

〈原著論文〉

## 混合病棟におけるインシデントノートを使用した コミュニケーションエラー減少の取り組み

竹内 真知子<sup>1)</sup>, 島谷 美穂子<sup>1)</sup>, 平本 美津恵<sup>1)</sup>, 新 美保恵<sup>1)</sup>,  
山辻 知樹<sup>2)</sup>, 瀧川 奈義夫<sup>3)</sup>, 猶本 良夫<sup>4)</sup>

1) 川崎医科大学総合医療センター看護部,

2) 川崎医科大学総合外科学,

3) 川崎医科大学総合内科学4,

4) 川崎医科大学総合医療センター

**抄録** 2011年4月より合計12科の混合病棟となったことで、看護業務が煩雑化し、医療事故・過誤の高リスクとなっていた。その改善の目的で、当該病棟の看護師22名が、コミュニケーションエラーの回避・減少を目的としたインシデントノート（【ノート】と表記）を2011年7月10日から2011年12月31日まで使用し、記入されたデータから意図の共通性を分類した。さらに【ノート】使用の前後で実施した意識調査の結果を合わせて内容分析を行った。【ノート】の内容は、3つのコアカテゴリー（『コア』と表記）、その下層に計9つのカテゴリー（《カテゴリー》と表記）に分類された。『意識付けによる安全行動への期待』では、《発生したインシデントの状況の記述》および《確認不足による間違い》から、具体的な事実を確認でき、病棟にある潜在的リスクが情報として表在化された。そして《厳守規則》として、情報発信、ルールづくり、遵守徹底が図られた。【ノート】の使用によって、それらの情報をタイムリーに、アサーティブな方法でエラーを指摘することができ、意識付け、チーム間で話し合うという安全風土の形成に有効であった。『潜在リスクの表在化』では、意識調査において、経験年数9年以下では10年以上のスタッフに比べ危険を察知する割合が低いという結果が得られた。《不慣れ・知識不足からのインシデント情報》から、知識・経験の豊富なスタッフやリスク感性の高いスタッフが情報を提供することが、相互サポートとして活用できたことが判明した。『医師からの知識情報』では、12科32名の医師の指示に対応する必要性があり、この項目もノートに記述されエラーの低減に有効であった。当該病棟では、混合病棟による環境に影響を受けた個人要因を一番高いリスク因子と捉えており、【ノート】の使用はリスク因子を表在化し、改善策に結びつけることができた。また、【ノート】をツールとした情報共有によるコミュニケーションが、患者安全を意識した風土作りに有効と考えられた。今後は必要に応じ【ノート】を使用することにより、更なる看護業務の改善を図りたい。

doi:10.11482/KMJ-J201945035 (令和元年5月22日受理)

キーワード：インシデントノート，コミュニケーションエラー，混合病棟

緒 言

2011年4月時から川崎医科大学附属川崎病院

（2016年12月に新築移転し、川崎医科大学総合医療センターと名称変更された）のA病棟は、

別刷請求先

猶本 良夫

〒700-8505 岡山市北区中山下2-6-1

川崎医科大学総合医療センター

電話：086（225）2111

ファックス：086（232）8343

Eメール：ynaomoto@med.kawasaki-m.ac.jp

40年以上継続していた単科病棟から12科の混合病棟となった。32名の医師が診療に関わり、かつ9名の看護スタッフの異動も重なったため、病棟業務は煩雑化していった。2011年7月の当病棟の質問紙調査によると、小児患者がいる時、患者数が多い時、重症度・介護度が高い時、緊急入院がある時などの環境因子と、あせり・思い込み、確認不足、知識不足の個人因子が相互に作用し、コミュニケーションエラーが増加して、医療事故・医療過誤リスクの高い状態となっていることが判明した。嶋森らは「組織には事故を防止するための業務の手順やマニュアルなど複数の事故防護の仕組みがあるが、いつも完全ということではなくスイスチーズのように多数の小さな穴が空いており、これらの穴が偶然重なって全部の防御が破られたときに事故が起こる」と報告している<sup>1)</sup>。そこで、患者影響レベル0、レベル1の事例に着目し、改善策を見直すことで防御を強化する必要性を感じた。

