

看護師・看護学生を対象とした医療安全教育の研究 —安全な情報伝達をめぐる看護教育分野の現状と課題—

山 本 恵美子・田 中 共 子・兵 藤 好 美
EMIKO, Yamamoto, TOMOKO, Tanaka, YOSHIMI, Hyodo

1. はじめに

医療の高度化・複雑化に伴う業務の増大により医療現場の疲弊が指摘されるなど医療の在り方が問われる時代となっている（厚生労働省、2011）。質の高い医療を求める国民の権利意識の向上の変化を背景に、医療現場で求められるニーズは複雑で多様化している。そのような中、1999年に起きた横浜国立大学病院の肺手術と心臓手術の患者を取り違えて手術した事例や、都立広尾病院の看護師が消毒液とヘパリン加生理食塩水を取り違えて静脈内に投与し患者が死亡した二つの大きな医療事故を契機に、医療安全についての社会的関心が高まった。厚生労働省は、2001年に医療安全対策ネットワーク事業を開始し、2004年には、日本医療機能評価機構において、医療事故事例等の収集を開始した。その調査では、平成26年度の医療事故発生件数は2911件にのぼっている（日本医療機能評価機構、2015）。1999年に2つの重大な医療事故が発生したことを受けて、チームの機能不全が指摘されるなか、厚生労働省は平成21年「チーム医療の推進に関する検討会」を開催し、平成22年3月に報告書「チーム医療の推進について」を取りまとめた（厚生労働省、2011）。

一方、医療現場で診療の補助、療養上の世話を担う看護師は、臨床現場で必要とされる看護実践能力と看護基礎教育で修得する看護技術との間に乖離が生じている。そのため、新人看護職員の中には、就職後、リアリティショックによって早期に離職するという問題がある（厚生労働省、2011）。看護師の早期離職は、医療の担い手不足をもたらし、人材不足により臨床現場は疲弊することで医療の質の低下を招くと考えられている。看護師の早期離職を防止するために、看護基礎教育と臨床現場で期待される看護実践能力とをつなぐ、臨床現場に即したプログラム開発が必要である。しかし、学生から看護師としての重責を担う職業に就くためには、先進的な学問の取得だけでなく、教育背景が異なる専門職とチームで協働して対応するコミュニケーション能力を身につけることが必要であろう。厚生労働省は、看護師がチーム医療における役割を果たすためには、患者の状態の予測力や判断力、コミュニケーション力が極めて重要であると指摘している（厚生労働省、2011）。

チーム医療におけるコミュニケーションの問題は、1999年に起きた患者取り違え事故などチームの機能不全から生じた、医療事故の増加とともに注目されるようになった。医療安全に関わるコミュニケーションの研究をみても、医療現場におけるリスク共有コミュニケーション：看護師を中心とした対話データの収集と分析（南部・原田・須藤・重森・内田、2006）や、看護師・他部門間のコミュ

ニケーション・リスクの構造（小路・小森・藤岡。宮田・川浪・中山・北山，2008）、臨地実習における看護学生と指導看護師間の医療コミュニケーションの特徴（吉田・松尾，2015）、などがある。

また、なかでもコミュニケーションエラーによって生じる医療事故に関しては、指示の出し受けに関する研究があり、主に注射業務に関わる与薬業務に関わるものが多い。その調査内容は、インシデント・アクシデントレポート分析に関するものや（志賀・野田，2006）、（野田・志賀，2005）、基礎教育終了直後と就職1ヵ月目の新人看護師の医療事故への認識調査（菅原・原，2004）など研修の効果を検討するものなどがある。その他、注射業務に関わるプロセスの分析や（富田・山崎・椎名・小池，2003；野本・工藤，2007；勤医協中央病院，2003；多田・堀尾，2013；橋本・上杉・西川・米田，2014）、システム変更に関するものとして、与薬業務の方法を変更した効果（時本・井出上・柏原・西本・岡野・片島，2006）、電子カルテシステムと連動した認証システムを導入した効果（川本・富永・大下・上池，2009）、病棟薬剤業務の導入の効果（佐藤・鈴木・庄野・大山・竹内・今井，2013）、などがある。これらは、システム導入や変更などの報告であり多岐にわたっている。これまでの調査結果は、コミュニケーションや指示の出し受けに関わるインシデント分析であるが、インシデント分析結果として事例的な紹介が散見されるにとどまっており、看護師の安全な情報伝達についての検討の余地が大いに残されている現状にある。

2. 本稿の目的

本稿の目的は、チーム医療推進に向けた取り組みにおいて、特に看護師教育におけるコミュニケーションに関わる研究を概観し、今後の研究上の課題を明確にすることである。

患者の安全を脅かすものとして、医療者の健康問題や技術不足に関する医療者側の要因、医療機器の整備不良などの環境によって生じる環境要因、患者自身の状況から生じる患者要因など、多くの要因が存在する。本稿では、チーム医療における医療安全を推進するために医療者側の要因として、情報伝達に着目する。その理由は、チームにおける情報伝達が滑らかに行われなければ、診療に関わる行為に支障をきたし、患者は危険にさらされることになるからである。本稿では、チーム医療が推進されるようになった背景について整理し、特に、看護基礎教育・新人看護師研修に関する施策の動向について概観する。そこかから情報伝達におけるコミュニケーションエラーに関する先行研究について検討する。次に、研究の視点と得られた知見を整理して、エラーの発生に関わる看護師の情報伝達の課題について研究上の課題を探ることを目的とする。特に、医療事故発生件数の上位を占める与薬の場面や、情報伝達の鍵となり得る指示の出し受けの場面において生じる問題についてどのような要因が、問題を引き起こしているのか。そしてそれは、どのような対策がとられているのかなどの現状を明確にする。これまでの研究の動向を把握した上で、どのような視点からの研究が不足し、どのような点の解明と知見の蓄積が臨まれるか、研究上の課題を論じていきたい。

