

医療事故防止のための 研修プログラムの効果測定

森 永 今日子¹⁾
山 内 桂 子²⁾
三 沢 良³⁾
藤 村 まこと⁴⁾
松 尾 太加志⁵⁾

〈要旨〉

医療事故防止のために「事故を捉える視点を変える」、「情報の共有について理解する」、「エラーの指摘への抵抗感を減少させる」ことを目的とした研修プログラムを、複数の病院を対象に実施し、看護師を対象とした質問紙を用いてその効果測定を行った。その結果、プログラムにより、事故を捉える視点が「個人の視点」から「組織の視点」へと変化し、情報共有への意識が向上したことが明らかにされた。一方、エラーの指摘に関して

本研究は、平成13-14年度厚生科学研究費補助金（医療技術評価総合研究事業）「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」（代表研究者：松尾太加志）の助成を受けた。

1) 医療安全の心理学研究会

2) 東京海上日動メディカルサービス株式会社メディカルリスクマネジメント室

3) 九州大学大学院人間環境学府

4) 九州大学大学院経済学研究院

5) 北九州市立大学文学部

は、指摘への抵抗感が上昇した。このことから、研修プログラムが、指摘の困難さ、すなわちコミュニケーションにおける問題をモニタリングする機会となったことが示唆された。これは、指摘のスキルの獲得の前段階にあると考えられ、指摘スキルの獲得に至るためには、さらなるプログラムの反復やロールプレイ実施の前に質問紙による振り返りを行うことなどが必要であると考えられる。

1 問題

本研究の目的は、山内・森永・松尾（2003）で開発された、心理学的視点による医療事故防止研修プログラムの効果測定を行うことである。

研修プログラムの開発にあたっては、内容の妥当性や課題を吟味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おらず、研修の実施は研修担当者の知識や経験に頼らざるを得ないのが現状である。

一般的には、研修によって事故防止の効果があつたかどうかは、事故の発生件数や発生率を指標とすることが妥当であると考えられる。そのため、交通産業や製造業などでは、安全性の指標として事故や労働災害の発生件数（率）が用いられる。しかし、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ため、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ず、客観的な安全性の指標としては不適切である。また、研修を受けて事故や危険への意識が高まり、エラーや事故の発見・報告件数が増える可能性もある。さらに、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、あるスタッフや部署で顕在化した事故は、そのスタッフ自身や部署により生成された危険

医療事故防止のための研修プログラムの効果測定

Table 1 研修プログラム（山内・森永・松尾、2003）

| 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 捉え方 | 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」 |
| 病棟研修 (アサーション) | 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」 |

のみではなく、他のスタッフや部署に潜在的に存在する危険の影響を受け
る（山内・山内、2000）。よって、特定のスタッフや部署における事故件
数は、必ずしもそのスタッフや部署の安全性を示すものではない。

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妥当ではない。そこで
本研究では、研修参加者に対して質問紙調査を実施し、得られた回答を効
果測定の指標とすることとした。

2 研修の実施

研修は、「事故を捉える視点を変える」、「情報の共有について理解する」、
「エラーの指摘への抵抗感を減少させる」の3つを目的としたもので、プ
ログラムの内容は、Table 1 に示すとおりであり、全体研修と病棟研修の
2つをセットとしたものである。全体研修は、病院の全スタッフを対象と
し、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ことを

