので、文章の練り直しが必要かもしれない。

引用文献

- 1) Norman, D.A. 1981 Categorization or action slips *Psychological Review*, **88**(1), 1-15.
- 2) Reason, J. 1984 Lapses of attention in everyday life In Parasuraman, R., & Davies, D.R. (Eds.), *Varieties of Attention*, Orlando, Florida, U.S.A.: Academic Press, Pp. 515-549.
- 3) Reason, J. 1990 *Human Error*, Cambridge, England: Cambridge University Press.
- 4) 芳賀 繁 2000 失敗のメカニズムー忘れ物から巨大大事故まで 日本出版サービス
- 5) 芳賀 繁・赤塚 肇・楠神 健・金野祥子 1994 質問紙調査によるリスクテイキング行動の個人

差と要因の分析 鉄道総研報告, 8(12), 19-24.

- 6) 赤塚 肇・芳賀 繁・楠神 健・井上貴文 1998 質問紙法による不安全行動の個人差の分析 産業・組織心理学研究, 11, 71-82.
- 7) 芳賀 繁 2001 ミスをしない人間はいない ヒューマンエラーの研究 飛鳥新社
- 8) 海保博之 2001 人はなぜ誤るのかーヒューマンエラーの光と影 福村出版

あなたは次のような行動(似たような行動を含む)をとることがありますか？

1. いちどもしたことがない
2. めったにしたことがない
3. たまにすることがある
4. ときどきすることがある
5. 頻繁に(しょっちゅう)している

の中から選んで、1～5の数字を下線の上にお書きください。

なお、ご自身の仕事の内容に該当しない項目には×印を、項目の意味が理解できない、判りにくいものには？印を記入してください。

- ___ 1. 眠気や疲労感があつたにも関わらず、注意していないと怪我をされると思われる業務を行った
- ___ 2. 血液の付いたガーゼを処分するとき、血液のついていない部分を、手袋をせずにつまんで捨てた
- ___ 3. 手指消毒(ウエルパスなど)を、すべきシーンでしなかった
- ___ 4. 採血用の針を患者から抜いたあと、リキャップした
- ___ 5. 廊下を走った
- ___ 6. 血液や浸出液などで汚染している機器、器具の片付けを手袋をせずに行った
- ___ 7. 清拭する規則があるが、見た目にはきれいだったので処置台を拭かなかった
- ___ 8. 患者に皮膚の異常が一時的に起きたが、軽度だったので異常報告をしなかった
- ___ 9. 採血用の針を患者から抜いたあと、直ちに片付けなかった
- ___ 10. 一処置毎に手の衛生管理をしなかった
- ___ 11. 患者の名前を確認しなければならないのに、しなかった
- ___ 12. カルテや看護記録などを書き間違えたとき、抹線をして訂正印を押すべきところ、上から文字をなぞってごまかした
- ___ 13. ピアス・イヤリング・マニキュア・厚化粧・ネックレスは禁止だが守らないことがあつた
- ___ 14. ダブルチェックをするルールがあるが、急いでいたのでやらなかった
- ___ 15. 器具、容器を消毒する前にきちんと洗浄をしなかった
- ___ 16. 一度取り出したアルコール綿の清拭面を裏返して、使用した
- ___ 17. 今日の日付を間違えた

- ___ 18. 混合してはいけない薬剤などを間違えて混注してしまった
- ___ 19. 胃の中につながるラインと血管につながるラインとを間違えた、または間違えそうになった
- ___ 20. カルテや看護記録などに記載する内容を間違えた
- ___ 21. 本人とは違う患者のカルテまたは看護記録に記入してしまった
- ___ 22. 器具に貼る患者個人名シールを、間違えて貼った
- ___ 23. 同じ読みの別の漢字を書いてしまった
- ___ 24. 医師や検査技師の名前を呼び間違えた
- ___ 25. 患者・家族の名前を呼び間違えた
- ___ 26. 出勤日やシフトを間違えた
- ___ 27. 採血時に採血量を誤った
- ___ 28. 名前の似ている患者に対する与薬が入れ替わってしまった
- ___ 29. 自分が書いていることと言っていることが違っていた
- ___ 30. 指示書と申込書に異なることを書いてしまった
- ___ 31. 「禁飲食」であるにもかかわらず、「禁飲食」の札がかかっていない患者に飲み物を与えてしまった
- ___ 32. 「禁飲食」と明示してある患者に、要求されるまま飲み物を与えてしまった
- ___ 33. 別の患者のカードックスに書き込みをしてしまった。または書き忘れてしまった
- ___ 34. 名前の似た人の検体と取り間違えてしまった
- ___ 35. デザインの似ているアンプルを取り間違えた
- ___ 36. つい、思ってもいないことを口走ってしまった
- ___ 37. 片付ける場所を間違えた
- ___ 38. ルートの接続を間違えた
- ___ 39. 名称の類似した別の薬品を手にとってしまった
- ___ 40. 数字の書き取りを間違えた(例:一万百を「1100」と書いてしまった)
- ___ 41. 捨ててはいけない麻薬のアンプルを誤って捨ててしまった
- ___ 42. 与薬時刻を間違ってしまった
- ___ 43. 示された与薬量とは違う量を与薬してしまった
- ___ 44. 二液混合してから滴下する薬（アミノフリードなど）を混合せずに滴下してしまった、また