3. チーム医療推進に向けた取り組み

厚生労働省は、チーム医療を推進する目的は、専門職種の積極的な活用、多職種間協働を図ること等により医療の質を高め、効率的な医療サービスを提供することにあると述べている。そして、看護師がチーム医療における役割を果たすためには、患者の状態の予測力や判断力、コミュニケーション力が極めて重要であると指摘している。医療現場は、医学の進歩、高齢化の進行等に加えて、患者の社会的・心理的な観点、及び生活への十分な配慮が求められており、厳しい状況に直面している。医師や看護師等の許容量を超えた医療が求められる中、チーム医療の推進は、多職種連携を通して、医療の質を高めるためにも必須である。厚生労働省では平成21年8月から「チーム医療の推進に関する検討会」を開催し、平成22年3月に「チーム医療の推進について」の報告書を取りまとめた。チーム医療を推進する目的は、多職種間協働を図ることにより医療の質を高め、効率的な医療サービスを提供することである。医療の質的な改善を図るためには、①コミュニケーション、②情報の共有化、③チームマネジメントの3つの視点が重要であると指摘している（厚生労働省、2011）。

近年、頻発する医療事故を契機に、チームの機能不全の問題が議論されてきた。例えば、コミュニケーションの失敗（松尾、2004）、個人のエラーが他のスタッフによって修正されずに事故につながるというチームエラー（佐相、2002）、他者へのエラー指摘が困難であること（大坪・島田・森永・三沢、2003）が報告され、優れたチームの育成とマネジメントが医療機関に求められるようになった（三沢、佐相、山口、2009）。

日本医療評価機構によると、医療事故当事者として最も多いのは看護師との報告がある。これは、看護師が、他者のエラーに気づき修復する機会があっても、医療行為の最終行為者となることが多いからである（2013, 医療安全推進のための標準テキスト, 日本看護協会）。また、多様で複雑な業務を同時に対応していくことが求められていることが要因である。以上のことから、看護師教育に焦点をあて、看護師教育に関わる厚生労働省施策の動向、及び、看護基礎教育に関わる施策の動向について以下に整理していく。

4. 看護師教育に関わる施策の動向

看護師教育は、臨床現場における新人看護師教育の研修制度の施策が整備され、看護基礎教育においては、実習時間が増加し、カリキュラムの「看護の統合と実践」が新たに設けられたことが大きな特徴である。

看護師教育においては、2009年7月、「保健師助産師看護師法及び看護師等の人材確保に関する法律の一部を改正する法律」が成立し、2010年4月1日から新人看護職員の臨床研修等が努力義務となった。2009年12月には、新人看護職員を迎える医療機関で研修が実施されるような体制整備を目的として、「新人看護職員研修ガイドライン」が策定された。厚生労働省は2010年度から「新人看護職員研修事業」を開始し、16.8億円の予算を計上した執行率は73.5%に留まった。その後2011年度には、11.8

億円の予算に対し111.3%となった。これは、研修の実施機会が促進されてきたことを示している。「平成23年度医療施設調査」によれば、新人看護職員がいると回答した4,764施設（病院総数の56.1%）のうち、ガイドラインに沿った研修を実施しているのは、3,857施設（新人看護職員がいる病院の81.3%）であった。これは、ガイドラインに沿った研修が普及していることを示している。新人看護師研修ガイドラインは、新人看護職員が基本的な臨床実践能力を獲得する目的で策定された。医療機関等の機能や規模に関わらず、新人看護職員を迎えるすべての医療機関等で新人看護職員研修が実施される体制の整備を目指すものである。これを受けて各医療機関においては、新人看護職員研修を施設内だけでなく、周りのリソースを十分に活用するよう厚生労働省から指導がなされた。これにより、新人看護職員の到達目標に合わせた研修プログラムが、各地で展開されている状況にある。2011年の「新人看護職員研修に関する検討会」報告書の中では、医療現場や看護基礎教育の状況、研修成果等を勘案して、新人看護職員研修ガイドラインを、適宜見直す必要があると指摘がなされた。その内容は、新人看護職員研修実施医療機関・施設及び指導者の育成に関わる研修の認証等の検討が課題とされている。2014年には、ガイドラインの見直しが行われた。その中では、新人看護職員が看護基礎教育では学習することが困難な、医療チームの中で複数の患者を受け持ち、多重課題を抱えながら、看護を安全に提供するための臨床実践能力を強化することが指摘された。（2014、厚生労働省新人看護職員研修ガイドライン【改訂版】）。新たな内容として、看護職員として必要な基本姿勢と態度についての到達目標が示された。「組織における役割・心構えの理解と適切な行動」として、チーム医療の構成員としての役割を理解し協働する、同僚や他の医療従事者と適切なコミュニケーションをとるなどが示された（厚生労働省、2014）。

次に、看護基礎教育の動向についてみると、1951年に指定規則制定された際の実習時間は、5077時間であった。1967年の第1次改正カリキュラムで、3375時間と減少し、1989年には第2次改正では、3000時間、1996年の第3次改正では、2895時間と減少した。しかし、2009年の第4次改正では、「看護の統合と実践」分野が設けられ、3000時間と増加している。この理由は、統合分野では、卒業後、臨床に現場にスムーズに適応することができることを目的として、「看護の統合と実践」の臨地実習が設けられたためである。これは、看護基礎教育と臨床現場の乖離が指摘される中で、その差を埋める目的で改正されたものである。厚生労働省は、平成18年「看護基礎教育の充実に関する検討会」において、新人看護職員の臨床実践能力の低下に対し、早急な対応が不可欠であると指摘した。続けて、看護師教育において医療安全等を学ぶ統合分野・統合科目の創設などのカリキュラムの改正案をとりまとめた。この改正により、平成21年度から保健師助産師看護師学校養成所のカリキュラムに「統合分野」が創設されている。「看護の統合と実践」の具体的内容として、チーム医療及び他職種との協働の中で看護師としてのメンバーシップ及びリーダーシップを理解することが明記された。また、看護をマネジメントできる基礎的能力を身につけることや、医療安全の基礎的知識を修得することなどが示されている。この改正の大きな特徴は、これまで規定されていなかった卒業時の到達目標が設定

