

れている。これらの業務は、身体の清潔や排泄のケア、静脈内注射や人工呼吸器の管理など、対象の生活やプライバシーに深くかかわり、かつ方法を間違えると対象の生命を脅かす危険が大きい技術を使う。したがって、誰の目も届かない密室においても、あるいは意識がない対象に対しても、対象の尊厳や権利を尊重する態度、及び正確にかつ安全に実施する技術を身につけることが求められる。このような看護師の仕事には、専門的知識や技術、それに倫理性が求められることは言うまでもない。これを保証するために、保健師助産師看護師法によって専門教育や国家資格を得ることが規定されている。

2) 専門職としての看護倫理

(1) 看護における倫理綱領

看護師は、自らの行動の基盤となるものとして、法律のほかに、倫理綱領を有している。専門職組織である国際看護師協会や日本看護協会が公表した「ICN 看護師の倫理綱領」(2005 改訂)及び「看護者の倫理綱領」(2003)には、看護実践における看護師の行動指針が明示されている(資料1)¹⁾。その職業が専門職であるかどうかを決める要件として、一般に、独自の体系的知識(理論)、公共への福祉、自律的实践と共に、倫理綱領を備えているかどうかがある。倫理綱領は、外的強制力を伴う法律とは異なり、個々の内的規範である。看護職は、専門職として共有する道徳的価値や理念を表したこれらの倫理綱領のもとに、自らが提供するサービスの質を自主規制することをめざしている。

倫理綱領は、対象の安全を守ることに加え、対象のニーズに沿った良質なケアを提供する専門職としての実践へと看護師を導くガイドラインである。日々の看護実践において、自分の行動をこれらの指針に照らし、何が対象にとって善いことなのか、何を尊重すべきか等を考えることは重要である。しかしながら、「何が対象にとって善いことか」、「どういう行為(ケア)が対象を尊重することになるのか」は判断が難しい場合がある。

発問1) 倫理綱領の全体に目を通し、以下の例がどの項目に該当するかを尋ねる。

例) がんの告知：これについてどう考えるかを受講生に尋ねる。

(告知することが良いのかどうかは画一的に判断できないと考える看護職が多い。では、どのように判断をするのか?)

発問2) 事例を提示：身体拘束の事例をとりあげ、看護師Tの立場で、自分だったら、どう考え、どう行動するかを約5分間考えさせる。

<事例>脳梗塞後の女性患者(78歳)。梗塞後右上下肢不全麻痺が出現し、脳血管性痴呆を呈している。ここ数日夜間せん妄がみられ、3日前に廊下で転倒したが、幸い擦過傷のみであった。しかし夜間目が十分届きにくいこと、また家族の強い希望もあり、夜間のみ体幹抑制を昨夜から施行している。朝、受け持ち看護師のTが患者H氏を訪室すると、「こんなひどい事するなんて・・・」と涙ながらに話した²⁾。

(ここでは、看護師の倫理的ジレンマが容易には解決できないことを示し、倫理綱領に示されている専門職として、どう対応するかを考えるには、倫理的判断能力が必要であることを実感できるようにする)

(2) 生命倫理の原則

対象とその家族、そして医師、看護師などさまざまな人々の価値が錯綜する複雑な状況において、対象の尊厳や権利を尊重するためには、倫理的視点から、自律、善行、無害、正義（公正）といった生命倫理の原則（表1）³⁾を用いて、状況を分析・整理し、看護師としてどう行動するかを決定する能力が必要となる。

1970年代に米国で生まれた生命倫理は、生命操作を可能にする高度医療技術を用いた治療を受けることが対象にとって善いことかどうかという課題を提起した。そして、伝統的な医の倫理であるヒポクラテスの誓いにはなかった自己決定という「自律の原則」が生み出されたのである。

(3) 看護倫理とは

倫理とは、実際の生活における個人や集団の道徳の規範となる普遍的原則である。では、看護倫理とは何か。看護倫理の理論的基盤にはさまざまな論議があるが、看護実践の範囲という視点から考えると、看護倫理は、生命倫理と職業倫理を包括する概念といえる（図1）²⁾。

生命倫理の原則は、看護専門職として対象の尊厳や権利を尊重するという看護師の責務の中核と重なるため、看護倫理は、職業倫理と生命倫理を包括する概念と考えられる。ゆえに、看護倫理とは、「看護（実践）において正しいことは何か。どうすることが善いことなのか、看護師として私は何をすべきかを問い、これに答える営みである。」と定義することができよう⁴⁾。

2. 医療現場で看護職が直面する倫理的課題

医療の現場で倫理的課題に直面し、葛藤を抱いたり、悩んだりしている看護師は少なくない。倫理的課題は、一般的に以下の3つに大別できる。

- ① 日常のケア場面で遭遇する倫理的課題（医療における情報提供、医療への参加、生死の決定、快適な療養環境、不当な心身への侵害など）⁵⁾

例：対象が十分かつ適切な情報を得られていない状況、胎児や子供の生死が親の選択に左右される状況、など。

- ② 先端（高度）医療技術に伴う生命倫理に関する課題（延命医療器具の進歩、臓器移植、出生前診断や代理出産、遺伝子診断・治療、ヒトゲノム（遺伝子情報）など。）

例：日本の移植医療は生体移植が大多数であり、健康なドナーの安全や自己決定の権利が阻害されやすい。

- ③ IT（情報技術）に伴う倫理に関する課題（電子カルテ使用に伴うプライバシーに関する問題など。）

例：電子カルテを使うことにより、対象の診療記録は管理しやすくなった。医療者は自分の仕事と関係がない診療録を見ようと思えばすぐ見ることができる。

看護師は、このような倫理的課題に直面した場合、倫理的ジレンマとして体験することが多い。倫理的ジレンマとは、同じくらい望ましい（あるいは、望ましくない）二つまたはそれ以上の選択肢（価値）があり、どれを選択するべきか判断がつかない状況である。

3. 倫理的意思決定能力と行動力

倫理的ジレンマ状況においては、何が正しいのか、どのようにして行為や判断が正当化されるのかを考えるが、そこには、判断基準として、倫理原則（表1）等を活用した熟慮が必要となる。看

護倫理には、この熟慮に加え、さらに、「看護師としてどう行動するか」という課題も含まれるので、このような専門職としての役割遂行には、倫理的意思決定能力が必要となる。

倫理的意思決定には、倫理的感受性と道徳的推論能力の発達が大きく関与し、これらの発達には知識と経験が必要であるとされる⁶⁾。倫理的感受性とは、価値や価値対立を認識する能力であり、この能力がなければ、対象の尊厳や権利をめぐる諸問題を見過ぎてしまうことになる。道徳的推論は、ある状況がなぜ倫理的に問題であるのかを分析し、その問題に対して何をなすべきかを決定する能力である。