はしそうになった

- ___ 45. 専用の容器に入れるべき検体を、他の容器に入れてしまった
- ___ 46. 医師の指示を聞き違えた
- ___ 47. 病室やナースステーションに忘れ物をする
- ___ 48. 用事を頼まれていたが、途中で声を掛けられて何だったか忘れてしまった
- ___ 49. 機械を使用する際にその都度名前を記録表にサインをしなければならないのに、しなかった
- ___ 50. 確認しようとしていたことが何だったのか、現場へ行くと覚えていない
- ___ 51. エレベーターの階を間違えておりてしまった
- ___ 52. 与薬をし忘れてしまった
- ___ 53. 勤務明けの時、後で仕事のやり忘れに気付き、電話でその仕事の依頼をした
- ___ 54. ナースシューズやナースキャップや名札をしたまま帰った。帰ろうとした
- ___ 55. 勤務後更衣をするとき、いったん脱いだ白衣をまた着てしまった。着ようとした
- ___ 56. 退院時、患者に薬を渡し忘れた
- ___ 57. 機器の点検日に検査をし忘れ、期限切れや不備を起こしてしまった
- ___ 58. 患者の周辺に点滴を置き、そのまま置き忘れてしまった
- ___ 59. セットものを準備したが足りないものがあつた
- ___ 60. 医師が間違いをしているのに指摘できなかった
- ___ 61. 寝坊・遅刻をしてしまった
- ___ 62. 同姓の別の患者のカルテに書き込んでしまった
- ___ 63. 後ろ向きで作業をしていて、振り向きざま人とぶつかった
- ___ 64. お互いに“わかっているだろう”と思い込んでいて、わかっていることがあつた
- ___ 65. よく患者を怒らせてしまう
- ___ 66. 患者の名前を間違つて思い込んでいた(例:角田=カクタ・ツノダ)
- ___ 67. 患者からの指摘は無視してしまう
- ___ 68. 患者の「もらつてない」という言葉を鵜呑みにして二重与薬してしまった

上記の他、あなたがおかしがちな、あるいはおかしたことがあるエラーや違反、不安全行動を下にお書きください。

ご協力ありがとうございました。

看護職 エラータイプチェックリスト

あなたは普段の就業時間中に、どんなミスや行動をしがちですか？下に19の例をあげました。1年間の行動を振り返って、それぞれあてはまる頻度を示す数字を○で囲んでください。必ず全ての項目に回答してください。チェックの結果はただの指標にすぎませんからあまり深刻に考えずに答えてください。回答は無記名で行います。またこの結果を自己診断以外の用途に用いることは一切ありません。

	一度もない	めったにない	たまにある	ときどきある	しょっちゅうある
①手袋をせずに血液や浸出液などで汚染している機器、器具の片づけを行った	1	2	3	4	5
②専用の容器に入れるべき検体を、他の容器に入れた	1	2	3	4	5
③用事を頼まれていたが、途中で声をかけられて何だったか忘れた	1	2	3	4	5
④血液の付いたガーゼを処分するとき、血液の付いていない部分をつまんで捨てた	1	2	3	4	5
⑤名前の似た人の検体と取り間違えた	1	2	3	4	5
⑥病室やナースステーションに忘れ物をした	1	2	3	4	5
⑦採血用の針を患者から抜いた後、リキャップした	1	2	3	4	5
⑧示された与薬量とは違う量を与薬した	1	2	3	4	5
⑨セットものを準備したが、足りないものがあった	1	2	3	4	5
⑩採血用の針を患者から抜いた後、直ちに片づけなかった	1	2	3	4	5
⑪数字の書き取りを間違えてしまった(例:一万百を1100と書いた)	1	2	3	4	5
⑫確認しようとしていたことが何だったのか、現場へ行くと覚えていない	1	2	3	4	5
⑬患者に皮膚の異常が一時的に起きたが、軽度だったので誰にも異常報告をしなかった	1	2	3	4	5
⑭混合してはいけない薬剤などを間違えて混注しそうになった	1	2	3	4	5
⑮患者の周辺に点滴を置き、そのまま置き忘れた	1	2	3	4	5
⑯カルテや看護記録などを書き間違えたとき、抹線をして訂正印を押すべきところ、上から文字をなぞってごまかした	1	2	3	4	5
⑰「禁飲食」である患者に、飲み物を与えてしまった	1	2	3	4	5
⑱与薬をし忘れた	1	2	3	4	5
⑲一度取り出したアルコール綿の清拭面を裏返して使用した	1	2	3	4	5

ご協力ありがとうございました

エラータイプチェックリスト自己採点表

1. 回答（○で囲んだ数字）を下に転記してください。

項目	回答	項目	回答	項目	回答
1		2		3	
4		5		6	
7		8		9	
10		11		12	
13		14		15	
16		17		18	
19		合計(B)		合計(C)	
合計(A)					

2. 回答の数字を縦に足し算して合計（A）（B）（C）を求めてください。

3. 合計（A）は違反・不安全行動、合計（B）は動作のミス、合計（C）は記憶の失敗をおかす傾向を示しています。

(A) 違反・不安全行動が多い人は、このくらいなら、他の人もしているから、手間がかかるから、などと小さな違反や不安全行動をする傾向があります。なぜマニュアルで手間がかかる方法を指定しているのか、このような行動にどんなリスクが潜んでいるのかよく考えてください。

(B) 動作のミスが多い人は、よく考える前に手を出したり、あわてやすかったり、いまやっている動作の対象に注意を向けないまま動作を続ける傾向があります。急がない、手を出す前にしっかり見る、指差し確認をするなどを心がけましょう。

(C) 記憶の失敗が多い人は、ものを置き忘れたり、やるべき作業をし忘れたり、頼まれていたことを伝え忘れたりしがちです。自分の頭の中の記憶に頼らず、メモをとったり、タイマーアラームを活用したり、他の人に自分の予定を伝えておくなどの工夫をしてください。

4. このチェックリストはあくまで自分自身で自分がおかしやすいエラータイプを知るためのものです。他の人と比較して、得点が高いからミスが多いとか、低いから立派だとか、そういう判断はしないでください。得点の低い人は単に自分が起こすミスに無頓着だったり、ミスをしてもすぐ忘れてしまうだけかもしれません。

1 はじめに

1999年の横浜市立大学付属病院での手術患者取り違え事故を発端とし、これまで数多くの医療事故がマスメディアによって報道されるようになってきた。多くの医療事故は何らかの構造的あるいはシステムの欠陥に起因するものであり、その原因を正さなければ同様の事故が再び起こることが指摘されている¹⁾。組織的あるいはシステムの欠陥に起因する原因のひとつとして、コミュニケーションが適切に行えなかったことによる医療事故は非常に多い。