そこで、コミュニケーションエラーの回避・減少を目的として、インシデントノート（以後【ノート】と略）を使用し、これを情報共有のツールとして利用することによって、このエラーの回避を達成できないかと考えた。【ノート】を使用した報告は、私たちが検索した範囲では認められず、解析の結果、エラーの回避・減少に有効であったと考えられたため報告する。

## 対象と方法

### 1. 対象と質問紙調査

川崎医科大学附属川崎病院のA病棟では、【ノート】を2011年7月11日から同年12月31日まで記入した。当該病棟の看護師22名を対象に、【ノート】使用前後のインシデントに関する質問紙調査を、【ノート】の記述データをもとに行った。対象者のうち経験年数が1～9年の者が11名、10年以上の者は11名であった。

### 2. 調査結果の解析

【ノート】記述内容の意図の共通性を分類し、意識調査結果を合わせた内容を分析した。【ノ

ト】活用時のルール（記述内容と共有方法）を以下に示す。

【ノート】には、インシデントに関連する内容（「危なかった」と思った事、病棟全体で要点のみを記載してある中央の申し送りノートに載らない詳細なルール、転倒・転落、誤嚥、自己抜去などのリスク）、急変時心肺蘇生の必要性の可否、尿測、飲水量をチェックしている患者、病名の未告知、患者家族の強い要望内容、易感染状態か否か、感染症の有無、医師からの注意すべき情報を記載することとした。そして、全体での申し送り場所に【ノート】を設置し、各勤務交代時の申し送りで新しく記述された内容を報告した。対象者は、各自【ノート】を読んだら押印することで、伝達の確認とした。

【ノート】の導入前後の質問紙調査では、リスクの大きさを0～10点の10段階で評価し、平均値を求めた。本研究は、2011年に当院看護部倫理委員会の承認（看倫委10-005）を得て実施した。調査は所属長・スタッフの同意を得て実施し、個人を特定できないようにデータ処理を行った。また、研究に協力できない場合も不利益が生じないことを提示した。

## 結 果

1) 【ノート】導入前のリスク因子の認識(図1)では、環境因子として「混合病棟」8.0点、「重症度、介護度が高い時」8.5点、「患者数が多い時」8.6点、「小児入院がある時」8.1点、「緊急入院

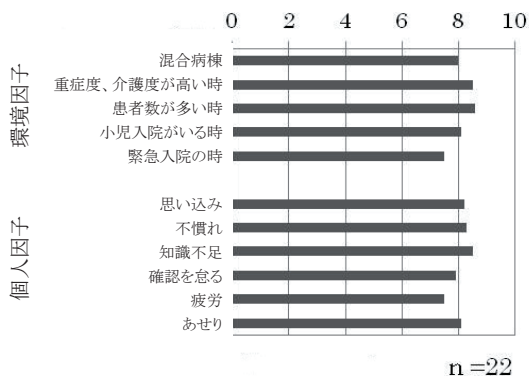


図1 リスク因子（【ノート】導入前）

の時」7.5点であった。また、個人因子として「思い込み」8.2点、「不慣れ」8.3点、「知識不足」8.5点、「確認を怠る」7.9点、「疲労」7.5点、「あせり」8.1点であった。

経験によるリスク因子の比較(図2)では、経験1～9年の群の【ノート】導入前は「疾患・症状」7.2点、「内服薬」6.7点、「点滴」6.9点、「検査」6.9点、「処置」6.8点であった。10年以上の群では「疾患・症状」6.7点、「内服薬」6.8点、「点滴」6.2点、「検査」6.3点、「処置」6.1点であった。経験年数の長い群が、若干低い値ではあったが、どちらの群でも科の混在による知識不足、経験不足がリスク因子として抽出された。ただし、

【ノート】導入前後の比較に着目すると、経験1～9年群では、「疾患・症状」、「内服薬」、「処置」についての点数の改善が著しく、これらでは、経験10年以上群よりも、低い値となった。また、「点滴」や「検査」についても、経験10年以上群と同等に低下していた。一方、経験10年以上群での【ノート】導入後の質問紙調査でも、前でのリスクの点数が、経験1～9年群より低かったこともあるが、その低下度合へ軽度であった。

インシデントを認知する期間(図3)では、導入前後の質問紙調査で、インシデントを当日に知る人は前後ともに0人、3日以内に知る人は7人から13人、1週間以内に知る人は7人から9人、1ヵ月以内に知る人は2人から0人、

