



一般社団法人
医療安全全国共同行動
いのちをまもるパートナーズ
Japanese Coalition for Patient Safety (JCPS)

YouTubeチャンネル 動画 002

医療安全文化 構築への道程

講師 杉山 良子

医療安全全国共同行動 企画委員
看護師、パラマウントベッド株式会社 顧問



いのちをまもる
PARTNERS
医療安全全国共同行動

本講義のねらい

超難題である「安全文化」を何故テーマにしたか…

安全文化は、個人とグループの価値観、態度、能力、行動パターンから生まれるもの

医療の「安全文化醸成」の道筋とは

みんなでつくり、みんなで根づかす

実用的で地に足のついた対策を一貫して継続することで、
徐々に形づくられてくるもの、全員参加が基盤

2



安全文化とは何か？ (1)

what

- 共通した価値観
- 【何が重要か】
と、

how

- 信念
- 【どのように物事を機能させるか】
であり、

make

- 行動規範
- 【われわれが身の周りの諸事に対処するやり方】
を作り出す

ジエームズ・リーズン: 組織事故 起こるべくして起こる事故からの脱出. 塩見 弘 監訳, 日科技連出版社, 1999. をもとに講師作成

3



安全文化とは何か？ (2)

安全の価値観

〈例えば〉

- 患者に被害を与えない
- 患者の安全を第一に考える

安全の信念

〈例えば〉

- 事故やエラーが出来る限り起きない仕事のやり方やシステムを構築する
- 安全管理体制をモニターする
- 安全教育の企画を実施する

安全の行動規範

〈例えば〉

- 手順や規則を遵守する
- 患者の声（要求）を聴く
- プロフェッションとしての自覚を持つ
- 学習する
- インシデント報告をする
- 事件事例を分析する

4

医療の安全文化

- 医療における安全文化とは、
医療に従事するすべての職員が、患者の安全を最優先に考え、
その実現を目指す態度や考えかた
それを可能にする組織のあり方をいう
- 「人は間違える」ことを前提として、システムを構築し機能させていく
 - ・ 人的要因（ヒューマンファクターズ）の研究
 - ・ 人間（行為要因）とシステム（環境要因）との
インターフェイスの改善

5

不安全の問題（＝事故）はなぜ起きる？

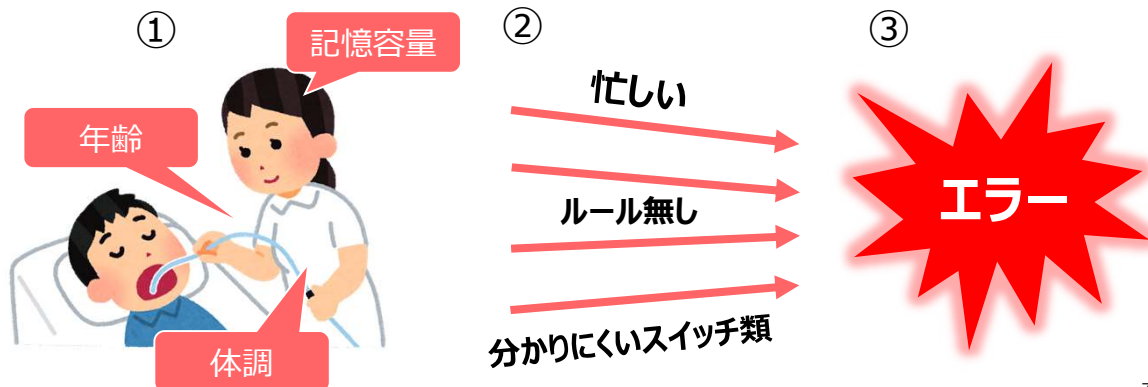
- 事故はたまたまでは起こらない
事故は **技術**と **管理**と **人**と **組織風土** に関わる
不備の現われがあったときに起きている
- 一つの事故のかけには
何件もの起きずにすんだ事故が潜在している

➡ **見えないエラーの存在**

6

ヒューマンエラーの定義

- ① 人間の生まれながらに持つ諸特性と
- ② 人間を取り巻く広義の環境により決定された行動のうち、
- ③ ある期待された範囲から逸脱したものである。



7

人間の特性

- 見たいように見て、聞きたいように聞く
- 自分では不安全な状況を全く意識していない

➤ 意識していても「ちょっとだから」と安易な気持ち

U : 油断

F : 不注意

O : 横着

- 考えることを面倒くさがる
- 本能的、直観的に行動する → インシデントの発生
- 失敗情報を隠したがる → 組織的対応の停滞

8

ヒューマンエラーの形態

<個人>

- 人間の能力的にできないこと（年齢による変化等）
- 取り違い、思い込み、考え違いなどの判断の錯誤（確認不足）
- 注意力の低下
- し忘れなど、記憶の失念
- その作業を遂行する能力や技量の不足
- すべきことを知らない、知識不足
- 手抜きや怠慢などの違反（ルール違反）