松尾²⁾は、コミュニケーションできない理由として誤伝達によるもの、動機づけによるものの2つを挙げて説明している。そのうち動機づけによるものとは、動因低下と誘因低下によるもの、さらに動因低下は主観的確信、ストレス因による2つの要因、誘因低下は認知的コストによるもの、社会的コスト（意識の共有がない、情緒的共有がない、地位の共有がない、知識の共有がない、情報の共有がない）による要因に分けている（図1）。

筆者は理学療法業務においてコミュニケーション、すなわち情報伝達が適切に行われなかった事例を経験してきた。

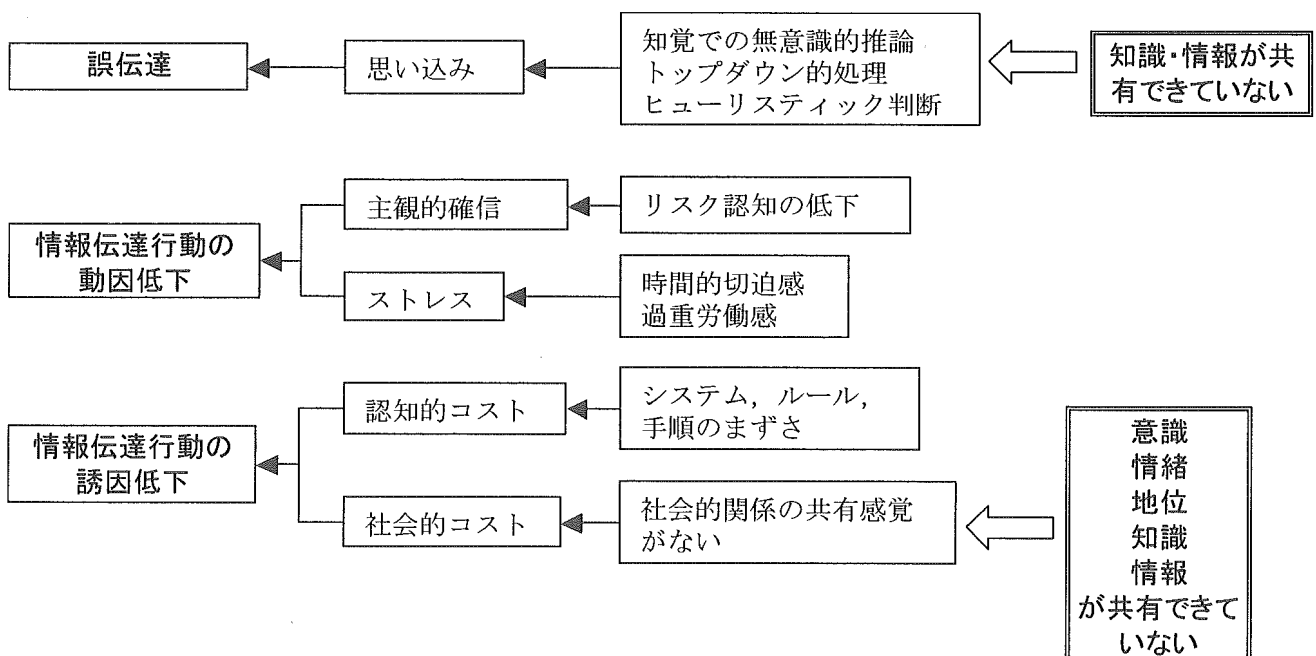


図1 情報伝達の阻害要因

表1 理学療法業務における情報伝達が適切に行われなかった事例

伝達を阻害する要因	事例		
誤伝達によるもの	申し送りの記載内容に問題があり、状況が適切に伝えられなかった。		
動機づけによるもの			
動因低下	主観的確信	経験年数が長いことで、これまでの経験から独自に状況を判断して自分勝手に行った。	
	ストレス因	突発的な理由で担当者が不在となり、通常より少ない人員で業務しなければならず非常に多忙になった。	
	誘因低下	認知的コスト	相手が多忙にて会う時間が取れなかった。相手の所在地まで出向くことが面倒だった。
	社会的コスト	意識の共有がない	情報伝達を行う理学療法士が新人で相手（医師や看護師）がベテランの場合、受け手がしっかりと情報を得ようとしめない。
		情緒的共有がない	患者の監視を依頼したいとき相手が嫌いだと依頼しない。
		地位の共有がない	情報伝達を行う理学療法士が新人で相手（医師や看護師）がベテランの場合、遠慮がちな説明となる。
		知識の共有がない	情報伝達を行う相手がリハビリテーション（理学療法）に関して知識が低かったり、認識が異なったりすることで情報伝達が確実に行われない。
		情報の共有がない	患者の状況を把握していなかったために、危険な行為を行う患者に気がつかず転倒させた。

それらの事例を図1の情報伝達を阻害する心理的要因²⁾にあてはめると、表1のようになる。

本研究では、リハビリテーション医療の一部門である理学療法部門における情報伝達状況の実態を、松尾²⁾の情報伝達を阻害する心理的要因を用いて調査し、その心理的要因の枠組みが情報伝達エラーの実態を捉えることにおいて有効であるかどうかについて検証する。つまり、理学療法士の情報伝達状況と情報伝達を阻害する心理的要因との関連性を検討し、また、それらの心理的要因と理学療法業務以外（施設の規模、経験年数、業務の多忙さ、地位など）の項目との関連性についても検討することを目的とする。

2 方法

調査対象者：常勤が3名以上の病院に勤務する理学療法士742名に質問紙調査を依頼し、うち回答に不備がなかった587名（男性322名、女性265名）を分析対象とした（有効回答率79.1%）。

調査時期：2002年7～8月

手続き：協力の了承が得られた施設へ質問紙を郵送あるいは直接訪問し手渡しにて配布を依頼した。

回収は回答者別に封筒に入れて郵送あるいは直接手渡しにて行った。

情報伝達阻害得点：理学療法士が日常よく遭遇する業務内容から、誤伝達による1要因（6項目）、動

因低下による2要因（主観的確信；2項目、ストレス因；2項目）、誘因低下による6要因（認知的コスト；2項目、社会的コスト《意識の共有；2項目、情緒的共有；1項目、地位の共有；3項目、知識の共有；4項目、情報の共有；7項目の合計17項目》）の合計9つの要因（全29項目）のいずれかが生じる状況を挙げ、それを経験する頻度などを尋ねた。それぞれの質問に対して「いつもある（する）」－「全くない」といった4件法で回答を求めた。