倫理的意思決定を行うには、その過程において、問題の所在がどこにあるのか、どの価値が対立しているのかといったいくつかの点を確認しながら検討を重ねていくことで、その現象の理解を深めることができる。確認のポイント、すなわち倫理的意思決定に役立つ枠組みとしては、1) 看護師は問題を体験している人々が問題をどのように捉えているのかに着目し、問題が生じた文脈を明らかにする、2) その状況で、何が倫理的ジレンマか（対立している価値は何か）を明らかにし、その価値はなぜ重要なのかを探る、3) 価値の対立を解決しうるすべての方法を挙げ、その方法のよい点と悪い点を検討する、4) 倫理的ジレンマを解決に導くための意思決定をする、といった視点が挙げられる⁶⁾。

前述の身体拘束の事例における倫理的意思決定について、以下を行う。

- ①ジレンマ状況を整理し、生命倫理の原則を用いて対立する価値を示す。
- ②看護師が直面している道徳的ジレンマを解決に導く対応策をについて説明する。

看護師が倫理的意思決定能力を向上させ、どのような倫理的問題が生じているかを明らかにし、対応することは重要である。そのためには、周囲の人々に対して、どのような倫理的課題が生じているのか、課題解決に向けて何をすることが必要であるのかについて、相手が理解し納得できるように論理的に説明する力を備えることが求められる。このような倫理に対する看護師の姿勢が医療の現場に、対象の尊厳や権利を大事にするという風土を醸成し、文化を育むことになる。

<文献>

- 1) 日本看護協会編：看護者の基本的責務：基本法と倫理、日本看護協会出版会、2003、9-21
- 2) 志自岐康子、習田明裕：看護における倫理と価値、川村佐和子、志自岐康子他編：看護学概論、基礎看護学（第2版）、ナーシング・グラフィカ、メディカ出版、2007、113-135
- 3) 小島操子：看護倫理－看護教員としてこう考える、Quality Nursing4(1)、1998、6-9
- 4) 高田早苗：看護倫理をめぐる理論、看護協会編：看護白書、看護協会出版会、2003、3-19
- 5) 横尾京子他：日本の看護婦が直面する倫理的課題と反応、日本看護科学学会看護倫理検討委員会報告、日本看護科学学会誌、13(1)、1993、32-37
- 6) サラ T、フライ他（2002）片田範子訳：看護実践の倫理（第2版）、看護協会出版会、2005

看護における倫理綱領¹⁾

ICN 看護師の倫理綱領 2005年 国際看護師協会	日本看護協会 看護者の倫理綱領 2003年
<p>前文 看護師には4つの基本的責任がある。すなわち、健康を増進し、疾病を予防し、健康を回復し、苦痛を緩和することである。看護のニーズはあらゆる人々に普遍的である。看護には、生きる権利、尊厳を保つ権利、そして敬意のこもった対応を受ける権利などの人権を尊重することが、その本質として備わっている。看護ケアは、年齢、皮膚の色、信条、文化、障害や疾病、ジェンダー、国籍、政治、人種、社会的地位を理由に制約されるものではない。看護師は、個人、家族、地域社会にヘルスサービスを提供し、自己が提供するサービスと関連グループが提供するサービスの調整をはかる。</p>	<p>前文 人々は、人間としての尊厳を維持し、健康で幸福であることを願っている。看護は、このような人間の普遍的なニーズに応え、人々の健康な生活の実現に貢献することを使命としている。 看護は、あらゆる年代の個人、家族、集団、地域社会を対象とし、健康の保持増進、疾病の予防、健康の回復、苦痛の緩和を行い、生涯を通してその最期まで、その人らしく生を全うできるように援助を行うことを目的としている。 看護者は、看護職の免許によって看護を実践する権限を与えられた者であり、その社会的な責務を果たすため、看護の実践にあたっては、人々の生きる権利、尊厳を保つ権利、敬意のこもった看護を受ける権利、平等な看護を受ける権利などの人権を尊重することが求められる。</p>
<p>倫理綱領 「ICN 看護師の倫理綱領」には、4つの基本領域が設けられており、それぞれにおいて倫理的行為の基準が示されている。</p> <p>倫理綱領の基本領域</p> <p>1. 看護師と人々</p> <ul style="list-style-type: none"> ・看護師の専門職としての第一義的な責任は、看護を必要とする人々に対して存在する。 ・看護師は、看護を提供するに際し、各個人および家族、地域社会の人権や価値観、習慣、精神的信念が尊重されるような環境の実現を促す。 ・看護師は、個人がケアや治療に同意する上で、十分な情報を確実に得られるようにする。 ・看護師は、他人の個人情報を守秘し、これを共有する場合には適切な判断に基づいて行う。 ・看護師は、一般社会の人々（とくに弱い立場にある人々）の健康上のニーズおよび社会的ニーズを満たすための行動を開始・支援する責任を、社会と分かち合う。 ・看護師はさらに、自然環境を枯渇や汚染、劣化、破壊から保護し維持する責任を、社会と分かち合う。 <p>2. 看護師と実践</p> <ul style="list-style-type: none"> ・看護師は、看護業務および、継続的学習による能力の維持に関して、個人として責任と責務を有する。 ・看護師は、自己の健康を維持し、ケアを提供する能力が損なわれないようにする。 ・看護師は、責任を引き受け、または他へ委譲する場合、自己および相手の能力を正しく判断する。 ・看護師がいかなるときも、看護職の信望を高めて社会の信頼を得るように、個人としての品行を常に高く維持する。 ・看護師は、ケアを提供する際に、テクノロジーと科学の進歩が人々の安全および尊厳、権利を脅かすことなく、これらと共存することを保証する。 <p>3. 看護師と看護専門職</p> <ul style="list-style-type: none"> ・看護師は、看護実践および看護管理、看護研究、看護教育の望ましい基準を設定し実施することに主要な役割を果たす。 ・看護師は、研究に基づき、看護の中核となる専門的知識の開発に積極的に取り組む。 ・看護師は、その専門職組織を通じて活動することにより、看護における正当な社会的経済的労働条件の確立と維持に参画する。 <p>4. 看護師と共働者</p> <ul style="list-style-type: none"> ・看護師は、看護および他分野の共働者と協力関係を維持する。 ・看護師は、個人、家族や社会に対するケアが共働者あるいは他の者によって危険にさらされているときは、その人を安全に保護するために適切な処置をとる。 	<p>日本看護協会の『看護者の倫理綱領』は、病院、地域、学校、教育・研究機関、行政機関など、あらゆる場で実践を行う看護者を対象とした行動指針であり、自己の実践を振り返る際の基盤を提供するものである。また、看護の実践について専門職として引き受ける責任の範囲を、社会に対して明示するものである。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 看護者は、人間の生命、人間としての尊厳及び権利を尊重する。 2. 看護者は、国籍、人種・民族、宗教、信条、年齢、性別及び性的指向、社会的地位、経済的状態、ライフスタイル、健康問題の性質にかかわらず、対象となる人々に平等に看護を提供する。 3. 看護者は、対象となる人々との間に信頼関係を築き、その信頼関係に基づいて看護を提供する。 4. 看護者は、人々の知る権利及び自己決定の権利を尊重し、その権利を擁護する。 5. 看護者は、守秘義務を遵守し、個人情報の保護に努めるとともに、これを他者と共有する場合は適切な判断のもとに行う。 6. 看護者は、対象となる人々への看護が阻害されているときや危険にさらされているときは、人々を保護し安全を確保する。 7. 看護者は、自己の責任と能力を的確に認識し、実施した看護について個人としての責任をもつ。 8. 看護者は、常に、個人の責任として継続学習による能力の維持・開発に努める。 9. 看護者は、他の看護者及び保健医療福祉関係者とともに協働して看護を提供する。 10. 看護者は、より質の高い看護を行うために、看護実践、看護管理、看護教育、看護研究の望ましい基準を設定し、実施する。 11. 看護者は、研究や実践を通して、専門的知識・技術の創造と開発に努め、看護学の発展に寄与する。 12. 看護者は、より質の高い看護を行うために、看護者自身の心身の健康の保持増進に努める。 13. 看護者は、社会の人々の信頼を得るように、個人としての品行を常に高く維持する。 14. 看護者は、人々がよりよい健康を獲得していくために、環境の問題について社会と責任を共有する。 15. 看護者は、専門職組織を通じて、看護の質を高めるための制度の確立に参画し、よりよい社会づくりに貢献する。