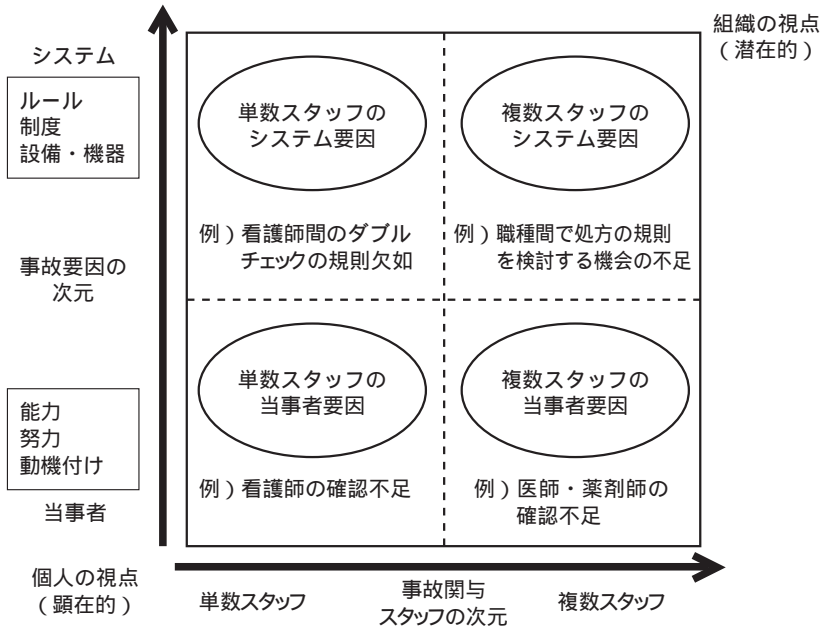


Figure 1 事故を捉える視点モデル

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

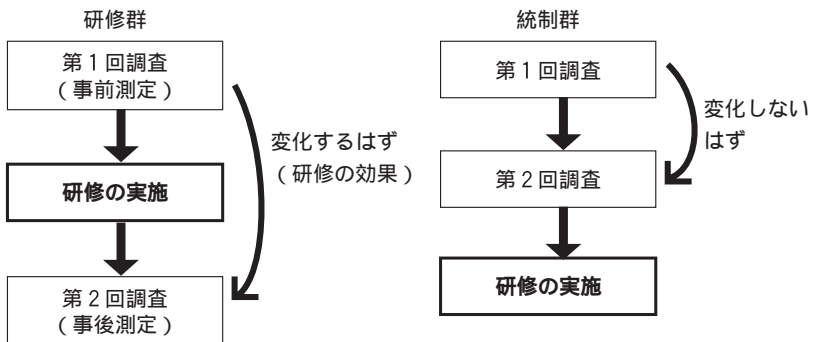


Figure 2 効果測定調査のデザイン

ねらいとする。本研究では、医療事故を捉える視点を、事故要因の次元と事故関与とスタッフの次元の2軸で整理し、発生した事故を複数スタッフのシステム要因で捉えることを、「組織の視点」とする（Figure 1）。病棟研修では、エラーの指摘への抵抗感を減少させることをねらいとする。

3 効果測定の方法

研修実施の前後に2回の質問紙調査を行う研修群と、研修実施以前に2回の質問紙調査を実施する統制群を設け、2回の調査の変化を群間で比較することによって、研修の効果を測定した（Figure 2）。2回の調査では、ニックネームを用いて、調査対象者の特定を行った。研修の効果があれば、統制群では測定される指標が2回の調査を通じて変化しないのに対し、研修群でのみ変化がみられることが予測される。

調査対象者

研修を実施した5病院（A病院、B病院、C病院、D病院、E病院）で、全体研修は病院の全スタッフを対象に実施し、病棟研修は各病院につき1～2病棟（A病棟、B病棟、C-1病棟、C-2病棟、D病棟、E病棟）の看護師を対象に実施した。この病棟研修に参加した看護師（総計103名）を、研修群として効果測定の質問紙調査の対象とした。統制群として、1病院の看護師（総計165名）を対象に質問紙調査を実施した。

なお本研究の分析に用いた研修群は、各病院で実施した研修に参加し、かつ第1回調査と第2回調査の双方に回答をした102名（99.0%）である（第1回調査、第2回調査の有効回答数と同数）。統制群については、全12病棟のうち4つの病棟に関して、他の病棟と業務の性質が大きく異なっていたため分析から除外した。8病棟のスタッフ総数は165名であり、このうちの最終的な分析対象は、第1回調査と第2回調査の双方に回答した146名（88.5%）である。

Table 2 測定項目の内容と予測される変化

| 測定項目 | 予測される変化 |
|-----------|---|
| 事故を捉える視点 | 「個人の失敗」を重視して捉える者が減少し、「組織の問題」を重視して捉える者が増加する。 |
| 情報の共有への理解 | 適切なコミュニケーションのための情報共有に関して「阻害要因への厳格さ」、「システムの必要性認知」が高まる。 |
| エラー指摘の抵抗感 | 他スタッフのエラーを検出した場合に、本人に指摘する「エラー指摘への抵抗感」が低下する。 |

測定項目

「事故を捉える視点」、「情報の共有への理解」、「エラー指摘への抵抗感」の変化を測定する質問紙を作成した（資料）。測定項目の内容と予測される変化はTable 2 に示すとおりである。

4 結果・考察

「事故を捉える視点」、「情報の共有への理解」、「エラー指摘への抵抗感」の3つの質問紙によって得られた回答結果を分析した。それぞれの質問紙における回答の分析結果と考察を以下に述べる。

4.1 「事故を捉える視点」に及ぼす研修効果の分析

研修の実施による「事故の原因として重要視される要因」の変化を検討するために、事故の原因として捉え得る12項目について、それぞれを事故の原因として重要視すると選択した者を数えた。そして、研修群および統制群の第1回調査と第2回調査での各項目を重要視する者の数をTable 3 に示した。