情報伝達状況：医師、看護師、同僚理学療法士との情報伝達状況についての全体印象を「非常に良好」－「非常に悪い」の4件法で回答を得た。

情報伝達における問題点や改善点：自由記述により回答を得た。

属性項目

- 1) 施設の規模：「病床数ゼロ」、「0～100床未満」、「100床以上～300床未満」、「300床以上」の4つのカテゴリから回答を求めた。
- 2) 一日の主な勤務場所の割合：一日の勤務場所を設定し、総勤務時間（通常8時間）に対する割合を尋ねた。勤務場所は「理学療法室・運動療法室」、「病棟」、「在宅」、「管理運営のための場所」、「その他」から選択するよう求めた。「その他」に関しては場所を記述し、かつその勤務時間の割合を尋ねた。
- 3) 経験年数：「15年以上」、「14～10年」、「9～5年」、「5年未満」の4つのカテゴリから回答を求めた。
- 4) 性別と年齢
- 5) 業務の多忙さ：担当患者数の数を指標とし、一日の平均担当患者数「10人未満」、「10～20人」、「21～30人」、「31～40人」、「41～50人」、「51人以上」の6つのカテゴリから回答を求めた。
- 6) 役職：「管理職；部門の責任者」、「中間管理職；主任など」、「なし」の3つのカテゴリから回答を求めた。
- 7) 他部門との情報伝達方法手段：「直接会って話をする」、「電話」、「院内携帯」、「ファックス」、「電子カルテ」、「パソコンでのe-mail」、「書類（処方箋、連絡ノートなど）の運搬」、「回診、カンファレンスでの報告」、「その他」から回答を求めた（複数回答可）。「その他」に関しては手段を尋ねた（質問紙は巻末資料参照）。

3 結果

3.1 情報伝達障害得点・職種ごとの情報伝達状況

情報伝達を障害する回答を高得点になるように変換し、各要因に対する情報伝達障害得点を算出した（表2）。ここでは要因間で質問項目数に違いがあるため、平均値を示した。また各職種との現在の情報伝達状況については、情報伝達が不良な回答を高得点に変換し、職種ごとに平均点を求めた（表3）。職種ごとの情報伝達状況の得点を比較するため、一要因の分散分析を行った結果、職種間の情報伝達状況に有意な主効果が認められた（ $F_{(2, 579)}=224.71, p<.01$ ）。そこで多重比較を行ったところ、医師と看護師との情報伝達状況の得点は理学療法士との情報伝達状況の得点より有意に高かった

($p<.01$)。このことから、理学療法士にとって他職種である医師や看護師との情報伝達状況は、同職種である理学療法士との情報伝達状況より不良であることが示された。

3.2 動因低下・誘因低下の主成分得点と下位要因との関連

動因低下の各要因から得られた阻害得点より、動因低下の代表値となる得点を算出するために主成分分析を行い、動因低下の主成分得点を算出した。同様に誘因低下の各要因から得られた阻害得点より、誘因低下の代表値となる得点を算出するために主成分分析を行い、誘因低下の主成分得点を算出した。動因低下・誘因低下それぞれの下位要因の主成分得点係数に基づいて、動因低下・誘因低下の主成分得点と下位要因の関連を検討し、結果を図2・図3に示した。

表2 情報伝達阻害得点

阻害要因	平均値 (SD)	得点範囲
誤伝達	1.36 (0.39)	1~4
動因低下要因		
主観的確信	1.78 (0.46)	1~4
ストレス因	2.03 (0.55)	1~4
誘因低下要因		
認知的コスト	1.98 (0.57)	1~4
意識の共有	1.89 (0.56)	1~4
情緒的共有	1.76 (0.72)	1~4
地位の共有	2.27 (0.70)	1~4
知識の共有	2.36 (0.46)	1~4
情報の共有	2.37 (0.34)	1~4

表3 職種ごとの情報伝達状況

職種	得点範囲	平均値 (SD)	F値
医師	1~4	2.44 (0.73)	224.71**
看護師	1~4	2.43 (0.64)	
理学療法士	1~4	1.83 (0.58)	

注) ** $p<.01$

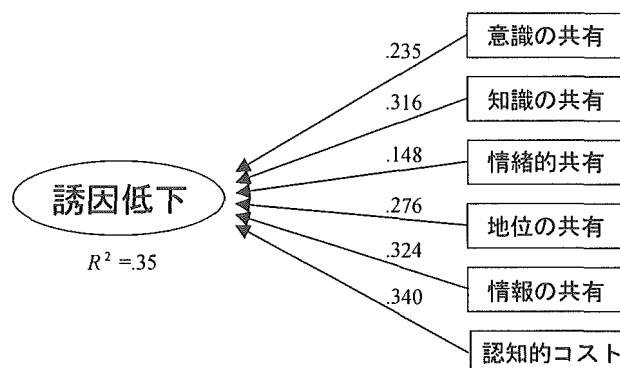
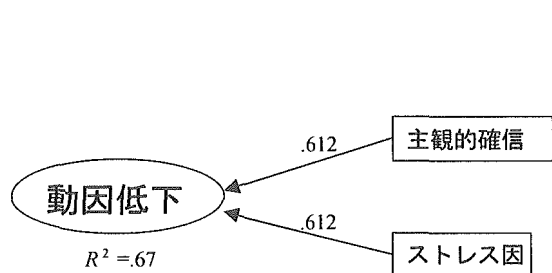


図2 動因低下の主成分得点と下位要因の関連

図3 誘因低下の主成分得点と下位要因の関連

動因低下の主成分得点に対して、主観的確信・ストレス因ともに主成分得点係数が.612 と比較的高い値を示し、主観的確信・ストレス因ともに動因低下に影響を及ぼしていることを示した。