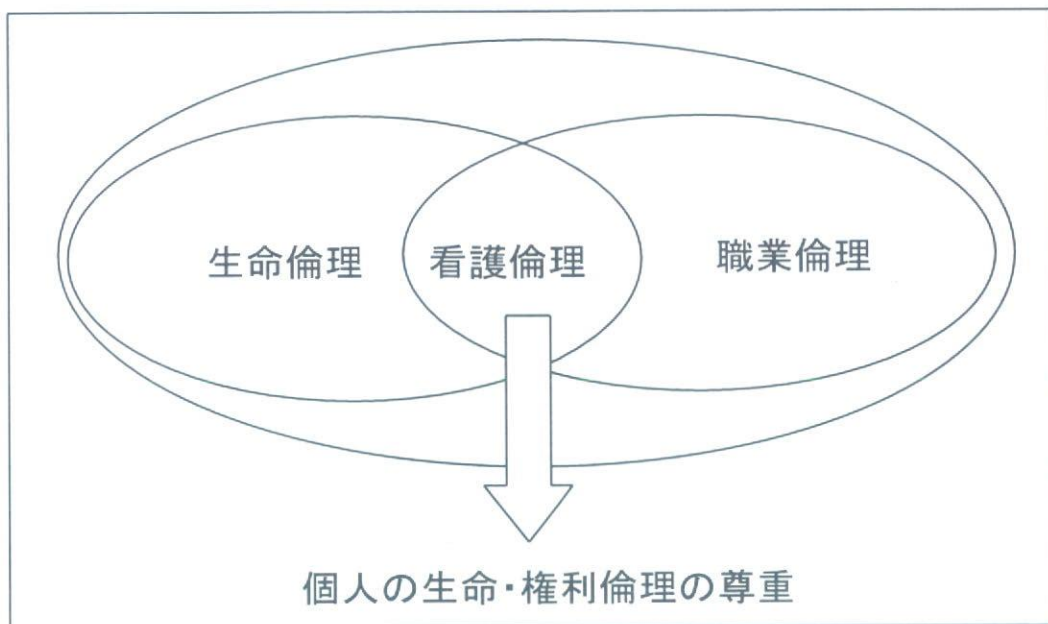


図1 看護倫理とは²⁾

表1 生命倫理の原則³⁾

自律の原則	人は自立し自律した存在であり、自分を管理する能力を持っている。よって自分で選択した計画に基づいて自分の行為を決定し、実行する個人的な自由が許されている。この原則には2つの信念が含まれており、1つは、 <u>人は自律している存在として扱われるべきである</u> ということと、もう1つは、 <u>自律性が低くなっている人は保護されなければならない</u> ということである。個人の自己決定を尊重することは、この原則によるもので、看護師が患者・家族の <u>擁護者（アドボカシー的存在）</u> として、ある時は患者の自己決定を促すことを助け、ある時はその権利を保護することの重要性を示している。
善行の原則	善あるいは、益を創出することであるが、それは害・危険を回避するという無害の原則を同時に考えなければ十分ではないと言われる。看護師は善と言うことでベストなケアを提供しているつもりでも、患者は害と考えている、そういうことはよくある。善と害の見方・考え方、それらの関係、割合などをよく考えてみる必要がある。
無害の原則	有害なことをしないことと、害あるいは害の危険性を回避することを含んでいる。ナイチンゲール誓詞にあるように、患者に害を及ぼすあらゆる行為を予測しなければならない。
正義の原則	対等である人間をいかに対等に扱うかということと、社会における負担と利益の分配をいかに公平・平等に行うかということと関係する。非常に少ない資源、たとえば看護師の時間やエネルギーなどいかに公平に配分するか、などがある。（功利主義的vs. 自由主義的vs. 平等主義）
真実の原則	真実を告げるということであり、自律の原則とも密接に関係している。人が真に自律した意思決定を下すためには、 <u>真実の情報が提供されなければならない</u> ということである。
忠誠の原則	自律や真実の原則と同様、人を尊重することの一側面を表しており、たとえば、約束を守ること、秘密を守ることなどが挙げられる。

Ⅱ－5 集合研修Ⅲ

医療安全確保に必要な知識と看護業務の安全確保に関する教育プログラム

重森 雅嘉

1. 研修対象者

本教育プログラムは、行政処分を受けた看護師等、特に医療過誤を事由とする者を主たる対象とする。しかし、医療過誤の原因となるヒューマンエラーや違反は誰でも起こす可能性があるため、本教育プログラムは広い範囲で効果を期待できるものであり、医療過誤を事由とする者に対象を限る必要はない。また、医療安全に関する教育による安全意識の向上は、看護師等の職業意識を高めるものでもあり、さらに医療過誤の原因のひとつである違反に対する態度は、他の倫理問題とも共通するものでもある。したがって、詐欺、窃盗、薬物関連等、また交通事犯、わいせつ等、医療過誤以外の事由で行政処分を受けた看護師等に対しても十分教育効果が期待できる。