されたことにある。

5. 看護師教育現場の現状と課題

新人看護師の実践能力向上に向けて、臨床現場と基礎教育の双方向から新たな取り組みが進められたが、依然として、新人看護師の医療事故発生件数は高い。その内容は、情報伝達の途絶や誤った解釈などのコミュニケーションエラーによる医療事故が生じるといったものである。看護基礎教育からの段階を踏まえた確認行動の教育課題があるといえよう。

川上らは、看護基礎教育機関の統合実習に関して文献検討を行った。医学中央雑誌で看護文献を総合実習のキーワードで検索したところ、2008年～2012年までの5年間に73件あったと報告している。これらの多くは指定規則改正を受けて、各教育機関がカリキュラムを検討したものであった。その内容は、「チーム医療」、「医療安全」、「多重課題への対応」、「看護管理」に代表されるものであり、複数患者受け持ちや夜勤勤務帯での看護体験、その組み合わせの新たな実習の計画、及び、その実施報告であった（川上、椿、他；2013）と述べている。

このように、新人看護師の実践能力を向上させるための取り組みは、臨床現場と看護基礎教育の双方向からつながるように、教育体制が整備されてきたといえる。この教育体制の整備を起点に、新たな実習や研修企画が推し進められ、各教育機関や病院等で実施されている。各施設での新たな取り組みは、新人看護師の看護実践能力の向上をもたらし、患者に安全な医療を提供することで、新人看護師の医療事故発生件数は、抑制されることが期待できるであろう。しかし、医療事故発生件数を調査している日本医療評価機構の報告書をみると、新人看護師の医療事故発生件数が依然として高いことが示されている（日本医療機能評価機構，2015）。職種経験1年未満の看護師、または、准看護師側の医療事故発生件数が高い理由として、①知識不足（経験不足）、②基本的な手順の不遵守、③思い込みによる安易な実施、④「目的や根拠」と「行動（実施）」の乖離、⑤危険性の認識不足、⑥報告や相談ができない（しない）などが挙げられるという。「医療事故情報等分析作業の現況」においては、口頭による情報の解釈の誤りに関連した事例について分析を進めており、情報伝達の途絶を問題としている。情報を受け取る側の誤解が生じれば、その時点まで提供されてきた医療の途絶が生じることで、不適切な治療が生じ、患者安全が不確実なものになりかねないと述べている。したがって情報伝達は、新たな医療安全を推進する上での重要なテーマであると指摘している。（2015，医療事故情報収集等事業，第40回報告書）。

口頭指示により情報の誤った解釈に関連した事例は、新人看護師が報告や相談ができないことによるものが多い。報告や相談は、看護師や医師との医療者間のコミュニケーションに関わるものである。権威を感じる先輩看護師や医師に、新人看護師が報告や相談を行うことや相手の誤りを指摘することは、心理的ハードルが高くコミュニケーションエラーにつながるということが報告されている。コミュニケーションエラーは、行動の選択を誤り、薬剤取り違いや患者の誤認を引き起こす。結果的に患者が危険

にさらされるという事態を招くことが懸念される。口頭指示を受けた際に、行動の選択場面で、コミュニケーションエラーを回避すべく、聞き返しや相談などの確認行動をしながら業務を進めることができれば、患者は安全な医療を受けることができる。新人看護師が、安全に業務を進めるためには、確認行動は重要である。また、チーム医療において医療者間の情報伝達をスムーズに行うためには、確認行動は必須なスキルであるといえよう。しかしながら、経験の浅い新人看護師は、不慣れな環境で、机上で習った知識をつなぎ、修得した看護技術をその場の状況に応じて、患者に最適な方法で実施することが期待される。これは、専門的知識、看護技術、判断力を総動員するものである。新人看護師が認知的負荷の高い中で、患者の生命に関わる重大な業務を進めることを意味している。新人看護師は、業務を遂行するにあたり、経験が浅いことから、判断に迷う時や予想に反した状況の対応を求められることがある。そういった場合に、手を止めて、立ち止まることへの価値の重要性が修得できていれば、容易な行動にでることは少なくなる。新人看護師が、確認行動の重要性に気づき、行動に移すことができれば、患者の安全を守ることが期待できる。つまり、患者の安全を守るために、自身の未熟さを補い、経験のあるベテラン看護師から自分にとって有用なことを引き出す方法を身につけることができれば、医療事故発生の抑制に繋がるといえよう。

これまで実施されてきた多重課題研修や夜勤自習などの職場環境を疑似体験できる研修や教育も重要ではあるが、確認行動をスキルとして修得することが必要と考えられる。これまでの教育は、報告、連絡、相談の重要性が唱えられてきたが、その具体的な方法については検討されていなかった。確認行動を怠って容易な判断のもと行動した場合に、患者を危険にさらしてしまうといった、認知・判断・行動の一連の流れを、看護学生の教育場で体験する必要がある。そして、それらを回避するためには、確認行動を具体的なスキルとして修得することが望まれる。確認行動のスキルを習得して、新人看護師として臨床現場に就職した時には、先輩看護師から必要な支援を引き出すことができる。これは、新人看護師の浅い臨床経験に基づく判断力の弱さを先輩看護師の支援によって補い、安全な医療の提供につながるといえよう。以上のことから、看護学生から段階を追った確認行動の教育の必要性が浮かび上がり、現場で最も解決が望まれている課題であるといえよう。

確認行動などのコミュニケーションに関わる研究上の課題を探るために、以下に、医療安全に関わるコミュニケーションの研究についてみていく。

6. 医療安全に関わるコミュニケーションの研究の動向

医療安全に関わるコミュニケーション研究は、リスク共有コミュニケーションや、チームエラーの回復、確認コミュニケーション、他部門との調整、看護学生と指導者間のコミュニケーションを取り扱ったものがある。これらの研究からは、リスク共有の方法やエラー指摘の葛藤を乗り越える必要性、及び、経験別の教育の必要性が課題として浮かび上がる。