誘因低下の主成分得点に対して、主成分得点係数は高い値の順に、認知的コスト (.340)、情報の共有 (.324)、知識の共有 (.316)、地位の共有 (.276)、意識の共有 (.235)、情緒的共有 (.148) であり、この順で誘因低下に影響を及ぼしていることを示した。

3.3 各職種との情報伝達を阻害する要因

医師、看護師、理学療法士との情報伝達状況の得点、および医師、看護師、理学療法士の3職種を総合した場合（以下、3職種総合とする）の情報伝達状況の得点を合算した得点を従属変数とし、誤伝達による阻害得点の合計点、主成分分析にて求めた動因低下の主成分得点、誘因低下の主成分得点を独立変数とし重回帰分析（強制投入法）を行った。その結果を表4に示した。

この結果をもとに各職種、3職種総合の情報伝達状況とそれに影響を与える要因についての関連を検討し、その関連を図示した。

1) 医師に対する情報伝達状況と情報伝達を阻害する心理的要因の関連（図4）

医師との情報伝達状況を従属変数とした重回帰分析の結果、有意な回帰式が得られ ($R^2=.174$, $p<.01$)、医師との情報伝達状況には誘因低下の要因が有意に影響を及ぼしていることが示された ($\beta=.390$, $p<.01$)。

2) 看護師に対する情報伝達状況と情報伝達を阻害する心理的要因の関連（図5）

看護師との情報伝達状況を従属変数とした重回帰分析の結果、有意な回帰式が得られ ($R^2=.128$, $p<.01$)、看護師との情報伝達状況には誘因低下の要因が有意に影響を及ぼしていることが示された ($\beta=.321$, $p<.01$)。

3) 理学療法士に対する情報伝達状況と情報伝達を阻害する心理的要因の関連（図6）

理学療法士との情報伝達状況を従属変数とした重回帰分析の結果、有意な回帰式が得られ ($R^2=.068$, $p<.01$)、同僚理学療法士との情報伝達状況には、動因低下 ($\beta=.117$, $p<.05$)、誘因低下 ($\beta=.158$, $p<.01$) 両方の要因が有意に影響を及ぼしていることが示された。

表4 各職種および3職種総合の情報伝達状況を従属変数とした重回帰分析（強制投入法）

従属変数	標準偏回帰係数 (β)				
	医師	看護師	理学療法士	3職種総合	
情報伝達状況	誤伝達	.050	.056	.045	.066
	動因低下	.014	.025	.117 *	.062
	誘因低下	.390 **	.321 **	.158 **	.390 **
調整済み R^2	.174 **	.128 **	.068 **	.204 **	

注) * $p<.05$ ** $p<.01$

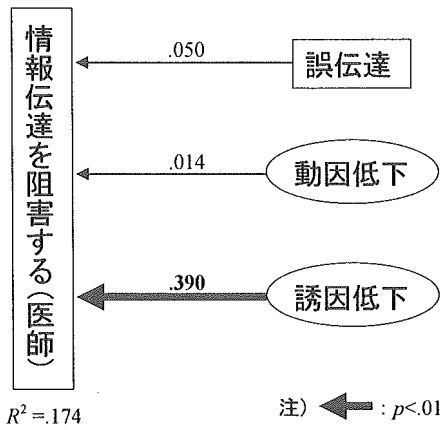


図4 医師に対する情報伝達状況と情報伝達を阻害する心理的要因との関連

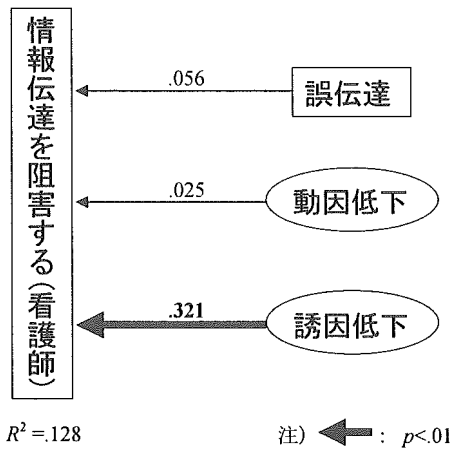


図5 看護師に対する情報伝達状況と情報伝達を阻害する心理的要因との関連

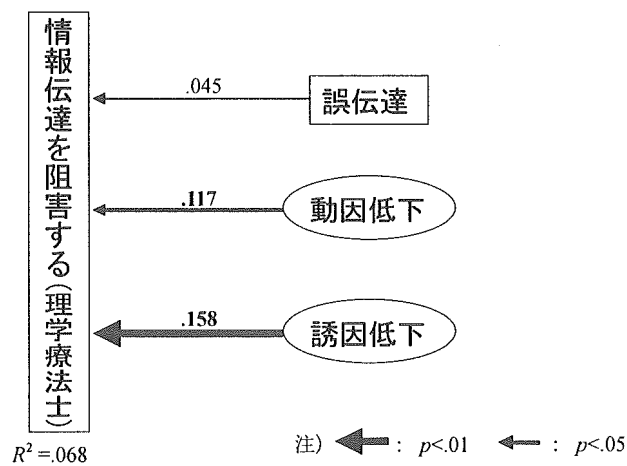


図6 理学療法士に対する情報伝達状況と情報伝達を阻害する心理的要因との関連

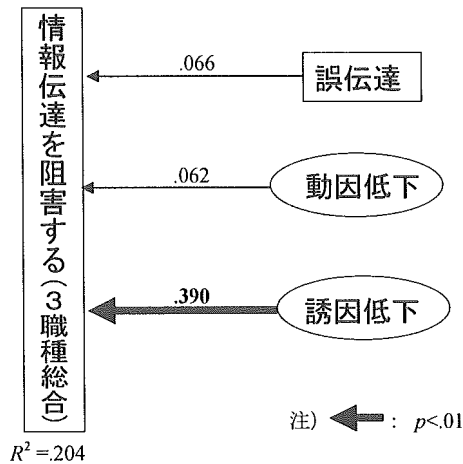


図7 3職種総合に対する情報伝達状況と情報伝達を阻害する心理的要因との関連

表5 誘因低下の要因を従属変数とした重回帰分析(変数減少法)