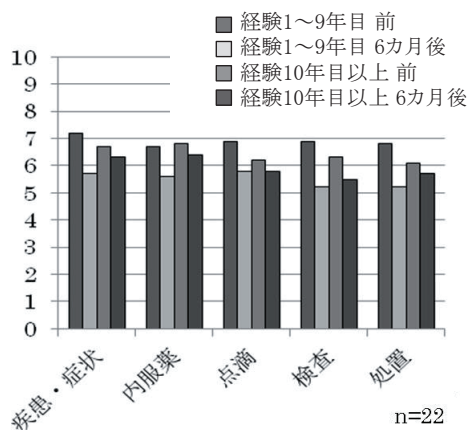


図2 経験によるリスク因子

知らないことが多い人が4人から0人という変化があった。全体として、記述された情報が到達する期間は短縮され、また「知らない事が多い」という回答が無くなった点は【ノート】の情報伝達における有効性を示した。

自己認識について(図4)では、導入前後の比較で、経験1～9年群は「知識・経験」では、前2.2点から後3.0点、「危険性を予測・評価」前4.0点から後5.1点、「リスク感性」前3.3点から後4.1点と変化していた。経験10年以上群では「知識・経験」が前4.1点から後5.2点、「危険性を予測・評価」前6.1点から後6.3点、「リスク感性」前5.5

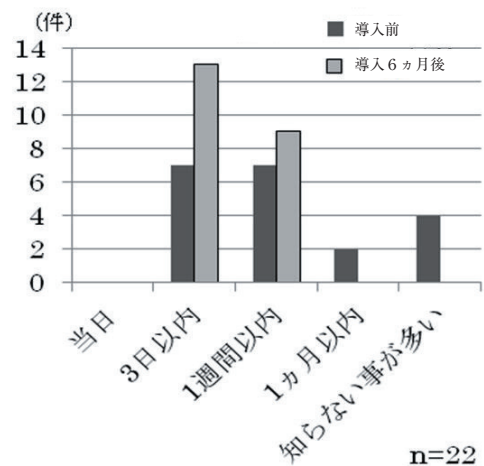


図3 インシデントを認知する期間

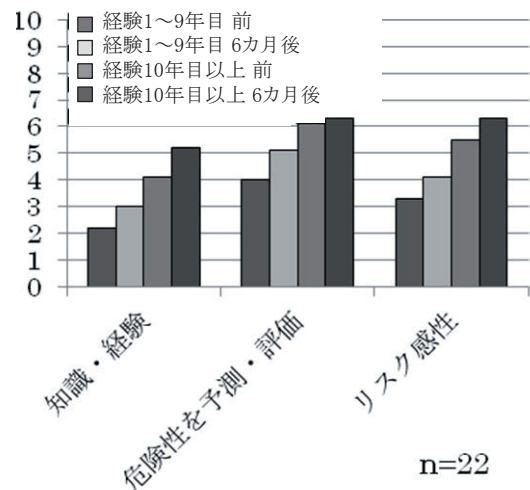


図4 自己認識

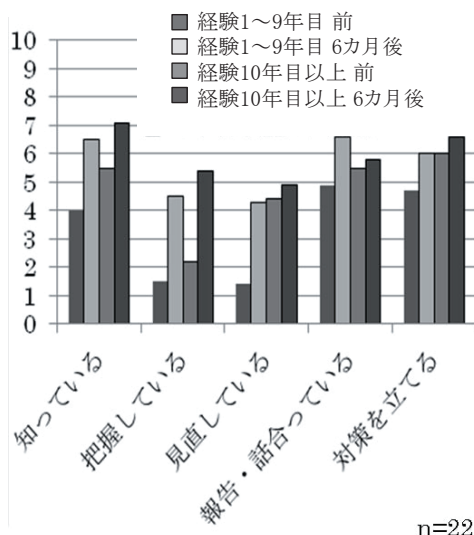


図5 病棟におけるインシデント

点から後6.3点と変化していた。これらの結果からはどちらの群でも、【ノート】の活用による点数の増加が示されたことになる。ただし、導入前の点数も、後の点数も、経験10年以上群が高値であり、経験1～9年群は、いずれの項目でも、導入後の値は、経験10年以上群の導入前の値より低値であった。