2. 目的

看護等の業務場面での安全行動の育成を目的とする。これは、医療過誤の人的な要因であるヒューマンエラーや違反の当事者とならないためには、業務手順や業務を行う環境、業務に関係する他者、機器、用具などに潜在するヒューマンエラーや違反の誘発要因（危険）に気づき、これらを回避したり、積極的に改善したりする行動（安全行動）がとれるようにならなければならないからである。

3. 内容

安全行動の育成には、(1)安全の考え方および安全に対する態度（安全態度）、(2)ヒューマンエラーや違反の発生に関わる人間の仕組みに関する知識、(3)このような発生者側の仕組みに基づいた業務手順、機器や用具、業務環境、人間関係上のヒューマンエラーや違反の誘発要因に関する知識、(4)危険に気づくスキル、(5)危険を避けるスキルの育成、習得が含まれる（図1）。

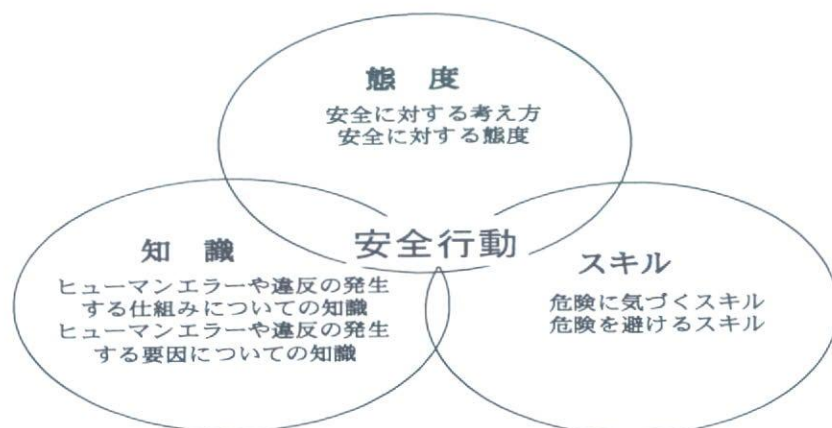


図1 安全行動に必要な態度、知識、スキルの関係

(1)安全の考え方および安全に対する態度

看護等の業務における安全を維持するためには、看護師等が積極的に安全を維持しようとする態度を常に持ち続ける必要がある。安全の維持に、このような安全態度が不可欠である理由は2つある。ひとつは、事故防止のスキルや知識を持っていても、看護師等がそれを実践しようとしなければ安全な状態は維持されないことである。もうひとつは、どのような優れた機器や事故防止対策が導入されても、看護等の業務から完全に危険がなくなり看護師等が安全に関して意識を向けなくてもよくなるようなことがあり得ないことである。

前者の知識やスキルの実践のために安全態度の確立が重要であることは、安全に関する作業者の訓練手法として航空業界で開発された CRM 訓練においても強調されている。CRM 訓練は、①自覚、②訓練・フィードバック、③継続強化の3つの段階からなり、このうち最初の自覚段階が、安全態度の確立段階に相当する。この段階では、CRM 課題の定義や目的を共有し、作業者の安全に対する自覚が促される。このような段階が最初に置かれることにより、訓練の信頼性と受講者の態度変容が促進されると考えられている¹⁾。

一方、危険がなくなる背景には、危険が小さくなったという認識によって生まれる危険行動の増加(リスク補償、リスクホメオスタシス²⁾)、事故防止対策をすることが効率的な業務の妨げになるような関係(危険と効率のトレードオフ)、ある危険を小さくすることが別の危険を大きくするような関係(リスク・トレードオフ)などがある^{3), 4)}。このような背景を知ることにより、看護等の業務において安全を維持するために、自らが積極的に、かつ継続的に安全に取り組む必要があることを認識する必要がある。

(2)ヒューマンエラーや違反の発生の仕組みに関する知識

「誤りは人の常(To err is human)」と言われるように、条件が揃えば誰にでもヒューマンエラーや違反を起こす可能性がある。しかし、ヒューマンエラーや違反が発生する仕組みを知ることにより、注意すべき点が分かれば自分の行動を安全側に制御することがある程度可能になる⁵⁾。

このためには、まず、ヒューマンエラーや違反を発生させる側の立場として、ヒューマンエラーや違反を発生させる人間の認知的な仕組みを知ることが基本となる。このうち、ヒューマンエラー発生については、注意の逸れやぼんやり、タイムプレッシャーなどの注意要因と習慣的なパターンや直前に行ったパターンの割り込みなどの記憶要因の認知心理学的な仕組みの理解が重要である^{6), 7)}。また違反については、低頻度の罰の問題やルールの不効率性、楽観性などの要因の理解が重要である^{8), 9)}。

(3)ヒューマンエラーや違反を誘発する要因に関する知識

ヒューマンエラーや違反の発生に関する基本となる認知的な仕組みを背景にし、看護師等を取り巻く業務手順(Software)や機器・用具(Hardware)、業務環境(Environment)、人間関係(Liveware-Liveware)の関係を理解することにより、業務場面に存在する具体的な危険を知ることができる。このように作業者(Liveware)を中心として作業者を取り巻く要因の関係を捉えようとする考え方は、各要因の頭文字をとって SHEL モデルと呼ばれる¹⁰⁾。

(4)危険に気づくスキル

上述の(2)、(3)は安全行動に必要な知識の習得に関するものであるが、知識を持つこととその知識を利用できることは異なる。したがって、知識の習得に加えて、これらの知識を活用するスキル(危険に気づくスキルと危険を避けるスキル)の習得が必要である。このうち、まず、危険に気づく力を高めるためには、人間の特性や誘発要因に関する知識を積極的に活用し、置かれた

業務場面に顕在、潜在する危険に対する感受性を高めていく必要がある。危険に気づくスキルを身につけるための方法としては、実際の業務中や業務の見学において危険箇所の指摘を受けるなどのOJT(On the Job Training)やシミュレータで危険な場面の体験¹¹⁾、CRM訓練^{11)・12)}、業務場面のビデオや写真、絵などを見ながら危険箇所を探す訓練(危険予知訓練; KYT^{13)・14)}やハザード知覚やリスク知覚訓練¹⁵⁾、事故やヒヤリハットの原因分析や潜在重大事故の分析を通じた危険感受性訓練^{16)~18)}などが提案されている。