その具体的内容は、「医療現場におけるリスク共有コミュニケーション：看護師を中心とした対話

データの収集と分析」(南部・原田・須藤・重森・内田, 2006) や、「看護師・他部門間のコミュニケーション・リスクの構造」(小路・小森・藤岡・宮田・川浪・中山・北山, 2008)、「臨地実習における看護学生と指導看護師間の医療コミュニケーションの特徴」(吉田・松尾, 2015)、などの報告である。

南部・原田・須藤・重森・内田(2006)は、看護師間を対象としたリスク共有コミュニケーションに焦点をあてて調査した。日常的な医療現場におけるリスク共有コミュニケーションの実態、そこで起きている認知的協働の実態を捉えることを目的として、看護師21名の対話データを分析した。リスク共有コミュニケーションとは、リスクのある事柄について事前になされる一方向的な情報提供を意味する。(National Research Council, 1989)。これをもとに日常場面でのコミュニケーションを対象とし、「リスクを伴う活動の最中に、その活動の関係者同士によって対等に行われる情報共有過程」に焦点をあて、そこでの認知的課題について検討している。

この調査において、南部らは、看護師の活動が複数のタスクを同時並行的に実施しなければならないという認知的負荷の高い状況で行われていることを指摘した。そして、医療現場に存在するリスク低減やリスク情報の共有に、リスク共有コミュニケーションが、重要な役割を果たしていたと述べている。リスク共有コミュニケーションの技術とは、個々の関係者のリスク認知、並びにそれを関係者で共有するための対話技法や文脈であったという。効果的な場面の一例として、看護師間の申し送りの場面が示されている。経験の浅い看護師に対して、リスクの内容を直接的に伝えていた。そして、単に「要確認」の指示を出すのではなく、対話相手自身にリスク認知を促すような情報提示が行われていた。結果的に、情報提示を通して互いの意図が適切に推定され、問題解決が達成された事例が報告されている。これは、単なる情報の受け渡しではなく、リスク認知を個人から関係者へと拡大する認知的な共同過程として成立しているものであったと分析している。

一方、効果的でない場面についても触れている。関係者個人のリスク認知の視点では、認知的負荷の高い状態で活動を行っているため、偶発的に生じる対話において、リスクに関わる重要な意味の抽出・共有に失敗しコミュニケーションエラーが生起していたと述べている。さらに、トラブルが顕在化しても、当事者はその問題に関わるリスクをほとんど認知していなかったという。他の看護師との対話も、迅速な対応へと結びつくセーフティネットの機能を果たしていなかったことを挙げている。対話を通じて問題が明確化されることなく事象が展開していた点は、深刻な問題であると指摘している。さらには、対話そのものが潜在的リスクを生じても、リスクが対話を通じて過小評価され、共有理解が不完全なまま対話が終了した場面もあったという。これは、対話が成立して共有理解が達成されていたように見えても、実際には、意味の取り違いや誤った思い込みといった認知的協働エラーが引き起こされていた。このことから南部は、対話そのものが潜在的リスクを生み出す事態を回避するためには、関係者が対話を「他者への依存」ではなく、「共同での問題解決」、すなわち、共通の目標に向けた共通基盤の推測と構築の過程として再認識する必要があると指摘している。そして、一つの問題について複数の関係者と対話を行うことも、現場全体の中にリスク管理の文脈を作るという点で

有効であると述べている。特に、医療現場のように複数のタスクが複数の関係者によって共同作業的に達成される作業システムでは、直接の関係者間だけでなく、現場全体で問題を共有することが、事故・インシデント防止のための重要な鍵なりうるといえる。対話を通じて、明示的構成される文脈は、個々のリスクに対するセーフティネットの役割を果たし、同時に個人のリスク認知を集団のリスク認知へと拡大する取り組みによって、現場全体の安全文化の熟成が促進されると指摘している。一方で、対話データのなかには、効果的なリスク共有コミュニケーションの事例が、特定の看護師に集中する傾向があることを見出している。個々のリスク認知やそれを対話へと持ち込み、新たな文脈を構成する点において優れた技能を持つ看護師の存在を指摘している。このような卓越した看護師の特性について調査し、看護教育や安全教育の場へと還元していく重要性についても言及している。

これは、看護師が時間切迫におかれる状況において、多様な業務を遂行しており、認知的負荷の高い環境下で業務を進めていることを明確にしている。看護師間の情報伝達に焦点をあて、対話を通じて問題が明確化されることなく、意味の取り違いや、誤った思い込みがエラーを引き起こすという実態に目を向けることは重要な研究課題の一つに数えられよう。そして、対話において、共同で問題解決を目指すことは、教育場面に捉えなおしロールプレイなどを通して学習する機会に位置づけることの可能性がある。また、1対1の対話から、複数の関係者との対話に持ち込み、新たな文脈として持ち込むことも、教育上可能であろう。これらの行動を学習機会として設け、看護基礎教育から学習していくことで、新人看護師としてチーム医療への適応が促され、患者の安全に貢献することが期待できる。

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において森永（2003）は、エラーの指摘を抑制する要因について検討した。10箇所の病院の看護師を対象とした質問紙調査を行い413名から回答があり、エラーの指摘を抑制する要因について調べた。「間違いへの確信が持てない」28.5%、「人間関係の悪化が心配」25.9%、「立場の違い」24.6%、「どんな間違いか」9.7%、現在の人間関係6.6%、「その時の状況」3.1%、「職場の雰囲気」0.2%が示された。間違いへの確信が持てない内容として、“自信がない”、“情報不足”などがあった。チームエラーの回復理論においては、エラーへの指摘は、チームエラー回復、事故防止のための行為であり、指摘を行う者と指摘を受ける者との関係は、個人に利益をもたらす行為が同時に他者にも利益をもたらす“協働関係”と捉えることを指摘している。エラーへの指摘を促進し、事故防止を図るためには、エラーの共有が必要であり、チームで意識を共有できるような研修実施の必要性について言及している。さらに、対人関係を悪化させずにエラーを指摘するためのコミュニケーションスキルや、地位関係やエラーへの主観的確信に関わらずエラーを指摘できるコミュニケーションスキルを身につけることの重要性を述べている。