病棟におけるインシデントについて（図5）では、導入前後の比較で、経験1～9年群は「知っている」が前4.0点から後6.5点、「把握している」前1.5点から後4.5点、「見直している」前1.4点から後4.3点、「報告・話合っている」前4.9点から後6.6点、「対策を立てる」前4.7点から後6.0点と変化していた。経験10年以上群では、「知っている」は前5.5点から後7.1点、「把握している」前2.2点から後5.4点、「見直している」前4.4点から後4.9点、「報告・話合っている」前5.5点から後5.8点、「対策を立てる」前6.0点から後6.6点と変化していた。【ノート】の活用により情報が浸透していったことが窺われるとともに、特に経験1～9年群で、導入前値の低かった「把握している」と「見直している」の項目についても、後の調査への伸び率が高く、後者では経験10年以上群の導入前値とほぼ類似の値となった。さらに「知っている」や「報告・話

合っている」では、経験1～9年群は、前者では経験10年以上群の前値より高くなり、後者では経験10年以上群の前値・後値をも上回る結果であった。

## 2) 【ノート】の記述内容（表1）

【ノート】の記述内容について、著者らの経験とともに、その性質を慎重に精査した上で、分析をした結果、それらは『意識付けによる安全行動への期待』、『潜在的リスクの表在化』そして『医師からの知識情報』の3コアカテゴリーに大別することができると考えられた。また『意識付けによる安全行動への期待』には、『注意喚起事項』、『厳守規則』、『確認不足による間違い』、『患者個々の留意事項』そして『発生したインシデントの状況の記述』の5つのカテゴリーに細分できることが判明した。『潜在的リスクの表在化』のコアカテゴリーには、『不慣れ・知識不足からのインシデント情報』、『失念によるインシデント情報』および『コミュニケーションエラーの情報』の3つのカテゴリーが含まれていると判断された。そして、『医師からの知識情報』には、下層のカテゴリーとしても『医師からの知識情報』として捉えられる1つのカテゴリーのみが含まれていると解釈できた。

## 考 察

【ノート】の記述内容を3つのコアカテゴリーに分けて考察した。まず、『意識付けによる安

表1 【ノート】の内容分析

『意識付けによる安全行動への期待』
注意喚起事項
厳守規則
確認不足による間違い
患者個々の留意事項
発生したインシデントの状況の記述
『潜在的リスクの表在化』
不慣れ・知識不足からのインシデント情報
失念によるインシデント情報
コミュニケーションエラーの情報
『医師からの知識情報』
医師からの知識情報



全行動への期待』では、『注意喚起事項』、『厳守規則』、『確認不足による間違い』の記述内容から、決められていないルールがあること、既存のルールが適応していないこと、また、煩雑な中で決められている事を意図的に省いていることからエラーに繋がっているものと考えられた。そこで、ルールづくり、既存のものを見直す必要性、遵守徹底の意識付けをする必要性がうかがわれた。また、『患者個々の留意事項』から、高齢患者から小児までの広範に渡る注意事項、疾病別の注意事項があげられ、カルテ記録や申し送りだけではなく、【ノート】を活用しスタッフ全体で知っておくことで、安全が確保できると期待する意図が感じられた。さらに、質問紙調査の結果から、経験10年以上の看護師でも、これまでの業務で経験していない疾患に対する治療や看護について、不安や知識不足というリスク因子があると感じていると考えられた。安全に看護を提供するために、リスク因子情報を広めて共有する必要性があった。【ノート】導入によって、こういった情報が共有されたことで、同じ病棟内で、診療部門別に細分化されたいくつかのチームの間でも隔たりなく、病棟全体で患者を把握し、エラーの予防に努め、相互支援の関わりを持つことができるようになったと考えられた。『発生したインシデントの状況の記述』では、経験の少ない者、リスク感性が低い者でも注意を払うことができるように、どのような状況がインシデントを発生することに繋がったのか、単なる担当者個人の反省ではなく、病棟内の看護担当者全体にまで視野を広げる情報交換システムが構築されたことが考えられた。このことは、【ノート】導入前には、インシデントの再発防止に関する情報共有の必要があったことを表出した。