(5)危険を避けるスキル

業務場面に顕在、潜在する危険に気づいた後、それらの危険を回避することができるようになることが、安全の最終的な目標である。危険を避けるためのスキルも危険に気づくためのスキルと同様、実際の業務中や業務の見学において危険回避方法の指摘を受けるなどのOJTやシミュレータまたはロールプレイングによる危険回避訓練、業務場面のビデオや写真、絵などを見ながら危険回避方法を検討する方法、具体的な事故やヒヤリハットの防止対策の討議などの訓練方法がある。

4. 手法

安全の教育には、書籍やビデオなどを用いた自習形式のものや一般的な講義形式のものから実際の業務場面で行うOJTまで幅広い手法がある(表1)。安全行動の育成に必要な態度形成、知識獲得、スキル習得に適した教育手法について以下に考察する。

表1 安全の教育手法の内容別評価

形式	例	態度形成	知識習得	スキル習得
自習形式	書籍・ビデオ	△	○	×
講義形式	集団講義	△	○	×
ゼミナール形式	質疑演習・円卓講義	○	○	×
グループワーク形式	KYT・グループ討議	○	△	○
実習形式	OJT・シミュレータ訓練・ CRM訓練・ロールプレイング	○	△	◎

教育手法のうち、自習形式や講義形式ものは、物理的、時間的制約が少なくてすむため簡便である。また、一度に多くの情報を提供できるため、知識の習得には向いている。しかし、一方向的に情報を受け取ることが主であり、受講者にとっては受動的な手法であるため、態度を改めたり、新しく作り出したりするには向かない。新しい態度を形成するためには、受講者も積極的に講義に参加し、講義者と受講者が共に考える経験が必要となる¹⁹⁾。また、この形式では、危険の気づきや回避に関しての具体的な経験を得ることができないため、これらのスキルの習得にも向かない。

一方、実習形式の訓練は、実際の業務場面やそれを模した状況の中で、危険の気づきや回避に関する具体的な経験を得ることができるため、スキルの習得には適している。しかし、業務を介しての訓練には大きな制約が伴うため、簡便に実施することは難しい。同様にシミュレータや類似の場面を用いる場合にも、設備や必要とされるシナリオの準備など、物理的、時間的な制約が

大きい。また、一度に多くの知識を習得させることが難しいこともあり、知識習得の方法としてはあまり適したものとはいえない。

ゼミナール形式は、講義者が中心となって講義を進めるが、受講者も講義の内容について積極的に考え、講義者と受講者また受講者間で意見を交換しながら講義に参加するものである。自習形式や講義形式と比べると、受講者が積極的に講義に関わることができるため、態度形成にも適している。しかし、具体的な危険の気づきや回避経験を得ることができないため、スキルの習得には適していない。

グループワーク形式は、具体的な業務場面の映像や画像を見ながら、潜在する危険について討議したり（KYT）、具体的な事故やヒヤリハット事例の原因や対策について討議したりするものである。積極的に討議に関わることにより態度形成にも適しており、また討議の中で危険の気づき経験を得ることもできるため危険の気づきに関するスキルの習得にも適している。しかし、討議には、ある程度時間を要するため、多くの知識を一度に獲得することは難しく、知識習得には適した方法とはいえない。

このように、それぞれの教育手法は、それぞれに利点と欠点を持つため、目的に応じて使い分ける必要がある。また、それぞれの手法を組み合わせることにより、それぞれの欠点を補うような方法で実施することも必要である。

5. 講義案

安全態度と安全行動を身につける講義は何時間行っても十分とは言えないが、現実には、物理的、社会的制約により無制限に行えるわけではない。したがって、ここでは、教室や会議室を用いて行うものであり、また大学などの講義で一般的な 90 分間で実施する講義案をひとつの例として示す。

教室や会議室を用いた 90 分間の講義では、OJT やシミュレータ訓練等の実習形式のものは不可能である。またグループワークでは、1、2 テーマ程度しか扱えないため、安全に関する一連の知識が習得できない。このため、危険予知訓練とゼミナール形式を組み合わせることにより、安全態度、知識、スキルが短時間でバランスよく習得できるよう工夫した（表 2）。

表 2 危険予知訓練とゼミナール形式を組み合わせた講義案

時間	内 容
20 分	看護業務における危険予知① ・エラー誘発される状況と違反が誘発される状況
50 分	エラー・違反の仕組みと誘発要因（30 分） ・エラーの仕組み（注意と焦り）10 分 ・違反の仕組み（効率と圧力、慣れ）10 分 ・エラーと違反の誘発手順、誘発物、誘発環境、誘発風土 10 分 安全の考え方（20 分）
20 分	看護業務における危険予知② ・講義を踏まえた再考

講義は、危険予知訓練を前後に配置し、その間にヒューマンエラーや違反の発生の仕組みと誘発要因に関する知識教育、および安全の考え方などの安全態度形成をはさむ形とした。これにより、知識や態度教育の前後の危険予知の変化を受講者が認識できるため、習得した知識や安全態度の重要性を認識させる効果が期待できる。

(1) 看護業務における危険予知①

前半の危険予知訓練は、ヒューマンエラーが発生しやすい場面と違反が発生しやすい場面の2つについて検討できることが望ましい。用いる場面や想定されるヒューマンエラーや違反については、ヒヤリハット事例の文献¹⁴⁾、²⁰⁾⁻²⁵⁾やデータベース²⁶⁾などを参考に準備する。

具体的には、以下の手順で実施する。

- ①映像や画像を呈示し、2、3分、気づいた危険（どのようなことが生じ、それがどのような事故につながるか）をあらかじめ配布した用紙に記述させる。
- ②記述した危険箇所について全員に簡単に報告を求める。報告された内容は、すべて板書する（後半の危険予知の結果と比較するため）。
- ③報告された危険と類似の経験について意見を求める。
- ④報告された危険の防止対策について意見を求める。

(2) エラー・違反の仕組みと誘発要因および安全の考え方

まずヒューマンエラー発生の仕組みについては、通常は問題なくできる作業であっても焦りや注意のそれが加わると失念やし間違い、見間違い、聞き間違いなどのエラーが誰にでも発生することを認識させる必要がある。また違反発生の仕組みであれば、作業効率や職場の圧力や慣れなどの条件に置かれると真面目な人であっても小さな違反を冒したり、見逃したりしてしまうことを認識させる必要がある。いずれの場合でも簡便な実験などにより実際に体験させながら学ばせることが望ましい。

誘発要因に関しては、現在の看護等の業務場面には、手順や環境の不効率さや機器の使いにくさ、効率を求める職場風土、医師との関係などの問題が散逸している状況を知らせる必要がある。その上で、ヒューマンエラーや違反を起こしにくい看護師等がどう対処しているかを、事例を挙げて教授する。