<チーム>

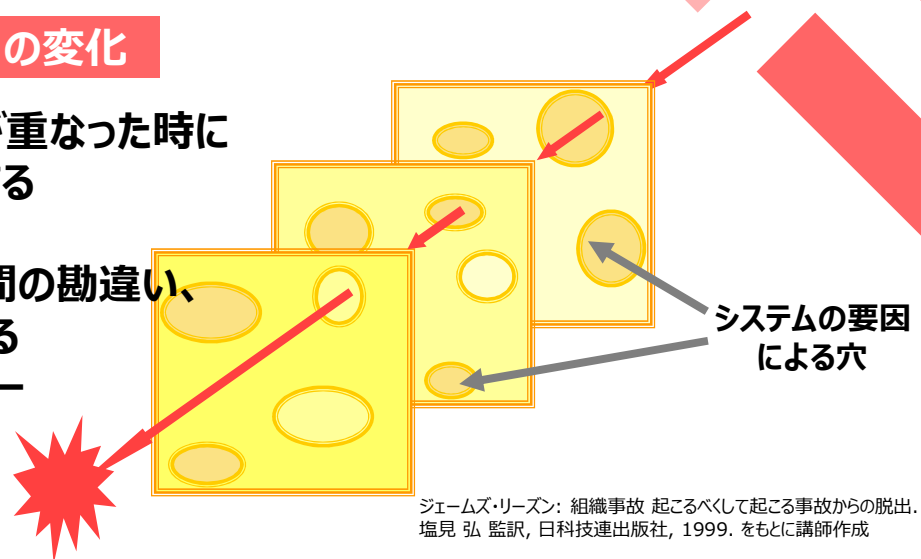
- コミュニケーションエラー

9

Reasonの スイスチーズモデル

人・物・環境 の変化

- 複数の要因が重なった時に事故は発生する
- その多くは人間の勘違い、思い込みによるヒューマンエラー



ジェームズ・リーズン: 組織事故 起こるべくして起こる事故からの脱出.
塩見 弘 監訳, 日科技連出版社, 1999. をもとに講師作成

10

スライスチーズモデル

- スライスチーズの穴は、人の注意力、設備機器の使いにくさ、作業環境の悪さに相当する
- 同じ人間でも穴の大きさは時々刻々変化し、穴の位置もスライスチーズ上を動き回ると考える
設備機器や環境条件の穴も同様である
- 穴の開き方は、その組織文化や職場風土、国民文化により、ある特定の傾向を持つと考えられている

11

ヒューマンエラーは原因ではなく結果である

- エラーは原因ではなく、結果である
- エラーは引き起こされる
- エラーは「ある状態や状況」と「ある行為や出来事」が互いに作用して起きる

ヒューマンエラー：

一連の行為の中の、システムによって規定された許容範囲を逸脱する行為

ルール違反：

組織として定めた決まりごとから逸脱した行為（ヒューマンエラーの一つ）

12

要因と結果の因果関係がわかる

- エラーや事故という結果に対して、何故その結果になってしまったのかという原因または要因を探ること
エラーには：
 - 計画した行動を意図したとおりに遂行するうえでの失敗
(**実行のエラー：すべきことをしなかった**)
 - 目的達成のために誤った計画を採用したことによる失敗
(**計画のエラー：すべきでないことをする**)
- エラー要因（目にみえているもの、目に見えていないもの）を取り除くことが 対策になる
- 要因と結果の因果関係を調べていくことが事例を分析すること
➤ **単一の要因で事故が発生することはない**

13

事故の発生構造

- **事象の連鎖**：事故の大きさと比較すると、小さな事象が絶妙なタイミングで連鎖的に発生
➤ **スイスチーズモデル**
- **背後（誘発）要因**：本当はあるが、目には見えていないエラー要因のこと
 - 誘発要因は、複数あることが多い
 - 誘発要因には、誘発の程度の強弱がある
- **類似事象の発生**：ある事故が顕在化すると、多くの場合、過去においても類似の経験が報告されている
➤ **1：29：300 ハイน์リッヒの法則**

14

ヒューマンエラーによる リスクの発生を誘発する 要因の分類

情報の散在	類似作業の繰り返し
情報の表示方法	作業の中断
知識のバイアス	逸脱の日常化
記憶への依存	付随的作業の不徹底
出現頻度の低い情報	外見の類似
複数の選択肢	名前の類似