次に、『潜在的リスクの表在化』では、『不慣れ・知識不足からのインシデント情報』より、混合病棟になったことで不慣れな処置などでリスクに気づけない事も多かったことが推察され、可視化された表示をすること、複数の視点でチェックできるよう注意ポイントを提示する

ことが必要であったことが明らかとなった。また、『失念によるインシデント情報』では、一人で仕事を抱え煩雑な業務環境の中で、処置等の時刻を忘れ、業務に追われる中で他者に頼みづらいという状況となり、失念インシデントにつながっていたと考えられた。【ノート】導入後の結果から、全員が対応できるようチェック表、表示、タイマーの設置などで、仕事を協力し合う意識作りが必要であることが明白となった。『コミュニケーションエラーの情報』では、煩雑な状況の中で看護師がナースステーションに不在になることや忙しそうな雰囲気から、医師が指示変更の声かけを怠ることがあり、口頭指示による誤認、確認不足、失念などが認められた。そのため、医師との指示受け方法を決め、指示表の徹底、指示表不明点の確認をする必要性があった。また、スタッフ同士の口頭の伝言は情報が曖昧になり、聞き間違い、思い込みなどによって内容が変わることがあり、時間的切迫や多重業務によりさらに確認を怠り、ミスにつながるため、媒体を使用した紙面での伝達が必要であると思われた。

3番目にコアカテゴリー『医師からの知識情報』のカテゴリー『医師からの知識情報』では、教科書には載らない医師からの視点による事柄も提供された。これらの情報はその場に合わせ聞いた個人だけでなく、病棟スタッフ皆で共有していく必要性があり、【ノート】への記述は有効であった。

師長・院内のリスク委員・使用を分析する研究者が【ノート】の使用法を理解、推奨し、【ノート】をそれぞれのチームメンバーと共有することにより、病棟内の意識を統一することが可能となった。これまでは申し送りや会話など、人伝えで情報が広まることが多く、知るのに時間がかかり、簡単な情報のみで重要性が伝わらずスタッフに周知される前に伝達が途切れることもあった。【ノート】に記述されることで、正確な情報を全員が得ることができるようになった。そして、いつでも見直すことができ、その場にはいない人の意見も得られるようになった。

【ノート】を繰り返し申し送ることや、何度も手に取って確認できることで浸透しやすくなったと考えられた。インシデントを知る期間が短縮されて同じミスをしないよう早めの対応、意識付けを図ることもできた。

河野は、報告が積極的に行われるようにするための一つに容易に報告できることと報告している<sup>2)</sup>。当病棟では、【ノート】導入前の質問紙調査よりインシデントレポートでは「忙しくて書くのを忘れる」、「大きいことではないから」および「人のものは書きにくい」といった意見があり、各自が感じている潜在的リスクの情報伝達が不足していることが窺えた。しかし、

【ノート】には、時間的にも量的にも、そして精神的にも容易に書けることで、小さな内容でも開示されるようになり、煩雑化している病棟でもエラーの表在化、継続的な状況モニターを行うことが可能となったと推察された。

山内は、エラーの指摘を抑制する要因として、「人間関係の悪化が心配」、「立場の違い」を上位にあげており、「エラーへの指摘は、人間関係を悪化させると捉えられ、それを回避しようとして、エラーへの指摘が抑制される」と報告している<sup>3)</sup>。他者への指摘のためらいは【ノート】でも継続されたが、書く側は客観的に攻撃性のない表現を選んで事実のみを記載するため、アサーティブな指摘となってメンバー間で指摘しチームでエラー回復することに繋がった。

インシデントレポートでは提出意識の低かったレベル0、レベル1のインシデントや患者情報・注意事項などが多く提示され、スタッフ間にリスク因子への危機意識が高まっていった。

【ノート】はインシデントの報告という意識から、業務改善、患者の安全へ向けての情報交換といった意識に変わり多く活用されたのではないかと考える。

嶋森らは「危険だと感じる作業は人によって異なる」と述べている<sup>4)</sup>。質問紙調査結果から経験1～9年群の看護師に情報が行き届きにくいこと、危険を察知する割合が低いという結果が得られており、【ノート】にリスク感性の高