従属変数	標準偏回帰係数 (β)			
	認知的コスト	情緒的共有	地位の共有	情報の共有
フェイスシートの項目				
病床数				.084 *
経験年数	-.111 **		-.243 **	
役職				-.109 **
年齢		0.12 **		
調整済み R^2	.012 **	.014 **	.059 **	.019 **

注) * $p < .05$ ** $p < .01$

4) 3職種総合の情報伝達状況と情報伝達を阻害する心理的要因の関連(図7)

3職種総合の情報伝達状況を従属変数とした重回帰分析の結果、有意な回帰式が得られ($R^2=.204$, $p < .01$)、3職種総合の情報伝達状況には、誘因低下の要因が有意に影響を及ぼしていることが示された($\beta=.390$, $p < .01$)。

3.4 属性項目との関連

各職種との情報伝達を阻害する要因を検討した結果から、誘因低下の要因は、誤伝達および動因低下の要因に比べ情報伝達状況に与える影響が大きいことが示された。よって誘因低下の要因とフェイスシートで得られた属性項目との関連について検討した。誘因低下の各要因(認知的コスト・意識の共有・情緒的共有・地位の共有・知識の共有・情報の共有)における情報伝達阻害得点を従属変数、フェイスシートで得られた属性項目(病床数・経験年数・担当患者数・役職)を選択肢ごとに数値化したものと年齢を独立変数として重回帰分析(変数減少法)を行った。その結果を表5に示した。ここでは有意な回帰式が得られたもの、また、項目が有意($p < .05$)であったものだけを示した。これらの結果をもとに誘因低下の要因とフェイスシートの項目との関連を検討し、図8に示した。

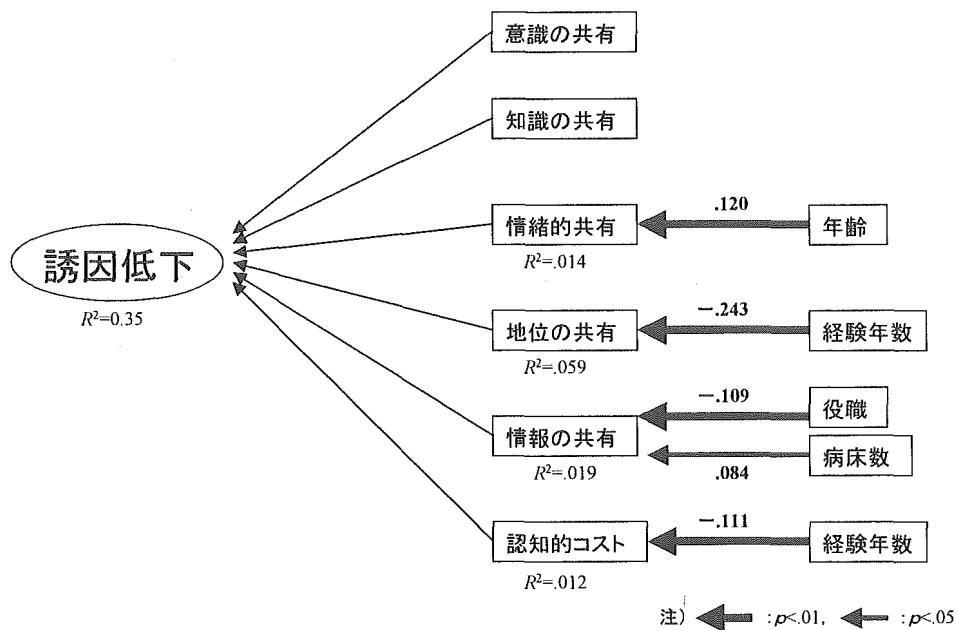


図 8 誘因低下の要因と属性項目との関連

情緒的共有は年齢に正の影響をうけた。このことから年齢が高いほど、好き嫌いや性格の不一致などにより、情報伝達が阻害されることが明らかにされた。地位の共有は経験年数に負の影響をうけた。このことから経験年数が浅い人は先輩や有役職者など地位の高い人との情報伝達が阻害されることが明らかにされた。情報の共有は病床数に正の影響を、また、役職に負の影響をうけた。このことから病床数が多いほど情報を共有しやすく、役職のないものについても、情報の共有がし難いといえる。認知的コストは経験年数に負の影響をうけた。このことから経験年数が浅いほど情報伝達を阻害する認知的コストが高いことが明らかにされた。

3.5 自由記述の分析

自由記述で回答された文章を、類似した内容ごとに分類・統合し、文章を簡素化した。ひとつの文章に複数の問題点・改善点が含まれているものについては、ひとつずつに分けて分類した。類似した内容ごとに簡素化してまとめた内容を図 1 の情報伝達を阻害する心理的要因²⁾ごとに分類し、模式化した(図 9)。文面の内容からどちらの要因の内容であるか判断できないときには、両方に含まれるように図示した。

どの要因にも含まれない内容としては、「新人職員への対応が問題である」、「コンピューター導入によって逆に病棟に足を運んだり、会話をしたりする機会が減少した」という 2 点であった。

自由記述総数は 284 件で、それぞれの要因の割合を図 10 に示した。ただし、ひとつの内容で複数の要因と受け取ることができるものはどちらの要因にもカウントした。自由記述で記載された問題点の多く(約 80%)は誘因低下の要因にかかわる問題点であった。

また改善すべき点に関する自由記述の総数は 52 件で、それらを情報伝達を阻害する心理的要因ごとに分類すると情報の共有に関する改善すべき点の記述が多かった(表 6)。