講義時間が限られているため、すべての問題を教授するのではなく、いくつかの問題に焦点を絞って講義し、できるだけ受講者に各自の経験や考えについて発言を促すことにより、自分の問題として捉えられるよう工夫する。扱いきれないテーマに関しては、参考資料を紹介し、継続的な勉強の必要性を促す。講義準備のための資料としては、ヒューマンエラーや違反に関する心理学的な側面については一般向けの書籍⁶⁾、⁷⁾、⁹⁾、²⁷⁾⁻²⁹⁾や医療、看護を対象とした書籍³⁰⁾、³¹⁾などを参考にする。

安全の考え方および安全の態度については、危険がなくなならない背景（危険が小さくなったという認識によって生まれる危険行動²⁾、危険と効率のバランス、ある危険を小さくすることが別の危険を大きくするような関係など³⁾、⁴⁾）について、前半の危険予知訓練で取り上げたヒューマンエラーや違反の防止対策を例に検討させる。

事前に用紙を配布し、講義中の発問に対する回答や考えたことなどを発言の有無にかかわらず記述させるようにする。これは、講義時間は限られているため、すべての問題について全員に意見を求められないこともあるからである。用紙は、講義の終わりに回収し、講師がざっと目を通

した後に、簡単にコメントするようにする。このような方法により、発言の機会の有無にかかわらず、受講者全員に能動的に講義に参加する意識を持たせる。

(3) 看護業務における危険予知①

後半の危険予知訓練は、前半で用いた場面と同じものを用い、新たに気づいた危険について、前半との違いや知識や態度研修で学んだこととの関係について議論させる。

具体的には、以下の手順で実施する。

- ①前半で用いたのと同じ映像や画像を呈示し、2、3分、新たに気づいた危険（どのようなことが生じ、それがどのような事故につながるか）をあらかじめ配布した用紙に記述させる。
- ②記述した危険箇所について全員に簡単に報告を求める。報告された内容は、すべて板書する（既に板書してある前半の危険予知の結果と比較するような形で示す）。
- ③報告された内容について、前半との違いや知識や態度研修で学んだこととの関係について議論する。

危険の気づきは、知識や経験により異なる^{15), 32)}。講義者は、報告された危険の重大事故との関連性、発生可能性、場面の中に目に見えて存在するものか否か（潜在性・顕在性）、対策の難しさなどについて議論を促し、安全意識の醸成に努める。

90分間の講義では、非常に限られた領域の知識、態度、スキル習得しか望めない。講義者は、本講義で学んだことがヒューマンエラーや違反に関する一部の事柄であることを強調し、参考文献等により今後も安全について各自が継続して学んでいく必要があることを強調して講義を締めくくる。また、最後に、講義に参加した感想や各自の今後の取り組みについて、アンケート等を実施することにより、受講者の安全に対する自覚を促すことができる。

参考文献

- 1) International Civil Aviation Organization 1989 Cockpit resource management (CRM) training. Human Factor Digest No. 2, Flight crew training: Cockpit resource management (CRM) and line-oriented flight training (LOFT), ICAO circular, CIRCULAR 217-AN/132, Pp. 4-19.
- 2) Wild, G. J. S. 2001 Target risk 2: A new psychology of safety and health. PDE Publications. (芳賀繁訳 2007 交通事故はなぜなくなるのか：リスク行動の心理学. 新曜社)
- 3) Ross, J. F. 1999 The polar bear strategy. Perseus Books Publishing. (佐光紀子訳 2001 リスクセンス. 集英社新書)
- 4) 重森雅嘉 2007 第1部概説. 三浦利章・原田悦子(編), 事故と安全の心理学ーリスクとヒューマンエラーー. 東京大学出版会, Pp. 2-7.
- 5) 重森雅嘉 2007 事故防止に関わる行為の意識的な制御と監視の研究動向. 鉄道総研報告, 21, 47-52.
- 6) 重森雅嘉 2003 認知. 塚本伸一・塚本尚子(編), 心理学: 基礎理論と看護事例で学ぶ心の科学, ヌーヴェルヒロカワ, Pp. 13-26.

- 7) 重森雅嘉 2006 ヒューマンエラーの起こしやすさを測る：ヒューマンエラーの認知心理学。太田信夫（編），記憶の心理学と現代社会，有斐閣，Pp.71-80.
- 8) Reason, J. 1997 Managing the risk of organizational accidents. Ashgate Publishing Limited. （塩見弘（監訳），組織事故：起こるべくして起こる事故からの脱出，日科技連出版社）.
- 9) 芳賀繁 2000 失敗のメカニズムー忘れ物から巨事故まで. 日本出版サービス.
- 10) Hawkins, F. H. 1987 Human factors in flight. Gower Technical Press. （黒田勲（監修），ヒューマン・ファクターー航空の分野を中心としてー，成山堂書店）.
- 11) 中村隆宏 2005 安全教育における擬似的な危険体験の効果と課題. 独立行政法人産業安全研究所特別研究報告，NIIS-SRR-No. 32，41-49.
- 12) 重森雅嘉 2006 医療に活かす CRM コミュニケーション訓練. 看護展望，31，94-99.
- 13) 田辺肇 1992 テキスト危険予知訓練. 中央労働災害防止協会.
- 14) 東京医科大学病院看護部安全対策委員会 2003 こうすればできる安全な看護. デジットブレン.
- 15) 蓮花一己 2000 ハザード知覚とリスク知覚. 高木修（監修）・蓮花一己（編集），交通行動の社会心理学，北大路書房，Pp.36-48.
- 16) 重森雅嘉 2002 医療事故防止にクリティカルシンキングをどう用いるか. 看護教育，43，933-938. （『看護教育』編集室（編），別冊『看護教育』「安全管理」の授業：看護事故防止を中心に. 医学書院，Pp.60-67）.
- 17) 重森雅嘉 2007 小集団による事故分析討議手法の提案. 日本人間工学会第 48 回大会講演集，66-67.
- 18) 重森雅嘉 2007 安全意識向上を目的とした事故のグループ討議手法. RRR，64-9，22-25.
- 19) 吉川肇子 2000 リスクとつきあうー危険な時代のコミュニケーション. 有斐閣.
- 20) 嶋森好子（編） 2004 別冊エキスパートナース MOOK 医療エラー「こうして防ぐ」ガイド：起こりやすいエラー事例と防止策. 照林社.
- 21) 嶋森好子（編） 2007 医療安全対策ガイドラインーヒヤリ・ハットや事故事例の分析によるー. じほう.
- 22) 川村治子 2000 書きたくなるヒヤリ・ハット報告：体験から学ぶ看護事故防止のツボ. 医学書院.
- 23) 川村治子 2003 ヒヤリ・ハット 11,000 事例によるエラーマップ完全本. 医学書院.
- 24) 川村治子（編） 2007 JJN ブックス注射・点滴エラー防止：「知らなかった」ではすまない！ 事故防止の必須ポイント. 医学書院.
- 25) 小堺堅吾・鎮守條子（監） 1997 ナース専科 BOOKS 看護事故ケースブック. 文化放送ブレン.
- 26) 財団法人日本医療機能評価機構 ヒヤリ・ハット事例情報データベース.
<http://www2.hiyari-hatto.jp/hiyarihatto/index.jsp>
- 27) 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.
- 28) 芳賀繁 2004 日経ビジネス文庫 失敗の心理学：ミスをしない人間はいない. 日本経済新聞社.
- 29) 海保博之 1999 人はなぜ誤るのか. 福村出版.