いスタッフが情報を提供することでスタッフ全員が危機回避の視点を持って仕事に取り組むことができるようになっていった。

【ノート】自体が状況を正確に伝えるコミュニケーションツールとして活用され、他チームへの注意喚起を促し、リスク因子がある患者や事柄について共有するツールとなった。【ノート】はそれらの情報をタイムリーに意識付けに役立て、チーム間で話し合うという安全風土作りにとっても有効であったと思われる。

試験的な【ノート】の導入は2011年の後半であったが、その後、継続的に【ノート】の使用が行われ、また、いくつかの病棟にも拡充した。こういった対策によって、安全な医療の提供を、病院全体で実施し、さらにインシデントの回避と減少に向けた努力を怠らないことが大切であると思われる。

なお、2016年12月に新病棟が開設され、科の再編成に伴いコミュニケーションエラーが減少し、当該病棟では【ノート】の活用は終了した。

## 利益相反

本論文の内容に関して、全著者は開示すべき利益相反はない。

## 引用文献

- 1) 嶋森好子, 福留はるみ, 横井郁子: 病棟から始めるリスクマネジメント. 東京, 医学書院. 2002, pp2-12
- 2) 河野龍太郎: 医療におけるヒューマンエラー. 東京, 医学書院. 2004, pp2-14
- 3) 山内桂子: 医療安全とコミュニケーション. 千葉, 麗澤大学出版会. 2011, pp56-65
- 4) 嶋森好子, 福留はるみ, 横井郁子: 病棟から始めるリスクマネジメント. 東京, 医学書院. 2002, pp62-67

〈Regular Article〉

## Utilizing incident notebooks to decrease nursing staff communication errors in a mixed-department ward

Machiko TAKEUCHI<sup>1)</sup>, Mihoko SHIMATANI<sup>1)</sup>, Mitsue HIRAMOTO<sup>1)</sup>,  
Mihoe ATARASHI<sup>1)</sup>, Tomoki YAMATSUJI<sup>2)</sup>, Nagio TAKIGAWA<sup>3)</sup>,  
Yoshio NAOMOTO<sup>4)</sup>

*1) Department of Nursing, Kawasaki Medical School General Medical Center,*

*2) Kawasaki Medical School, Department of General Surgery,*

*3) Kawasaki Medical School, Department of General Internal Medicine 4, Kawasaki Medical School General Medical Center,*

*4) Director of Kawasaki Medical School General Medical Center*

**ABSTRACT** In April of 2011, Kawasaki Medical School General Medical Center created a mixed ward consisted of twelve different departments. This mixed-department ward initially resulted in more complex nursing duties and a higher risk of medical incidents. We analyzed descriptions written by 22 nurses in incident notebooks shared among the mixed-department ward nurses between July and December of 2011, and an awareness survey performed six months after the mixed ward was created. The contents of the notebooks were classified into three core categories with nine sub-categories. In the core category [safe behavior through awareness], incident data from the sub-categories “incident descriptions” and “errors due to a lack of communication” was presented to the ward nurses and “rules to be sure to follow” were decided and implemented. The notebooks were helpful for finding problems in a clear and timely fashion and helped create a culture of safety by raising awareness and communication among the various teams in the ward. The second core category [awareness of hidden risks] was especially noticed by nurses with over ten years of experience, according to the awareness survey. Nurses with vast knowledge and experience along with nurses with an above average risk sensitivity were able to mutually support less experienced nurses with information in the sub-category classified as “incidents occurring from inexperience or a lack of knowledge.” The final core category [information from doctors] were notes written in response to information from one or more of the 32 doctors working in the ward. Knowledge from the physicians was recorded and shared among the nursing staff through the notebooks. In the mixed ward, the environmental factors considered to be the highest risk factors were recorded in the notebooks and led directly to improved measures. In addition, the communication fostered by sharing information in the notebooks contributed towards a conscious culture of medical safety management.

*(Accepted on May 22, 2019)*

**Key words :** Incident notebook, Communication error, Mixed-department ward

---

Corresponding author

Yoshio Naomoto

Director of Kawasaki Medical School General Medical Center, 2-6-1, Nakasange, Kita-ku, Okayama, 700-8505, Japan

Phone : 81 86 225 2111

Fax : 81 86 232 8343

E-mail : ynaomoto@med.kawasaki-m.ac.jp