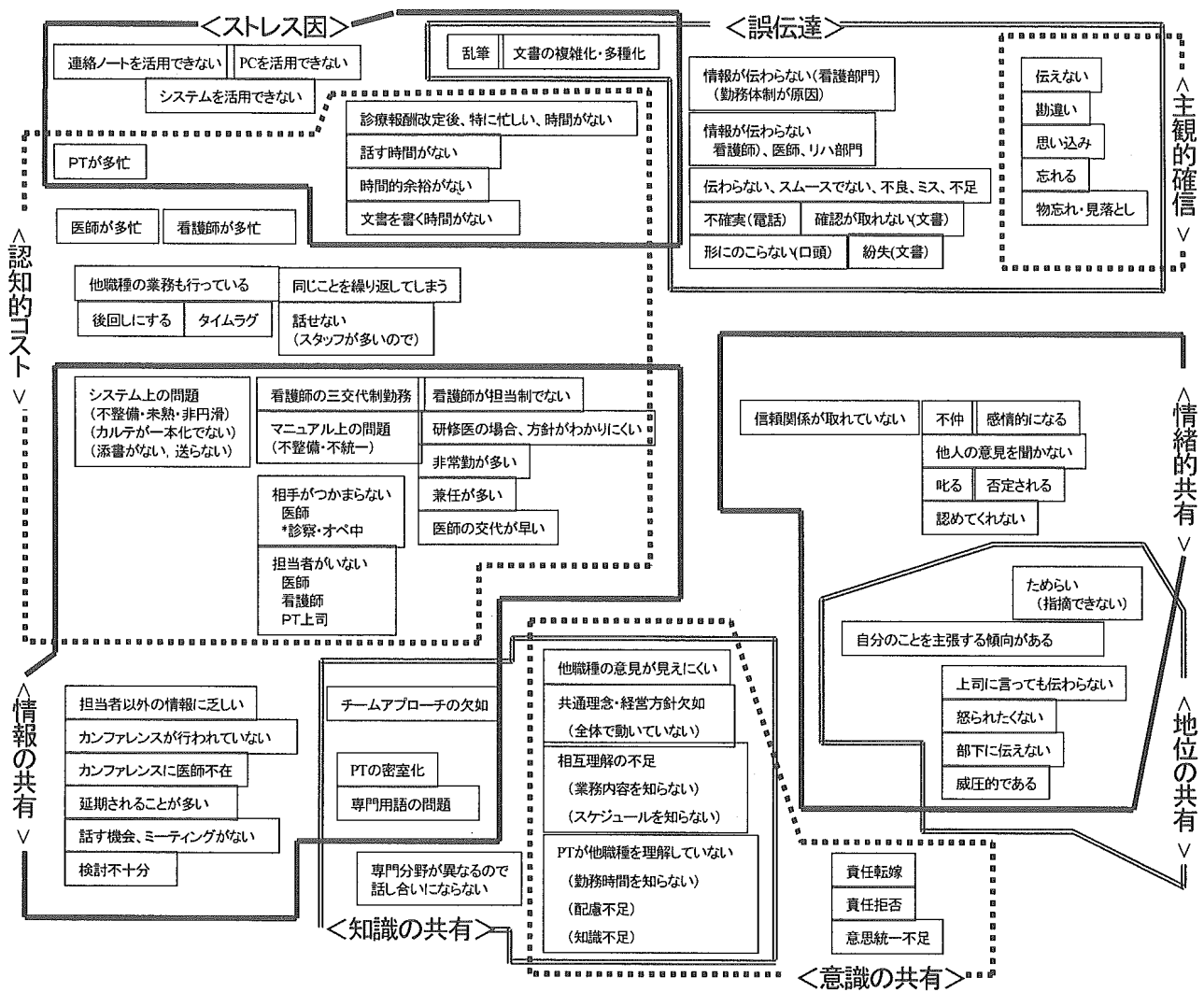


図9 自由記述で得られた情報伝達阻害要因の分類

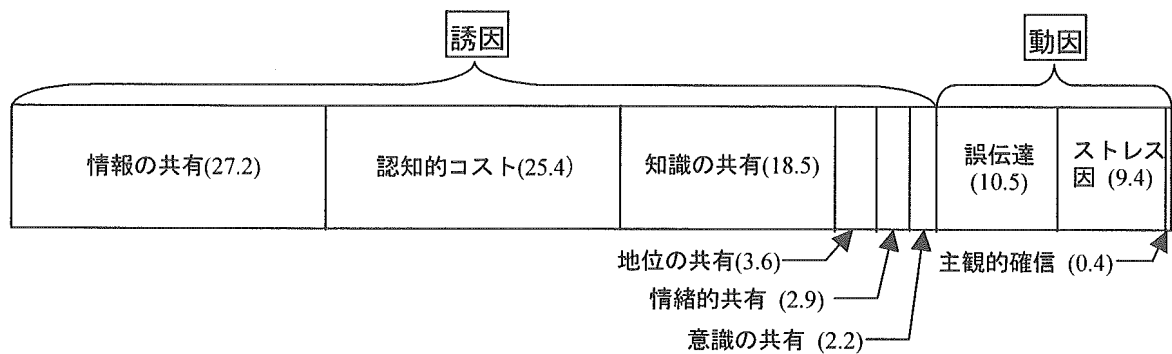


図10 自由記述の要因ごとの内訳 (単位 %) n=284

表6 自由記述で得られた情報伝達において改善の必要な事項の分類

情報伝達阻害要因	分類	内容
情報の共有	カンファレンス等に関して	他職種との情報交換の機会・時間を多く持つべき (2) 時間を決めての場の設定 定期的なカンファレンス
	病棟業務形態に関して	回復期リハ病棟の導入 病棟担当制の実施 プライマリケア導入
	カルテに関して	誰が見てもわかるようなカルテ内容にする 患者ひとりに対して1カルテ カルテにリハビリ記録を直接記載する (2) カルテの見開きをみれば誰でもわかるような工夫 病棟カルテにリハ記載欄を作成
	カルテ以外の書類に関して	統一された評価用紙の作成 申し送りノートの使用
	IT 利用に関する内容	いつでも開示して確かめられる院内電子メールの構築 パソコンでのネットワーク利用 e-mail や LAN や FAX などの利用 電子カルテの利用 (2)
	その他	情報交換できる人間関係の形成 システムを明確にする
	知識の共有	相互理解に関して
	言語に関する内容	英語や略語を避けるようにする 共通言語の統一
ストレス因		セラピスト数の増加
誤伝達		直接会って話をするように心がける
地位の共有		プライドの排斥
その他の意見		分科を進める チームの一人であるという認識をもつ こちら側の積極的なアプローチ (2) 病棟スタッフへの意識付け 問題を感じた時点での速やかな対処 患者を中心とした思いやり、ゆずりあいが必要 お互いの歩み寄り お互いに努力 全ての職種の対して、全ての人が受け入れる体制構築 相手サイドの思考パターン (立場) に拠って立つ 手が空いている医師になるべく理学療法室に顔を出してもらう 信頼できる職種関係、人間関係のための努力 信頼を得る 個々の人間性を考える プライベートで仲良く (2) コミュニケーションをとるように心がける 日常的に他職種とコミュニケーションを図る