- 30) 芳賀繁 2003 医療事故（看護事故事例）. 塚本伸一・塚本尚子（編），心理学：基礎理論と看護事例で学ぶ心の科学，ヌーヴェルヒロカワ，Pp.187-200.
- 31) 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.
- 32) 重森雅嘉・原田悦子 2004 経験が教える危険：リスク認知における職業経験・スポーツ経験の効果. 看護研究, 37, 69-75.

Ⅱ－6 集合研修Ⅳ チーム医療とコミュニケーション

山内 桂子

1. 目的

多職種が協働して医療を提供するにあたっての看護職者の役割を理解し、適切に情報伝達を行う方法を学ぶ。

2. 方法

パワーポイントで資料を提示しながら、講義形式で行う(参考の「講義資料案」スライドを別添)。

ただし、一方的に知識を提供する講義とならないよう、適宜、受講者に発問をし、受講者自身のコミュニケーションのあり方や、受講者が勤務していた医療機関の情報共有の状況について振り返ってもらいつつ進行する。

受講者の状況によっては、講義内容を視覚化したビデオ教材(参考文献参照)を講義の一部に利用することも効果的であると考えられる。

3. 概要

(1) チーム医療実践における情報共有の重要性と看護職者の役割

医療は多様な専門性をもつ多職種の多数の医療従事者の協働によって実施される。安全で質の高い医療を患者に提供するためには、情報の共有が不可欠である。医療従事者間のコミュニケーションエラーに起因して発生した医療事事故事例などを参照ながら情報共有の意味を考えるとともに、チーム医療を行ううえで看護職者が果たす役割を再考する。

(2) 医療におけるコミュニケーションの特徴

医療従事者間のコミュニケーションは時間や空間を隔てた状況で行われることが少なくない。そして、対面でないコミュニケーション、つまり、文書(指示書や診療記録など)や電話やコンピュータを通しての間接的なコミュニケーションが多用されるが、対面でないコミュニケーションでは、非言語コミュニケーションが利用できず情報量が少ないために誤伝達が生じやすくなる。また、例えば薬剤に関する情報伝達などでは、情報の小さな誤りが患者の生命を脅かす大きな危険に直結するにも関わらず、これまでの医療現場では伝達のルールが必ずしも確立していないという問題点もある。他産業、他分野のコミュニケーションも対照して、医療現場のコミュニケーションの特徴とその課題について理解する。

(3) 適切に情報伝達を行うための方法

上述の状況の中で、適切な情報伝達を行うための方法について具体的に検討する。また安全な医療のために、他の医療従事者のエラーを指摘するコミュニケーションの重要性について考える。

そして、経験や専門性が異なる医療従事者間で生じがちなコミュニケーション阻害要因を理解し、それを乗り越えて率直に考えを伝え合うアサーティブなコミュニケーションの考え方と具体的なスキルについて理解する。

4. 考え方および留意点

- ・医療における情報伝達の意義を見直し、現場復帰後に業務上のコミュニケーションについてより意識的になるための「視点」を提供する。
- ・「講義資料案」のスライドに示した事例は一案である。実際の講義に用いる事例は、講義を実施する時期と近い時期に発生した事例や、講師の立場から解説しやすい事例など、受講者が身近に感じられるもの、講師が講義の主旨に合うと考えるものを適宜選択して使用することが望ましい。ただし、本講義では事例をコミュニケーションの視点から考えることとし、事実経過の詳細の検討にならないようにする。
- ・事故防止のためには、本来は、個々のスタッフの意識やスキルの向上だけでなく、コミュニケーションエラーを発生させない「組織的な仕組みづくり」が必要である。しかし、講義時間が限られており、受講者が管理者ではなく一般のスタッフである場合が多いと考えられることから、ここでは、仕組みづくりについてはその視点を簡単に触れることにとどめ、受講者が実践できることに力点を置いて講義内容を構成している。

5. 参考文献

- ・山内桂子・山内隆久：『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、2000。（朝日文庫 2005）
- ・山内桂子他 医療事故を防ぐために～「コミュニケーションエラー」「エラー回復」という概念、日本看護協会機関誌『看護』、Vol.56. No.2, p40-61. 2004.
- ・平木典子 『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 1993
- ・医学ジャーナリスト協会訳、『人は誰でも間違える—より安全な医療システムを目指して』、日本評論社、2000（Institute of Medicine: To Err is Human）
- ・鮎澤純子、山内桂子 医療患者参加の事故防止～どう考えるか、そしてどう取り組むか 日本看護協会機関誌『看護』、Vol.56. No.11～Vol.57. No.4, 2004～5.
- ・【ビデオ教材】ナースのための医療安全管理シリーズ（〔監修〕聖路加看護大学学長 井部 俊子）第2巻「エラーを防ぐコミュニケーション」、インターメディカ、（約20分）

チーム医療とコミュニケーション

講義資料案

1

コミュニケーションの目的

・コミュニケーションには

情報の共有 情緒の共有

の二つの目的がある。

・チームで仕事をするためには、メンバーによる情報・情緒の両方の共有が必要だが、ここでは、安全で質の高い医療のために特に、「情報共有」に焦点をあててコミュニケーションを考えてみよう。

2

コミュニケーションの種類

言語 コミュニケーション

ex. 文字、音声

準言語

ex. 声の速度・抑揚、間合い

非言語 コミュニケーション

ex. 身振り、姿勢、表情、服装、視線、相手との距離

3

チーム医療において なぜ情報共有が必要か

- ・ 医療は多様な専門性をもつ多職種の多数の医療従事者の協働によって実施される。
- ・ 適切な医療を患者に提供するためには、判断の前提となる「適切な情報」が不可欠である。
- ・ 情報が適切に共有されないとどのようなことが起こるのだろうか？

4

考えてみよう!