研修群の項目の重要視（選択 vs. 非選択）×時系列（第1回調査 vs. 第2回調査）のクロス表を作成し、1セルの人数が5名以上のものについ

医療事故防止のための研修プログラムの効果測定

Table 3 研修群および統制群の第1回調査と第2回調査において各項目を重要視する者の数

| 事故の原因として捉え得る要因 | 研修群 <i>n</i> =92 | | 統制群 <i>n</i> =131 | |
|----------------------|------------------|-----------|-------------------|-----------|
| | 第1回調査 | 第2回調査 | 第1回調査 | 第2回調査 |
| 単数スタッフの当事者要因 | | | | |
| 看護師の医師への確認の不足 | 90(97.8) | 80(93.5)▼ | 127(96.9) | 123(93.9) |
| 看護師の患者への説明の不足 | 14(15.2) | 18(19.6) | 27(20.6) | 29(22.1) |
| 看護師の薬剤についての自己学習の不足 | 40(43.5) | 37(40.2) | 37(28.2) | 31(23.7) |
| 複数スタッフの当事者要因 | | | | |
| 医師の処方箋を書くときの注意不足 | 80(87.0) | 80(87.0) | 119(90.8) | 121(92.4) |
| 薬剤師の医師への確認の不足 | 89(96.7) | 83(90.2)▼ | 124(94.7) | 127(96.9) |
| 薬剤師の情報収集の不足 | 21(22.8) | 17(18.5) | 24(18.3) | 33(24.4) |
| 単数スタッフのシステム要因 | | | | |
| 与薬時の患者への説明に関する規則の欠如 | 5(5.4) | 8(8.7) | 13(9.2) | 15(11.5) |
| 看護師への薬剤に関する教育・研修の不足 | 13(13.0) | 9(9.8) | 8(6.1) | 10(7.6) |
| 看護師間でのダブルチェックの規則の欠如 | 20(28.3) | 21(22.8) | 19(14.5) | 23(17.6) |
| 複数スタッフのシステム要因 | | | | |
| 処方箋の書き方の規則が間違いやすく不適切 | 23(23.9) | 25(27.2) | 49(37.4) | 48(36.6) |
| 職種間の意思確認を行う仕組みの整備の不足 | 45(48.9) | 51(55.4) | 67(51.1) | 60(45.8) |
| 職種間で処方規則を検討する機会の不足 | 16(17.4) | 25(27.2)△ | 43(32.1) | 36(27.5) |

注：()内の数値は研修群および統制群の人数に対する選択者数の割合(%)を示す。

▼は有意な人数の減少がみられたこと、△は有意な人数の増加がみられたことを示す。

では χ^2 検定(片側検定), 1セルの人数が5名未満のものについては直接確率計算(片側検定)を実施した。その結果,「薬剤師の医師への確認の不足」と「看護師の医師への確認の不足」,「職種間で処方規則を検討

する機会の不足」について、人数の差に有意な傾向があった（薬剤師の医師への確認の不足； $p=.066$ ，看護師の医師への確認の不足； $p=.055$ ，職種間で処方の規則を検討する機会の不足； $p=.078$ ）。つまり研修群では、第1回調査から第2回調査にかけて「薬剤師の医師への確認の不足」と「看護師の医師への確認の不足」を重要視する者が減少し、「職種間で処方の規則を検討する機会の不足」を重要視する者が増加したといえる。また、統制群においても、同様の検定を実施したところ、人数の差は有意ではなかった。

「薬剤師の医師への確認の不足」は、質問紙で想定させた場面においては、事故を捉える視点モデル（Figure 1）の「複数スタッフの当事者要因」に該当する項目である。また「看護師の医師への確認の不足」は、「単数スタッフの当事者要因」に該当する項目である。そして「職種間で処方の機会を検討する機会の不足」は、「複数スタッフのシステム要因」に該当する項目である。このことから研修の実施により、「複数スタッフの当事者要因」、「単数スタッフの当事者要因」を重要視する者が減少し、「複数スタッフのシステム要因」を重要視する者が増加したといえる。つまり、医療事故防止研修は、事故を捉える視点を、個人的な視点から組織的な視点へと変化させる効果があることが示された。

4.2 「情報の共有への理解」に及ぼす研修効果の分析

研修群全体と統制群における第1回調査から第2回調査への変化を比較するために、研修有無（被験者間要因；研修群 vs. 統制群）×時系列（被験者内要因；第1回調査 vs. 第2回調査）の2要因分散分析を行った。しかし、予測どおりの変化は確認されなかった（Table 4，Table 5）。そこで、研修群の回答を病院別に分類して分析した（Table 6）。その結果、病院ごとに第1回調査時の情報共有への意識の程度は異なり、得点の変化