4 考察

今回、質問紙にて調査した結果、理学療法士の情報伝達状況の実態と、情報伝達を阻害する心理的要因との間には有意な関連が見られた。このことから、理学療法士の情報伝達状況を図1の情報伝達を阻害する心理的要因の枠組み²⁾で捉えられることが実証された。各職種に対する情報伝達状況には、誘因低下の要因が影響しており、認知的コスト・情報の共有・知識の共有・地位の共有・情緒的共有の順に影響力が大きかった。

職種に対する情報伝達状況

職種ごとに情報伝達状況をみると、他職種である医師・看護師間との情報伝達状況の方が、同職種同士である理学療法士間との伝達状況より不良であった。これは、他職種間での情報伝達状況では、お互いの業務に関する知識や情報などが共有できていないために、円滑な情報伝達が阻害されているためと考えられる。

情報伝達を阻害する要因について

今回の調査で、理学療法士が各職種（医師・看護師・同僚の理学療法士）と情報伝達を行うにあたり、情報伝達を阻害する心理的要因として、誘因低下に関する要因が大きな影響を及ぼしていることが示された。誘因の低下とは、すなわち、情報伝達に対する動機づけの低下と捉えられる。つまり、誘因が低下するということは、情報伝達（コミュニケーション）を行わなくなるということである。よって、誘因低下の要因に対して対策を講ずることが情報伝達を良好にしていくことになるであろう。しかし、誘因低下の要因の中でも、地位や経験年数の違いによる権威勾配や、好き嫌いなどの情緒的要因は、病院という組織で勤務している以上、また人間である以上、常に一程度存在する。今回の調査の結果と照らし合わせて以上のことを考えると、認知的コスト・情報の共有・知識の共有の点での対策を講ずることが理学療法士の情報伝達を良好な方向へ導くことになると考えられた。

上記の誘因低下の要因の他に、理学療法士同士の情報伝達状況においては、動因低下の要因（主観的確信・ストレス因）も有意に影響していることが今回の調査で見出された。多くの理学療法士は病院内の理学療法室で勤務しており、お互いの業務状況が見えるため、他の理学療法士の業務状況や業務能力を認識することができ、「大丈夫だろう」、「わかっているだろう」という思いが生じているのではないだろうか。また、理学療法士間での情報伝達では「担当患者制なので、自分の担当患者以外のことについて情報伝達する必要はないだろう」あるいは「情報伝達しても無駄だろう」という思いが生じ、情報伝達を行わないのではないだろうか。このような理由から、他職種との情報伝達の場合と異なり、動因低下の要因も有意に影響する結果となったのではないかと考えられる。

誤伝達については、情報伝達状況に有意な影響を及ぼさなかった。情報伝達の場面で、情報の送り手が十分に伝えたと考えていても、その情報の受け手が誤って認識すれば、情報伝達は成立しない。しかし、どのように情報が伝わったか、また、情報伝達が成立したかどうかを質問紙において判断することは難しい。本研究においても、対象者の主観的認知を調査したため、誤伝達が生じていたとしても対象者に認識されず、表面化していないということも考えられる。誤伝達が情報伝達状況に有意な影響を及ぼさなかったという今回の結果は、逆に、情報伝達を不良にする危険性を伴っているもの

とも考えられる。

自由記述の結果からの考察

自由記述の結果より、理学療法場面での情報伝達の問題点として、誘因低下の要因である情報の共有・認知的コスト・知識の共有に関する問題点が多く述べられていた。これは、情報伝達状況に誘因低下が有意に影響を及ぼし、認知的コスト、情報の共有、知識の共有の順に情報伝達阻害への影響が大きかった今回の結果を支持する内容となっている。

また、自由記述の内容のほとんどは、情報伝達を阻害する心理的要因（図 1）に分類することができ、このことから、松尾²⁾の提案する枠組みの妥当性が確認された。しかしながら、自由記述の文面から複数の要因にも考えられる内容があり、明確に分類することが困難なものもあった。

また、情報伝達の問題点を改善すべき点を情報伝達を阻害する心理的要因に即して分類すると、情報の共有に関する内容が多く認められた。このことから、現場の理学療法士が、情報の共有をいかに行っていくべきかを、日常の問題として捉えていることがうかがえる。

今後の課題

本研究では理学療法士を対象とした質問紙調査を行い、情報伝達を阻害する心理的要因の枠組みが、理学療法士の情報伝達状況の実態を捉えることに有効であることが実証できたといえる。しかしながら、今回の回答が臨床場面での情報伝達状況を正確に反映しているかどうかは疑問の残るところである。例えば、情緒的共有に関する質問では、回答上では情緒的に嫌いな人とでも情報伝達を行うと回答していたとしても、実際の場面では嫌いな人とは全く情報伝達を行っていない可能性もある。このように、質問紙の回答が臨床場面での行動を必ずしも反映しているとは限らない。情報伝達を確実に正確に行うためには、情報の送り手と受け手が、それぞれの背景となる知識を共有していることが重要である。今回の調査ではあくまで理学療法士の主観的な回答であり、情報伝達を受け取る他職種の相手が理学療法士に対して、理学療法士の回答と同様な認識をしているかどうか分からない。よって双方向からの検討をするために、他職種にも同様な調査を行うことが必要となるであろう。

引用文献

- 1) Institute of Medicine 1999 *To Err Is Human, Building a Safer Health System*. National Academy Press. (医学ジャーナリスト会誌 2000 人は誰でも間違える 日本評論社)
- 2) 松尾太加志 2002 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 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)