- 医療現場で、情報共有がむずかしいと感じるのはどういふ場合だろうか?
- 他のスタッフと情報を共有できていなかったために、適切な医療・看護が提供できなかった経験はないだろうか?
- 医療現場の記録は、チームの情報伝達の手段であると意識して書かれているだろうか?

5

医療安全におけるコミュニケーションの役割

- ◆ 必要な情報が伝達されていないと…
☆ 患者にアレルギーがあるという情報が病院内の他科に伝達されずに、禁忌の薬を注射してショックを起こした
- ◆ 情報が誤って伝わると/……
☆ 夜間に看護師が電話で自宅の医師から指示を受け、「半筒(ハントウ)の指示を「3筒(サントウ)」と聞き、復唱したが双方に間違いに気づかず、薬剤が過剰投与された。

6

離陸許可なく滑走



- 2008.2.17 新千歳空港で、JAL502便が管制官の離陸許可を受けずに滑走したトラブルが発生。
- 管制官は「すみやかな離陸を予期せよ。前に着陸機あり」と英語で指示したが、操縦士は離陸許可と勘違いしたという。
- 管制官が通常では使わないタイミングで「テークオフ(離陸)」という言葉を使用したため、操縦士が離陸許可と勘違いした疑いもある。
〔使用する語についてルールが不明確〕
- 機長は管制官の指示を復唱していなかった。
〔復唱のルールが守られていない〕

(報道より)
7

医療現場のコミュニケーションの特徴

- 時間や空間を隔てた状況で行われる
 - 交替勤務 (夜勤⇔日勤)
 - 勤務場所が離れている
(病棟⇔薬局、⇔検査室、⇔外来)
- 対面でないコミュニケーションを多用
文書(指示書や診療記録)、電話、コンピュータ
- 対面でないコミュニケーションでは、非言語コミュニケーションが利用できず情報量が少ない

8

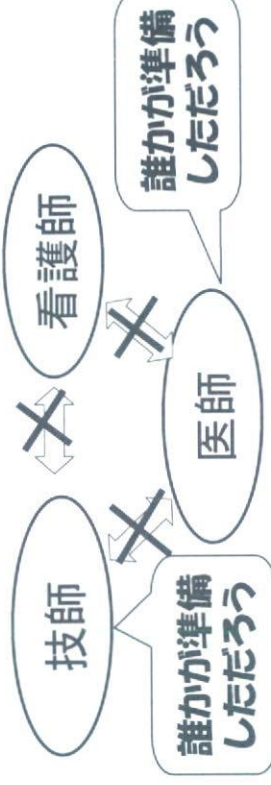
CT検査で空気注入 (2003年4月)

- 患者は七十代の女性。CT検査のため放射線技師や担当の研修医が同席し、造影剤を自動注入器でひじ部分から80CC注入したが、画像に写らず脳に細かい気泡を確認。女性は患者が一時重体になった。
- 造影剤の自動注入器の容器を交換し忘れ、前の患者に使用された空容器の空気が注入された可能性が高い。
- 容器交換は原則として技師の担当だが、忙しいときは医師や看護師が代行することもあり、手順があいまいだった。

(報道より)

9

「コミュニケーション」の視点から考えると・・・



※誰が何をやる、というルールが不明確であった。

※複数のスタッフの間で「責任の分散」が起こり、それを補うコミュニケーションが行われなかった

10

放射線検査中の転落

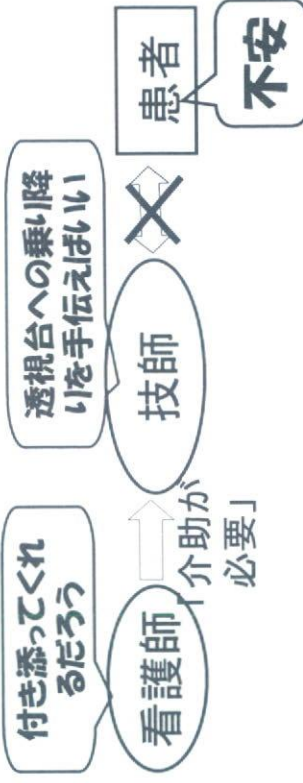
2000年7月

- 男性患者(80)は網膜剥離で入院。車椅子で移動。
- 泌尿器科の検査を受けるため、看護師は患者を透視台に乗せ放射線技師に「介助が必要」と引継いだ。
- 技師は透視室に患者を残し、別室でモニターを見ながら透視台を操作したところ、前のめりに転落。
- 間もなく容態が悪化し脳外科手術をしたが、脳挫傷などで死亡した。

(報道より)

11

「コミュニケーション」の視点から考えると・・・



情報の理解が不十分なままに仕事を引きついだ。また、患者とのコミュニケーションが行われなかった。

12

安全な医療・看護を提供する上での コミュニケーションの役割

A 正しく情報を伝える

B エラーを回復する

13

口頭指示

医師「ドルミカム10ccにして持ってきて」(口頭指示)
(1アンプルを生食8mlに溶解して投与のつもり)

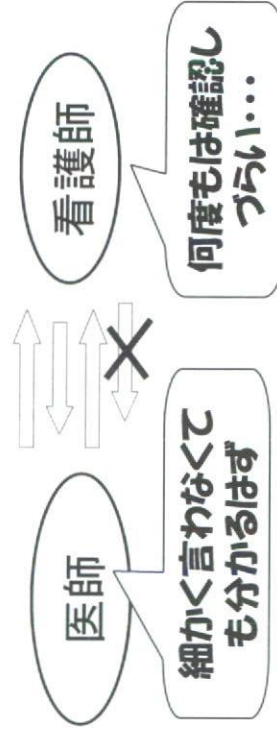
看護師「ドルミカム10ccですか？」
(えっ！10cc?....)

医師「ドルミカム10ccにして」
看護師「わかりました・・・」

5アンプル(10ml)を注射器によって医師に渡す・・・
(厚生労働省 重要事例情報の分析について H14. 11月～H15. 2月 より)

14

「コミュニケーション」の視点から考えると・・・



※口頭指示のルールが確立していなかった(守られていなかった)。

※確認のコミュニケーションが不十分で、エラーが訂正されなかった

15

A 正しく情報を伝える

原則:人と人との伝達では誤伝達が生じやすいことを前提に、組織全体で伝達のルールを作り、厳密に守る

- ・処方箋の書き方など、伝達のルールを確立する
- ・誤伝達されやすいモノ(名称)を整理する
- ・適切な伝達方法を選ぶ
- ・安易に情報の仲介をしない

例)口頭指示はやむを得ない場合のみ。

行うときは病院で決めたルールどおりに(メモ、復唱など)

16