これらの研究結果からは、エラーを回避すべく、エラー指摘に対し葛藤を起こしていること、コミュニケーションをはかり、情報共有を試みている可能性が浮かび上がる。なお、情報共有を進める中で、意味の取り違いや誤った思い込みといった認知的協働エラーが引き起こしていたという点は、人間の

ヒューマンエラーの発生プロセスを示しており、注意深く見ていくべき領域であるとみることができ。対人関係を悪化させずにエラーを指摘したり、地位関係やエラーへの主観的確信に関わらずエラーを指摘できるコミュニケーションスキルは、看護基礎教育において、こうした対処が可能であるなら、臨地実習で、その方略はどのようなものなのか注目される。

鬼塚・高木らは、確認コミュニケーションに関連する看護師のチームワーク要因（鬼塚・高木、2006）の報告で、医療事故対策の主要な要因の一つに、コミュニケーションエラーを挙げ、確認コミュニケーションを行うことが有効であると述べている。内科病棟に勤務する看護師新人、中堅、ベテランにあたる看護師28名を対象に面接調査を実施している。データから、確認コミュニケーションに関する部分を抽出し、4つのコミュニケーションチャンネルを明確にした。それは、①先輩看護師から後輩看護師への声かけ、②自分の理解に確信が持てないときに、聞きやすい先輩を選択して確認する。③自分の理解に確信が持てないときに、チーム内の誰であっても確認する。④リーダーへの報告である。上記に示した、①の回答者の多くは、中堅以上の看護師であり、②と③においては、経験年数が比較的少ない看護師からの回答が多かった。経験年数により、確認コミュニケーションが行われるチャンネルが、業務上の役割によって規定されているという。そして、共通していることは、自発的に行われているコミュニケーションであると指摘している。わからないことがあった際に、彼らが、誰にどのように支援を要求すればいいのかについて、チーム内で共有されていない場合は、確認コミュニケーションがなされにくいことが推察されると述べている。これは、確認が取れない場合、不安全行動となりエラーの発生リスクが高まることを意味する。先輩看護師の声かけが行われる環境で、看護学生や新人看護師が聞きやすい看護師に聞くという行動を肯定する教育を行い、成長を見守ることがチーム医療において重要なプロセスであるといえよう。

この他にも、小路らは、病院の主任クラス看護職42名を対象とした看護職・他部門間のコミュニケーションリスクについて調査した。「医療現場において、看護職として働く中で、遭遇したコミュニケーションに起因するインシデントやアクシデントのリスクが生じている事例」について、自由記述で回答を求めた。看護師・他部門の12事例から、看護職が他部門との協議やチームアプローチがない場合に、エラー会話、連絡ミス、指示抜け、命令ミスなどの危機があったと報告している。看護職が把握した患者に関する情報が他部門に十分反映されず、他部門が対処すべき内容も看護職が受けざる得ない状況があったという。課題として、他者との間に望ましいコミュニケーションを図り、他部門とのマネジメント力育成の必要性を指摘している。ここでは、望ましいコミュニケーションを探ることで、マネジメント力の育成につながり、チーム医療におけるコミュニケーションを滑らかにする研究課題があるといえよう。

また、吉田・松尾（2015）は、臨地実習における看護学生と指導者看護師間の医療コミュニケーションの特徴について、看護学生を対象に調査を行った。その中で、看護学生の臨地実習における報告に影響する要因として、「基本的報告スキル」、「緊張」、「能動的報告スキル」、「意味理解」の4つの因

子を抽出している。具体的には、「看護学生は受け持ち患者の病態を学習したうえで看護を実践する。その結果としての報告を決められた時間に専門用語や敬語を使用し、相手に分かりやすく伝える。」といった学生の一連の行動を示す「基本的報告スキル」を抽出している。2つめに、報告する場面では、緊張を伴うこともあるため「緊張」とあり、3つめには、学生が必要性を判断し行う報告行動として「能動的報告スキル」としている。最後に、看護師が伝えている内容の意味が分からないという共通性から「意味理解」を挙げている。これらの分析を通して、看護学生が看護師に行う報告は、受け持ち患者の病状に関する情報を指導看護師に一方的に伝達するものである可能性を指摘している。そして、自分の考えを伝える、分からない時に聞くことで、報告が双方向的なコミュニケーションとなる可能性があると述べている。しかしながら、このような能動的な報告行動は、看護学生の自己評価が低い傾向にあったと報告している。

これは、自分の考えを伝えたり、分からない時に聞くという行動が、看護学生にとって心理的ハードルが高いことを意味する。心理的ハードルを乗り越える対処方法を詳細に解き明かしていくことが、彼らの適応像への解明へとつながり、有効な適応支援の手がかりとなっていくものと考えられる。