医療事故防止のための研修プログラムの効果測定

Table 4 研修群と統制群における情報共有を阻害する行動への意識得点の平均値

| 項目 | 研修群 <i>n</i> =102 | 統制群 <i>n</i> =146 | $F_{(1,246)}$ | | |
|----------|----------------------|----------------------|-------------------|---------|------------|
| | | | 研修 | 時系列 | 研修× 時系列 |
| 読みにくい字 | | | | 23.48** | |
| 第1回調査 | 4.18(1.26) | 3.97(1.18) | | | |
| 第2回調査 | 4.51(1.39) | 4.34(1.21) | | | |
| きつい口調 | | | | 5.18* | |
| 第1回調査 | 4.39(1.23) | 4.42(1.27) | | | |
| 第2回調査 | 4.58(1.30) | 4.58(1.18) | | | |
| 申し送り後の記録 | | | 4.74* | 10.90** | |
| 第1回調査 | 2.99(1.03) | 2.82(1.11) | | | |
| 第2回調査 | 3.32(1.25) | 2.99(1.05) | | | |
| 了承なしの代理 | | | 2.81 [†] | | 10.19** |
| 第1回調査 | 4.48(1.43) | 4.47(1.60) | | | |
| 第2回調査 | 4.32(1.42) | 4.90(1.55) | | | |
| 情報確認・記録 | | | | | |
| 第1回調査 | 4.99(1.38) | 5.04(1.54) | | | |
| 第2回調査 | 4.77(1.37) | 4.96(1.49) | | | |

注：得点は高いほど「許してはいけない」という意識が高いことを示す。()内の数値は標準偏差。
 研修は研修有無の主効果を示す。
 F 値は有意差があったもののみを記した。[†] $p < .10$, * $p < .05$, ** $p < .01$

の様相にも差が認められた。例えば、「情報共有のための電子カルテの必要性」については、5病院中A病院のみで必要性の認知が向上した。この病院は、研修群の中で唯一、薬剤オーダーリング・システムをすでに導入し、第1回調査でも、「情報共有のためのオーダーリング・システムの必要性」が高く認知されていた。つまり、この病院ではスタッフがすでにITの有

Table 5 研修群と統制群における情報共有のためのシステムの必要性の認知得点の平均値

| 項目 | 研修群 <i>n</i> =102 | 統制群 <i>n</i> =146 | $F_{(1,246)}$ | | |
|------------|----------------------|----------------------|-------------------|--------|-------------------|
| | | | 研修 | 時系列 | 研修× 時系列 |
| オーガニグ・システム | | | 3.77 [†] | | |
| 第1回調査 | 5.25(1.19) | 4.91(1.29) | | | |
| 第2回調査 | 5.14(1.40) | 4.89(1.42) | | | |
| 電子カルテ | | | | | |
| 第1回調査 | 4.73(0.96) | 4.64(1.18) | | | |
| 第2回調査 | 4.79(1.02) | 4.58(1.33) | | | |
| カンファレンス | | | 13.37** | | |
| 第1回調査 | 5.38(1.03) | 5.80(1.01) | | | |
| 第2回調査 | 5.32(1.38) | 5.76(1.11) | | | |
| 病棟回診 | | | 32.49** | 7.28** | 3.65 [†] |
| 第1回調査 | 4.81(1.09) | 5.71(1.17) | | | |
| 第2回調査 | 5.15(1.43) | 5.76(1.22) | | | |

注：得点は高いほど必要性を高く評価していることを示す。()内の数値は標準偏差。

研修は研修有無の主効果を示す。

*F*値は有意差があったもののみを記した。[†] $p < .10$, ** $p < .011$

効性を認識しているという準備体制が整っていたために、他病院ではみられなかった電子カルテシステムの必要性の認知の向上が表われたと考えられる。その他にも、各病院の特徴や状態（システム、他職種との連携体制などを含む）の相違によると解釈される意識の変化の差が認められた。このことは、研修実施前に対象病院の特性について把握する必要のあることを示唆している。事前にこのようなスクリーニングを行うことで、その病棟に適した研修プログラムと効果測定調査を実施することができるであろう。

Table 6 研修群の各病院における情報共有を阻害する行動への意識、情報共有のためのシステムの必要性の認知の時系列変化

| 項目 | A n =25 | B n =25 | C n =16 | D n =15 | E n =21 |
|---------------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| 情報共有を阻害する行動への意識 | | | | | |
| 読みにくい字 | — | — | — | — | △ |
| きつい口調 | △ | — | — | — | — |
| 申し送り後の記録 | — | △ | — | — | △ |
| 了承なしの代理 | — | — | — | — | — |
| 情報確認・記録 | — | ▼ | — | — | — |
| 情報共有のためのシステムの必要性の認知 | | | | | |
| オーダリング・システム | — | — | — | — | — |
| 電子カルテ | △ | — | — | — | — |
| カンファレンス | — | — | — | ▼ | — |
| 病棟回診 | △ | — | — | — | △ |

注：▼は有意な得点の低下がみられたこと，△は有意な得点の上昇がみられたことを示す。

4.3 エラー指摘の抵抗感に関する研修効果の分析

研修群全体と統制群における第1回調査から第2回調査への変化を比較するために、研修有無（被験者間要因；研修群 vs. 統制群）×時系列（被験者内要因；第1回調査 vs. 第2回調査）の2要因分散分析を行った。研修の有無に関わらず、第2回調査では、「（地位や経験が）上の看護師」、「仲良くないスタッフ」のエラーを指摘することへの抵抗感が増加するという、予測に反した結果が得られた（Table 7）。そこで、研修群の回答を対象者の所属する病棟別に分類して分析した（Table 8）。その結果、病棟ごとに第1回調査時の指摘への抵抗感が異なり、得点の変化の様相にも差が認められ、抵抗感の上昇した病棟（A病棟，B病棟，E病棟），低下した病棟（D病棟），変化しなかった病棟（C-1病棟，C-2病棟）があること