15

対策として好ましくない例

- 次に起こるであろうエラーを予測したり防止したりすることよりも、直前に発生したエラー対策に躍起になっている
- 潜在的要因よりも 即発的エラーに注目している
- エラーの発生に寄与した状況（：環境）要因よりも人間そのものに注目している
- 奨励と軽微な制裁に頼りすぎている
- 「不注意」「態度が悪い」「無責任」などの意味のない非難がましい言葉を使う
- 偶発的なエラー誘発要因と 系統的なエラー誘発要因を適切に区別していない
- 最新のエラーや事故の因果関係に関するヒューマンファクターの知識に基づいていない

16

エラーマネジメントとしての対策

- 個人あるいはチームによるエラーの起こしやすさを最小にする対策
- 特定のタスクやそのタスクの要素においてエラーに対する脆弱性を改善する対策
- 現場にあるエラーを誘発する（また、規則違反を誘発する）要因を発見、評価、除去する方法
- 個人、チーム、現場にエラーを誘発する要因を生み出す組織的要因について診断する方法
- エラーを検出しやすくする対策
- 現場あるいはシステムにおけるエラー許容度を広げる対策
- システムを管理する人に潜在的原因の存在を気づかせる方法
- 人間の間違いやすさに対する組織固有の抵抗力を向上させる対策

17

プロセス指向

- 問題を正していくために、**仕事のやり方・仕組みを変えていくことを主として実践する改善の進め方**である
- 注意力、体調、性格、資質、能力など 人への問題もある
- 問題を突き詰めていくと、最後は人の問題に突き当たることが多い
しかし、問題が発生するたびに、人を変えていくということは難しい
- プロセスをよくすれば、そのプロセスを実行する複数の人に
影響を与えることができ、効果も大きい

18

WHO : 患者安全世界共同行動

WORLD ALLIANCE for PATIENT SAFETY

Looking for scapegoats is a very efficient way of killing more patients...



誰が？ではなく、なぜ？を問え

非難のサイクルから **改善**のサイクルへのマネジメント

19

事故防止活動へのアプローチ

- 「質」を向上させるためには、
現在の業務のやり方を少しずつ**改善**すること
➡ プロセス指向への転換：「よいプロセスがよい結果を生む」
- 改善のためのベースは標準化
標準手順を作成し、遵守すること
➡ **合意形成による制定、浸透・普及、維持**
(みんなで作くり、みんなで根づかす)
- 組織的な質改善を進めるための仕組みが必要
➡ **施設内で認知された安全推進チーム等**
- 全員参加

20

改善をすすめるにはPDCAサイクルを回す

Plan

- ① 目的を明確にする
- ② 目標（水準）を決める
- ③ 実行手順（標準）を定める

Do

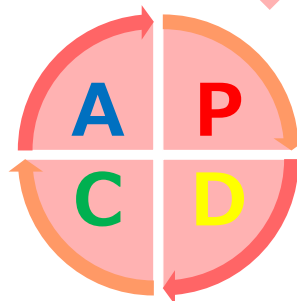
- ① 教育・訓練を行う
- ② 実行手順どおりに実行する

Check (study)

- ① 目標は達成できたか？ 出来ているか？ 問題はないか？
（それを知るのも インシデント アクシデントレポート）
- ② 他に不具合はないか？（副作用）

Action

- ① 応急対策：現象を取り除く
- ② 再発防止策：根本原因を除去する



21

リスクを回避するための2つの対策

- ① 患者にとってよくないことを起こさない

= **発生防止**

- ② 起こったときの患者の身体へ与える影響を大きくしない

= **影響緩和**

- この2側面の対策が重要となる
- 対策は無数にある
- できることから優先順位を決めて実践していく

22

安全文化の構成要素 (ジェームズ リーズン)

「報告する文化」

自らの過ちを報告しやすい環境を作る

「公正な文化」

組織内の公正さとモラルの維持

「柔軟な文化」

危機に際して、
組織を再構築して対応する

「学習する文化」

正しい結論を導き自己を改革する

「情報に立脚した文化」

安全情報システムの構築

23

ポジティブな安全文化を持つ組織 とは

- 相互信頼に基づいたコミュニケーション
- 安全の重要性に関する共通した認識
- 予防対策の有効性を確信すること によって特徴づけられる

*「安全文化」を定義した1993年の英国健康・安全委員会の報告書より抜粋



達成方法を明確にしたことで有用な定義となっている

24

まとめ

- 医療の安全文化とは、患者第一に考えること
- 安全性を阻む脅威として最も多い
ヒューマンエラー対策をしっかりと実践していくこと
- 安全文化醸成の道のは、全員参加で取り組むこと

25



いのちをまもる
PARTNERS
医療安全全国共同行動



ご清聴ありがとうございました