同様に吉田・松尾らの臨床看護師を対象とした調査では、確認コミュニケーションは、チームの誰に聞けば明確となるかが分かることで、能動的なコミュニケーションに移行できることが期待できるという。その間は、中堅看護師以上からの積極的な声かけによる確認コミュニケーションが、チーム医療で患者の安全を守ることに繋がるといえよう。また、教育的課題場面としては、ロールプレイなどを通して学習する機会に位置づけることの可能性があることが明確となった。1対1の対話から、複数の関係者との対話に持ち込み、新たな文脈として持ち込むことも、教育上可能であり、これらの行動を学習機会として設け、看護基礎教育から学習していくことで、新人看護師としてチーム医療への適応が促され、患者の安全に貢献することが期待できる。特に、対人関係を悪化させずにエラーを指摘したり、地位関係やエラーへの主観的確信に関わらずエラーを指摘できるコミュニケーションスキルは、看護基礎教育においてもこうした対処が可能であるなら、臨地実習でその方略はどのようなものなのか探る必要があり、教育課題であるともいえる。対人関係を悪化させないコミュニケーションの方法は、他部門とのマネジメントの調整に役立てることができる。そして、看護専門職としての活動を調整することに繋がり、チームとして患者への安全な医療提供に結びつくといえる。その為にも、効果的なリスク共有コミュニケーションの優れた技能を持つ卓越した看護師について調査し、個々のリスク認知、ならびにそれを対話へと持ち込み新たな文脈を構成する方略において分析し、その技能を明らかにすることで、看護教育や安全教育の場へと還元できる可能性がある。

これらの安全に関するコミュニケーションの研究について整理していくと、一つの行為としてみることができよう。つまり、報告や確認、声かけは、指示の出し受けに関わる一連の流れの要素である。出された指示に対して確認し、指示内容について不安なことがあれば質問し、実行完了したことを報告に行くという、指示を受けるスキルとして読み取れる。そのため、指示の出し受けに関わるインシ

デントについての研究を概観し、コミュニケーションエラーと指示の出し受けに関わる研究を以下にみていく。

7. 指示の出し受けに関わる研究の動向

指示の出し受けに関わる研究は、システム変更の評価や現状の分析に関するものがみられる。システム整備などのハード面での対策が多いことが特徴的である。指示の出し受けを円滑に進めるための教育方法の開発などのソフト面に対する研究は見られなかった。

指示の出し受けに関わる調査内容は、インシデント・アクシデントレポート分析に関するもの(志賀・野田, 2006)、(野田・志賀, 2005)がある。基礎教育終了直後と就職1ヵ月目の新人看護師の医療事故への認識調査(菅原・原, 2004)といった研修の効果を検討するものがある。注射業務に関わるプロセスの分析は比較的多い(富田・山崎・椎名・小池, 2003; 野本・工藤, 2007; 勤医協中央病院, 2003; 多田・堀尾, 2013; 橋本・上杉・西川・米田, 2014)。与薬業務の方法を変更した効果(時本・井出上・柏原・西本・岡野・片島, 2006)、電子カルテシステムと連動した認証システムを導入した効果(川本・富永・大下・上池, 2009)、病棟薬剤業務の導入の効果(佐藤・鈴木・庄野・大山・竹内・今井, 2013)、などシステム導入や変更の検討などは多岐にわたっている。以上のように、指示の出し受けに関わる研究は、システム変更の評価や現状の分析に関するものでありハード面での対策が多いことが明確となった。指示の出し受けを円滑に進めるための教育的介入などのソフト面に対する研究は見られなかった。一部の研究では、インシデント・アクシデント発生の原因を探る視点から、注射業務に焦点をあててプロセスを分析する中で、「指示出し」から「指示受け」までには、看護師間での情報伝達があり、注射薬の「準備」から「実施」では、多様な注射薬の種類や、抽出とセッティングに多くの情報を必要とすることが明確にされていた。しかし、指示の出し受け方法に関して新たな提案を示す内容には至っていなかった。

以上のことから、指示の出し受けに関する研究は、ハード面に関する内容が占めており、看護師の安全な業務遂行への葛藤や困難への対処方法を講じる内容のものは見られなかった。指示の出し受けを円滑に進めるために、看護学生の指示受けに関する技術教育や、新人看護師が指示を受けて業務を遂行する一連の流れをトレーニングする機会をもつ必要性があると指摘できる。そして、これらの教育から獲得したスキルを用いることで、チーム医療への適応が促がされ、誤解のない円滑な情報伝達を図り交流する機会をもつことが期待される。これは、医療安全教育において、安全な情報伝達となり医療事故を未然に防ぐ方策の一つになる可能性があるといえるだろう。

看護師の経験年数が異なれば、曖昧な指示内容を確認する行動場面において、直面する葛藤の内容や葛藤発生から解決に至るまでのプロセス、必要とされるソーシャルスキルが異なる可能性もあるだろう。看護師の経験別、特に経験の浅い未熟な新人看護師に焦点を当てて詳細に検討していくことは、看護学生からの教育への糸口を探り、チーム医療へ円滑に交流が図れるようになるという意味で少な

からぬ価値ある試みと言える。

8. まとめ

本稿は、チーム医療推進に向けて特に情報伝達に関する研究上の課題を探るため、看護基礎教育におけるカリキュラム改正、新人看護師教育の動向を概観した。これまでの取り組みは、多重課題研修や、複数患者を受け持つ実習体験、夜勤実習など患者の状態の予測力や判断力を養成する取り組みに偏りが生じていた。このような、臨床における看護実践の体験から生じた意思決定を迫られる場面があるにも関わらず、どのようにチームにアクセスして判断を仰ぐかについては、十分な学習機会がなかった。チーム内でのエラーを指摘する方法や、リスクを共有するような双方向となるコミュニケーション方法についての教育の場が充足していなかったといえるだろう。医療安全に関するコミュニケーション研究の動向では、他者との情報伝達におけるコミュニケーション場面を調べてまとめたものが散見された。看護学生に関する情報伝達を分析した研究は僅少であった。だが僅かな研究の中に、看護基礎教育で、教育的要素を含むプログラム開発への手がかりが見出された。対話分析からエラーの生起過程を明らかにした研究では、対話が成立しても意味の取り違えや、誤った思い込みがエラーを引き起こすとしたものだが、一方で、どのような場面でエラーが生じやすいか、実施可能な対処方略に関する分析は詳しくない。彼らが、意味が異なる解釈を相手が生じたと感じた際には、どのような対処方略を講じることで、それを乗り切っているのか、あるいは何もしないのか、詳しくわかっていないわけではない。細かい視点から、意味の取り違えや誤った思い込みエラーを引き起こすプロセスや、解決への道筋を緻密に分析していくことは研究上の課題といえる。