Table 7 研修群と統制群におけるエラー指摘への抵抗感の平均値

| 項目 | 研修群 <i>n</i> =102 | 統制群 <i>n</i> =146 | <i>F</i> (1,246) | | |
|-------------|----------------------|----------------------|------------------|---------|------------|
| | | | 研修 | 時系列 | 研修× 時系列 |
| 上の看護師 | | | | 16.48** | |
| 第1回調査 | 1.56(0.75) | 1.56(0.82) | | | |
| 第2回調査 | 1.82(0.85) | 1.73(0.83) | | | |
| 医師 | | | | | |
| 第1回調査 | 2.00(1.07) | 1.82(1.04) | | | |
| 第2回調査 | 2.14(1.06) | 1.90(1.05) | | | |
| 仲良くないスタッフ | | | | 3.32† | |
| 第1回調査 | 1.95(1.01) | 2.04(1.16) | | | |
| 第2回調査 | 2.14(1.07) | 2.11(1.02) | | | |
| 指示変更かもしれない | | | | | |
| 第1回調査 | 2.19(1.00) | 2.24(1.14) | | | |
| 第2回調査 | 2.15(0.88) | 2.31(1.07) | | | |
| 記憶に自信がない | | | | | |
| 第1回調査 | 2.83(1.19) | 2.86(1.30) | | | |
| 第2回調査 | 2.75(1.03) | 2.80(1.21) | | | |
| 嫌な顔をされるかも | | | | | |
| 第1回調査 | 2.71(1.17) | 2.73(1.41) | | | |
| 第2回調査 | 2.75(1.18) | 2.55(1.21) | | | |
| 人間関係が悪化するかも | | | | | |
| 第1回調査 | 2.76(1.17) | 2.73(1.40) | | | |
| 第2回調査 | 2.82(1.20) | 2.57(1.19) | | | |
| 自分も間違える | | | | | |
| 第1回調査 | 2.15(1.03) | 2.08(1.15) | | | |
| 第2回調査 | 2.15(0.94) | 2.15(1.04) | | | |
| うっかりミス | | | | | |
| 第1回調査 | 2.32(0.90) | 2.21(1.15) | | | |
| 第2回調査 | 2.32(0.94) | 2.21(1.05) | | | |
| 患者への影響が小さい | | | | | |
| 第1回調査 | 2.14(0.89) | 2.15(1.12) | | | |
| 第2回調査 | 2.26(0.98) | 2.14(1.02) | | | |

注：得点は高いほど抵抗感を高く認知していることを示す。()内の数値は標準偏差。
研修は研修有無の主効果を示す。

F値は有意差があったもののみを記した。†*p* < .10, ***p* < .01

Table 8 研修群の各病棟におけるエラー指摘への抵抗感の時系列変化

| 項目 | A n =25 | B n =25 | C-1 n =8 | C-2 n =8 | D n =15 | E n =21 |
|-------------|------------|------------|-------------|-------------|------------|------------|
| 上の看護師 | △ | △ | — | — | — | — |
| 医師 | △ | — | — | — | — | — |
| 仲良くないスタッフ | △ | — | — | — | — | △ |
| 指示変更かもしれない | — | — | — | — | ▼ | — |
| 記憶に自信がない | — | — | — | — | — | — |
| 嫌な顔をされるかも | — | — | — | — | — | △ |
| 人間関係が悪化するかも | — | — | — | — | — | — |
| 自分も間違える | — | — | — | — | — | — |
| うっかりミス | — | — | — | — | — | — |
| 患者への影響が小さい | — | — | — | — | — | — |

注：▼は有意な得点の低下がみられたこと，△は有意な得点の上昇がみられたことを示す。

が確認された。

また、抵抗感の平均得点は全体的に低かった。この抵抗感の低さは、指摘の容易さを反映しているだけでなく、自らの指摘への抵抗感や日常業務でのコミュニケーションにおける問題点を意識する“モニター”を十分に行うことができていない状態を表している可能性がある。このような状況において、指摘の抵抗感に関する質問紙に回答することは、業務における自らのコミュニケーションの問題を意識するきっかけになると考えられる。本調査における第2回調査での抵抗感の増加は、対象者が2回の調査を通じて自らのコミュニケーションに対するモニターを行った結果を示すものではないだろうか。

問題解決の過程は、まず、「問題がある」と知覚することから始まり、それがどのような問題であるかということに関する“情報収集”と“目標設定”を行い、解決策の案出、選択を経て、“問題解決行動の実行”に至る（相