報告や相談、口頭指示などは、いずれもチーム医療における要な要素であり、看護学生からの段階を追った教育の必要性が浮かび上がり、現場で最も解決が望まれている課題である。そして、対話において、共同での問題解決を目指すことは、教育場面に捉えなおしロールプレイなどを通して学習する機会に位置づけることの可能性がある。また、1対1の対話から、複数の関係者との対話に持ち込み、新たな文脈として持ち込むことも、看護学生から順次プログラムを構築することで、教育上可能となることかもしれない。これらの行動を学習機会として設け、看護基礎教育から学習していくことで、新人看護師としてチーム医療への適応が促される可能性がある。そして、患者の安全に貢献することが期待できる。対人関係を悪化させずにエラーを指摘したり、地位関係やエラーへの主観的確信に関わらずエラーを指摘できるコミュニケーションスキルは、看護基礎教育においてもこうした対処が可能であるなら、臨地実習でその方略はどのようなものなのか注目される。先輩看護師の声かけが行われる環境で、看護学生や新人看護師が聞きやすい看護師に聞くという行動を肯定する教育を行い、成長を見守ることがチーム医療において重要なプロセスであるといえよう。

最後に、個々のリスク認知、ならびにそれを対話へと持ち込み新たな文脈を構成する点において優れた技能を持つ看護師の存在について報告されており、このような卓越した看護師について調査し、

看護教育や安全教育の場へと還元していくことは意味ある試みといえる。

看護基礎教育から、順次スキルアップして臨床現場に適応していくような教育プログラムの導入を検討し早期に導入を図ることが今後の課題である。

引用文献

天谷恵美子 (2011) . 新人看護師対象多重課題シミュレーションの企画. 看護実践の科学, 36 (5), 12-17.

Duke, R (1974) . Gaming: The future's language. New York: Sage Publications./ 中村美枝子・市川新 (訳) (2001) ゲーミングシミュレーションー未来との対話ー. ASCII.

福田敦子, 花岡澄代, 喜多淳子, 津田紀子, 村田恵子, 矢田眞美子, 中村美優, 鶴田早醒, 松浦正子, 伊藤佳代了, 古城門靖子 (2004) . 病院に就職した新卒看護職者のリアリティショックの検討ー潜在構造の分析を通して. 神戸大学医学部保健学科紀要, 20,35-45.

保健師助産師看護師法及び看護師等の人材確保の促進に関する法律の一部を改正する法律要綱.

(2009年7月23日) . 参照日: 2014年10月30日, 参照先: 文部科学省:

http://www.mext.go.jp/b_menu/hakusho/nc/attach/1282564.htm.

兵藤好美, 田中共子 (2009) . 医療安全に関するゲーミング・シミュレーション (2)ー看護学生を対象としたKNG (記憶認知ゲーム) の試行ー. 第73回日本心理学会大会.

兵藤好美, 小郷恵理佳, 川上麻梨菜, 柏葉香織, 長谷涼子 (2008) . 医療安全のためのゲーミングシミュレーションの開発 (4)ー看護学生を対象とした3種の予備的試行ー. 第5回医療の質・安全学会.

橋本まな美, 上杉晶, 西川早紀, 米田英司 (2014) . 病棟与薬業務におけるヒヤリハットにつながるエラー発生要因の実態, 日本精神科看護学術集会誌, 57巻1号, 580-581.

平賀愛美, 布施淳子 (2007a) . 就職3カ月時の新卒看護師のリアリティショックの構成因子とその関連要因の検討. 日本看護研究学会雑誌, 30 (1), 97-107.

平賀愛美, 布施淳子 (2007b) . 新卒看護師のリアリティショックとプリセプターからみた新卒看護師のリアリティショックに関する認識の相違. 日本看護研究学会雑誌, 30 (1), 109-118.

石垣靖子 (2013) . 努力義務から3年、これから. 看護3月臨時増刊号, 65巻24号, 8-9.

猪俣克子 (2011) . 新人看護職員の多重課題研修の意義とあり方. 看護実践の科学, 35 (5), 6-11.

医療事故情報収集等事業 第40 回報告書 (2015). 参照日: 2015年6月30日, 参照先:

http://www.med-safe.jp/pdf/report_40.pdf.

医療安全推進のための標準テキスト公益社団法人日本看護協会.2013.

川上裕子, 椿祥子, 濱田慎, 大野朋加, 斉藤しのぶ, 山本利恵江 (2013) . 新カリキュラムに基づく看護学教育に関する報告ー平成24年度統合実習および看護学セミナー統合の基礎看護学教育研究分野における授業展開ー. 千葉大学大学院看護学研究科紀要, 35号, 9-14.

- 川本俊治, 富永 理子, 大下 美紀恵, 上池 渉 (2009) . 電子カルテ・認証システムの導入が処方・与薬のヒヤリ・ハット報告に与える影響について. 日本医療マネジメント学会雑誌, 10巻2号, 443-448.
- 久保ひろみ (2011) . 時間切迫・多重課題演習. 看護実践の科学, 36 (5), 18-22.
- 洪愛子 (2013) . 努力義務から3年を経て求められること. 看護3月臨時増刊号, 65巻24号, 6-7.
- 小林仁美 (2013) . 努力義務化と新人看護職員研修事業の実施状況について. 看護3月臨時増刊号, 65巻24号, 14-18.
- 小林 三津子 (2004) . 注射業務において危険要因連鎖を切断した回復事由に関する研究 「医師の指示受け」に焦点をあてて. 病院管理, 41巻1号, 79-86.
- 勤医協中央病院 (2003) . 注射事故防止に向けての意識調査活動と患者参加の安全対策. 北海道勤労者医療協会看護雑誌, 29巻, 75-77.
- 松尾太加志 (2004) . 医療事故とヒューマンエラー 大山 正・丸山康則 (編) ヒューマンエラーの科学—なぜ起こるか, どう防ぐか, 医療・交通・産業事故—麗澤大学出版会, 49-72
- 二川美穂, 宮川理恵, 巽真由 (2014) . 看護提供方式にパートナーシップを導入しての 評価約1ヵ月目の一次評価. 淀川キリスト教病院学術雑誌第26回院内学会特集, 29-31.
- 野田真由美, 志賀寿美代 (2005) . 注射, 与薬, 検査業務におけるインシデントの原因と背景インシデントレポートの分析結果から 大分県立病院医学雑誌, 34巻, 104-106.
- 西尾亜理砂, 大津廣子 (2012) . 新人看護職員研修における看護技術の「教えられ方」の現状と課題. 愛知県立大学看護学部紀要, 18,31-38.
- 野本友紀子, 工藤圭美 (2007) . A病院の注射業務における確認作業の実態 アンケートから見えた段階ごとの確認の不足. 日本看護学会論文集 看護管理, 37号, 463-465.
- 任和子 (2013) . 基礎教育側から見た新人研修. 看護3月臨時増刊号, 65巻24号, 24-29.
- 佐居由美, 松谷美和子, 平林優子, 松崎直子, 村上好恵, 桃井雅子, 高屋尚子, 飯田正子, 寺田麻子, 西野理英, 佐藤エキ子, 井部俊子 (2007) . 新卒看護師のリアリティショックの構造と教育プログラムのあり方. 聖路加看護学会誌, 11,1, 100-108.
- 佐々木幾美 (2013) . 新人看護職員研修制度のさらなる普及と評価に向けて. 看護3月臨時増刊号, 65巻24号, 10-17.
- 佐相邦英 (2002) . チームによるエラー防止に向けて —チームエラーの概念から考える— 看護管理, 12,826-829.
- 佐藤 秀昭, 鈴木 洋子, 庄野 あい子, 大山 恵子, 竹内 由美, 今井 博久 (2013) . 病棟薬剤業務の導入によるインシデント発生の防止効果の検討. 薬事新報, 2799号, 35-37.
- 志賀 寿美代, 野田 真由美 (2006) . 卒後3年未満看護師のケア前確認行動の現状 研修会開始前のアンケート調査から. 日本看護学会論文集 看護管理, 36号, 499-501.

嶋田 典子, 薮田 さとみ, 前田 栄子 (2001). 新人ナースマニュアルI 初めての臨床に必要な知識と技術 初めての臨床に必要な知識と技術 事故を起こさないための注射の知識と注射法 臨床 看護, 27巻4号, 451-459.

新人看護職員に関する検討会 中間まとめ. (2010年12月). 参照日: 2015年6月30日, 参照先: 厚生労働省: <http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000050510.pdf>.

新人看護職員研修ガイドライン. (2011年2月). 参照日: 2015年6月30日, 参照先: 厚生労働省: <http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r98520000012808-att/2r985200000128vp.pdf>.

新人看護職員研修ガイドラインの見直しに関する検討会報告書. (2015年6月30日). 参照日: 2014年10月30日, 参照先: 厚生労働省: <http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000037728.pdf>.

新人看護職員研修に関する検討会報告書. (2011年2月14日). 参照日: 2015年6月30日, 参照先: 厚生労働省: <http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r98520000012808-att/2r985200000128vg.pdf>.

菅原さとみ, 原玲子 (2004). 基礎教育終了直後と就職1ヵ月目の新人看護師の医療事故への認識調査 日本看護学会論文集 看護管理, 34号, 63-65.

多田賀津子, 堀尾裕幸 (2013). ICUにおける指示伝達・実施過程の可視化と看護師の注射関連インシデントの解析 医療情報学, 33巻4号, 191-199.

田口尚美, 坂井恵子, 木本未来, 村田信子, 前野真佐美, 稲垣美智子, 多崎恵子, 松井希代子, 村角直子 (2011). 新人看護師におけるインスリンエラーの実態 看護実践学会誌, 23巻1号, 39-45.

田中共子, 兵藤好美 (2008). 看護教育における医療安全のゲーミング・シミュレーションの開発 - 教育者の視点からの評価 - 第3回医療の質・安全学会.

田中共子, 兵藤好美 (2010). 医療安全のためのゲーミングシミュレーションの開発 (3) - 看護学生を対象とした9種の試行 - 第5回医療の質・安全学会.

時本香理, 井出上千春, 柏原文子, 西本敦子, 岡野里美, 片島由美子 (2005). 正確・安全な与薬について ヒヤリハットの分析をして学んだこと. 因島総合病院医学雑誌, 11号, 52-55.

照屋典子, 宮城さやか, 新垣育美, 石川真紀子, 田島一枝, 福島ゆみ子 (2003). 当院透析室におけるインシデントレポートの分析とその対策. 透析ケア, 9巻6号, 577-581.

富田千里, 山崎聖子, 椎名喜子, 小池美智子 (2003). 看護業務の直接看護時間・転換回数・割り込み業務と誤薬事故発生の関連について. 日本看護学会論文集 看護管理, 33号, 42-44.

Reason, J. (1997). MANAGING THE RISKS OF ORGANIZATIONAL ACCIDENTS. /塩見弘, 佐相邦英, 高野研一 (訳), (1999). 組織事故一起こるべくして起こる事故からの脱出. 日科技連出版社.

山出誓子, 千葉美恵子 (2011). 多重課題における行動特性. 看護実践の科学 36 (5), 23-29.

和住淑子, 黒田久美子, 佐藤まゆみ, 西山ゆかり, 鈴木康美, 梅野加寿枝, 三谷理恵, 室屋和子, 白

川秀子, 荒屋敷亮子, 宮崎貴子 (2012). 新人看護師教育担当者育成モデルプログラムの開発と試行. 千葉大学大学院看護学研究科紀要, 34号, 45-50.