川,2000)。つまり,エラーの指摘の困難さを改善するためには,まず,「エラーを指摘できないことがある」,「指摘が困難であると感じることがある」と気づき,どのような場面でエラーの指摘ができないのか,また指摘が困難であると感じているのかについて情報収集するという“モニターの過程”が必要なのである。

アサーション・トレーニングなど,対人的なスキルの獲得・向上を目的とした心理学的トレーニングは,教示やモデルによって示されたスキルを観察・模倣し,適切な反応を繰り返し練習する“リハーサル”を行い,それに対するフィードバックを得るという過程を繰り返すことで,スキルがトレーニング場面以外の日常場面に般化される(相川,2000)。多くのトレーニングでは,この過程の達成のためには複数回のトレーニングが設定される(平木,1993)。しかし,本プログラムでは,通常業務に支障を与えず,病棟の看護師全員に参加してもらうことを重視し,非常に短期間で実施した。モニターの過程に相当するものとしては,病棟研修の講義で,参加者に対して「あなたはどうか?」という問いかけを行い,ロールプレイでは開始時にその題材とするコミュニケーションの困難な場面の想起を求めた。そして,ロールプレイを実施することにより,参加者がモデリング,リハーサル,フィードバックの過程を経て,エラー指摘のスキルが向上すると仮定した。

ところが,ロールプレイの開始時に参加者から積極的に場面の提案が出されることは少なく,ファシリテーターの提案した場面が用いられることが多かった。研修においてロールプレイを繰り返すうちに,参加者から,さまざまな場面が積極的に提案されるようになった。研修終了時には,「自分は言いたいことは言えている方だと思っていたが,意外に言えていないことに気づいた」という感想も出た。これらのことから,質問紙への回答だけでなく,研修への参加も,エラー指摘などの自らのコミュニケーショ

ンの問題をモニターする機会となったということができるとであろう。つまり、質問紙への回答および研修への参加により、日常業務におけるコミュニケーションの問題が知覚され、指摘することへの意識が高まった結果、第2回調査では第1回調査よりも指摘することへの抵抗感が上昇したと考えられる。

5 総合考察

本研究では「事故を捉える視点を変える」、「情報の共有について理解する」、「エラーの指摘への抵抗感を減少させる」の三点を目標とした「チームエラー防止研修」のプログラムと、その効果を測定するための方法を開発し、研修プログラムの効果を検証することであった。そのために、研究協力病院を対象とした研修プログラムの実施と、質問紙による効果測定を行い、測定結果の分析を行った。

その結果、本研修プログラムにより、事故を捉える視点が変化し、情報共有への意識が向上したことが明らかにされた。また、エラーの指摘に関しては、指摘への抵抗感が上昇し、研修が指摘の困難さ、すなわちコミュニケーションにおける問題をモニターする機会となったことが示唆された。これらの分析結果は、概ね予測した研修効果と一致するものであった。しかし一部、予測と一致しない結果も得られた。予測と反する結果の原因として、研修プログラムそのものの問題と、効果測定における方法上の問題の二つが推測される。そこで、以下に、研修と質問紙のそれぞれに関する問題と今後の課題についての考察を行う。

(1) 研修

本研究では、参加者全員に対して同じ内容の研修を実施した。これは、事故防止についてまず集団の全員が共通の「知識」を持ち、「意識」を共

有することが必要であるとの方針に基づくものであった。この点について、研修・調査終了後に実施した病棟管理者を対象とした面接では、「同じ研修を受けたので、研修後は皆がアサーティブという言葉がわかり意識が共有できている」、「スタッフが互いに『アサーティブに言おう』などと言っている」などの発言が得られた。このことから、研修への参加を通して、病棟スタッフ間で「知識」や「意識」の共有ができたことが示唆された。

また、病院や病棟により、研修効果の表れ方に差が認められた。例えば、「電子カルテ」による情報の共有への意識の変化は、現在、コンピュータによる薬剤のオーダーリング・システムを導入している病院と、導入していない病院とで異なっていた。そして、指摘への抵抗感の変化も、病棟によって異なっていた。これらのことから、所属する病院や病棟の状況によって、研修の効果が異なる可能性が示された。どのような対象者に、どのような研修が有効か、今後の検討が必要である。

そして、エラーの指摘への抵抗感に関する研修効果は、「指摘への抵抗感が減少する」という予測に反するものであった。このことから、研修はコミュニケーションの問題をモニターする過程となる効果を持ったが、指摘スキルの獲得に至るには不十分であったといえる。その理由としては、「病棟アサーション研修」が非常に短時間であったことが挙げられる。病棟管理者を対象とした面接においても、「ロールプレイがもう少し長いと良かった。皆が打ち解けてきたところで終わってしまった」という発言が得られた。また、ロールプレイについては、参加者から、「アサーティブに自己表現しにくい場面の例が研修の場ではすぐには思いつかない」という感想が述べられることがあった。これらの問題を改善するためには、研修前のオリエンテーションを丁寧に行うなど、短時間の研修を効果的に実施するための工夫が必要である。

また、「病棟アサーション研修」のロールプレイ終了後に、参加者（看

医療事故防止のための研修プログラムの効果測定

護師)から、「他職種(医師・栄養士・薬剤師)にも参加してもらいたかった」という感想が述べられることがたびたびあった。今回の研修においては、「病棟アサーション研修」の対象を看護師に限定したが、今後は、他職種も含む集団を対象とした研修が必要である。それにより、職種間で「知識」や「意識」に加えてロールプレイの「体験」も共有することができ、スタッフ全員の態度や行動、職員間や部署間の関係やそこで用いられているシステムの改善にさらなる寄与が期待される。

ところで、今回の研修は、研究の一環として行ったため、講義の講師やロールプレイのファシリテーターを本研究の心理学研究者が務めた。しかし、今後多くの病院で実施可能なプログラムにするためには、研修の進行手続きを体系的に整備して、研修をマニュアル化することに加え、講師の養成が必要である。特に少人数で実施される「病棟アサーション研修」におけるファシリテーターの養成は欠かせない。このファシリテーター役として、看護師長など病院の管理者が訓練を受け、その後各病棟で研修を実施するという方法も可能であろう。ただしこの場合、日頃は部下と権威関係にある上司が研修でファシリテーターを務めることについて、適切といえるかどうかという疑問が残る。どのような人物がファシリテーターを務めるのが適切かという点についても、今後検討する必要がある。

(2) 効果測定

本研究では看護師による自記入式質問紙を開発し、これを研修の効果の測定に用いた。質問紙の開発にあたっては、看護師の意識の幅広い側面における変化を捉え、研修の効果として測定できるよう工夫を行った。一方、多忙な看護師の業務に支障を与えることのないよう、できる限り回答の負荷を少なくする配慮を行った。

質問紙の回答状況や回収状況から、本研究で用いた質問紙は医療現場の

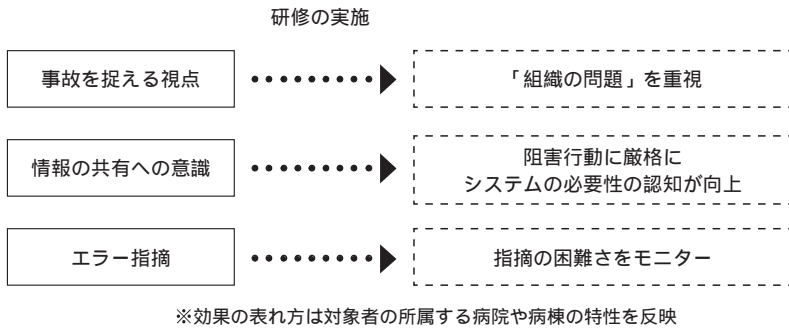


Figure 3 **本プログラムの実施による参加者の変化**

看護師が無理なく回答できるものであり、ニックネームを使った匿名性を保つための手続きも妥当であると判断される。しかし、統制群において指摘の抵抗感が高くなるなど研修の効果測定として必ずしも十分ではない点も示された（Figure 3）。今後は、質問紙の改訂により、回答者にかかる負荷を増やすことなく、質問項目の妥当性をより高める必要がある。同時に、質問紙のみならず、観察調査や面接調査を併用した効果測定方法についても再検討する必要がある。

病棟管理者を対象とした面接からは、「病棟アサーション研修」後、攻撃的だった人がアサーティブに話そうとするようになったという、行動の変化が特に目についたとの発言が得られた。さらに、病棟全体の雰囲気は「やわらかくなった」、「チームという感じがしてきた」という集団の変化も述べられた。このことから、効果測定の方法として、本人の意識だけでなく、他者から見た行動の変化を捉えたり、集団の凝集性やモラルなどを捉えたりすることも有効であると考えられる。

また、詳細な分析は実施していないが、質問紙への回答結果は、病院や病棟における職種間の関係やコミュニケーションの円滑さなどを反映して

医療事故防止のための研修プログラムの効果測定

いるといえるものであった。今後、研修実施前のアセスメントの手段として、スタッフへの質問紙調査を行い、あらかじめ対象病院や病棟の職種間の関係やコミュニケーションの状況を分析することにより、病院や病棟の状況に合わせた、より効果的なオーダーメイドの研修を行うことも可能となるであろう。

そして、統制群も含めた回答結果の分析より、質問紙に回答することそのものに、看護師に日頃の自身の行動やものの見方を振り返らせ、問題意識を持たせる効果があった可能性も示唆された。今後も研修と質問紙調査を継続的に進めることが医療事故防止に寄与することになるだろう。

引用文献

- 相川充 2000 人づきあいの技術 社会的スキルの心理学 サイエンス社
- 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
- 山内桂子・森永今日子・松尾太加志 2003 医療事故防止におけるチーム
エラーの回復に関する研究(2) 看護職の事故防止研修におけるア
サーション研修の試み 北九州市立大学文学部紀要(人間関係学
科), 10, Pp.63-70.
- 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

資料

まず、あなたの調査用ニックネームをご記入ください

I スタッフAさんが、患者Bさんの処置や与薬の準備をしています。あなたは、今日はBさんにはその処置や与薬が予定されていないのではないかと思います。あなたは、Aさんに、直接、間違っているのではないかということを伝えたいと思いますか？(1)~(11)のそれぞれの場合を思い浮かべて、「1」「直接本人に絶対伝えたい」~「6」「直接本人に絶対に伝えたくない」のうち、あてはまるものを1つ選び、○をつけて下さい。

(1つ選んでください)

| | 直接本人に... | | | | | |
|------------------------------|----------|----------|------|--------------|------------|-----------|
| | 絶対に伝えたい | なるべく伝えたい | 伝えたい | どちらかといえば伝えたい | なるべく伝えたくない | 絶対に伝えたくない |
| (1) Aさんが、あなたより年齢・経験が上の看護師の時 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| (2) Aさんが、医師の時 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| (3) Aさんが、あなたとあまり仲良くない人である時 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| (4) 指示が変わったのかもしれないと思う時 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| (5) 自分の記憶に自信がない時 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| (6) 嫌な顔をされるかもしれないと思う時 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| (7) 人間関係が悪くなるかもしれないと思う時 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| (8) 自分も間違えることはあると思う時 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| (9) うっかりミスで、言わなくてもわかることだと思う時 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| (10) 患者さんに影響がない程度のことだと思う時 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

(全てお答えください)

II 以下のような場面に会ったら、「相手の指摘を快く受け入れられること」と、「相手に対して嫌な気分になること」と、どちらが多いですか？(1)~(5)のそれぞれの場合を思い浮かべて、「1」「いつも快く受け入れられる」~「6」「いつも嫌な気分になる」のうち、あてはまるものを1つ選び、○をつけて下さい。

(1つ選んでください)

| | いつも快く受け入れられる | 快く受け入れられることが多い | どちらかといえば快く受け入れられることが多い | どちらかといえば嫌な気分になることが多い | 嫌な気分になることが多い | いつも嫌な気分になる |
|-----------------------------|--------------|----------------|------------------------|----------------------|--------------|------------|
| (1) 年齢や経験が下のスタッフに間違いを指摘された時 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| (2) あまり親しくないスタッフに間違いを指摘された時 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| (3) 誰でもしてしまうような間違いを指摘された時 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| (4) うっかりミスを指摘された時 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| (5) 患者さんに影響がない程度の間違いを指摘された時 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

(全てお答えください)

医療事故防止のための研修プログラムの効果測定

Ⅲ 以下の(1)～(7)の場面は、業務を行う上でしばしばとってしまう行為を示しています。これらの行為を、あなたは許すべきだと思いますか？“1”を「絶対に許してはいけない」、「7」を「大いに許すべきだ」とした場合に、あなたの考えにもっとも近いもの一つを選び、数字に○をつけてください。

| | は絶対に許して いけない | い許さない方が | やむを得ない 許しても | 大いに 許すべきだ | | | |
|--|-----------------|---------|----------------|--------------|---|---|---|
| (1) 業務が忙しいときに、看護師が看護記録に読みにくい文字で記入してしまう。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| (2) 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。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| (3) 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。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| (4) 忙しいスタッフの仕事で、事前に本人の了承を得ず、代わりにしてしまう。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| (5) 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。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

Ⅳ 以下に示した(1)～(4)の事例を業務へ導入することについて、あなたはどう思われますか？“1”を「絶対に導入すべきでない」、「7」を「絶対に導入すべきだ」とした場合に、あなたの考えにもっとも近いもの一つを選び、数字に○をつけてください。

(1) 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。

| | | | | | | |
|-------------|-----------|-----------|-----------|---|---|---|
| 絶対に導入すべきでない | 導入する必要はない | 導入する必要がある | 絶対に導入すべきだ | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

(2) 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。

| | | | | | | |
|-------------|-----------|-----------|-----------|---|---|---|
| 絶対に導入すべきでない | 導入する必要はない | 導入する必要がある | 絶対に導入すべきだ | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

(3) 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。

| | | | | | | |
|-------------|-----------|-----------|-----------|---|---|---|
| 絶対に導入すべきでない | 導入する必要はない | 導入する必要がある | 絶対に導入すべきだ | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

(4) 薬剤師が、医師の病棟回診時に同行する。

| | | | | | | |
|-------------|-----------|-----------|-----------|---|---|---|
| 絶対に導入すべきでない | 導入する必要はない | 導入する必要がある | 絶対に導入すべきだ | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

ご協力ありがとうございました。恐れ入りますが、記入漏れがないかどうか、お確かめください。

