

総合保健医療論

これからの保健・医療・看護

編集 阿部俊子
山口徹



- 2) 田辺 肇 (2000) テキスト危険予知訓練, 中央労働災害防止協会
- 3) 山内桂子・隆久 (2000) 医療事故——なぜ起こるのかどうすれば防げるか——, 朝日新聞社
- 4) 嶋森好子 (主任研究者), 看護業務に関する医療事故の実態調査から医療事故防止策を検討する, 平成12年度厚生科学研究報告書
- 5) 嶋森好子他 (2000) 病棟からはじめるリスクマネジメント, 医学書院
- 6) 嶋森好子他 (2000) コミュニケーションエラーの発生要因に関する研究——医療従事者のコミュニケーションエラーの防止対策の検討——, 第7回日本看護管理学会年次大会講演収録

③ ヒューマンエラーとヒューマンファクターズ

[1] 医療・看護と人間工学

医療・看護業務は、専門的な知識のみならず、膨大な数の薬剤や、医療機器、電子カルテなどの情報システムに対する知識、さらに患者や、協調作業を行うスタッフ・他職種との円滑なコミュニケーションが必要となるといったように、非常に複雑で困難な作業といえます。これらの業務は高ストレス下での作業を余儀なくされ、またタイムプレッシャーや作業中断といった、困難な条件下で作業を行わなくてはならないことがあります。そのため、業務を安全で、効率よく行っていくためには、作業手順や作業の方法だけでなく、患者やメンバーとの関わり合いも考えていかなければなりません。その際には、例えば乳児から高齢者までのさまざまな年齢階層、そして数多くの人間属性・要因を考慮しなければなりません。さらに、利用する医療機器やツール・資材、作業の遂行に対しては時間的な効率や質だけでなく、安全面、使いやすさ、快適さ、精神的な満足感といったような、多くの人間的な側面が関係してきます。このようなマン-マシン・システムや労働、さらには社会環境における諸問題の解決に際して、人間的な側面からアプローチしていくこうというものが**人間工学**です。

人間工学は百数十年前にヨーロッパとアメリカでそれぞれ別々に生まれ、育ち、それが日本に入ってきました。ヨーロッパでは作業を効率よく、安全に、そして疲労度が最小となるような作業方法を構築することがその出発点でした。一方、アメリカでは作業で利用する機器や装置を人間の機能や要因に合わせて（つまり心理学の知見を利用して）設計・改善することを目的として始まったといわれています。このように、目的はほとんど同じですが、着眼点、動機が異なっていたため、ヨーロッパでは“Ergonomics”，そしてアメリカでは“Human Factors”という別の用語を用い、今日でもそれらの名前で呼ばれています。技術や社会の進展とともに、従来の作業の中心であった運動機能を主として利用する肉体（マニュアル）作業から、創造性を發揮し、知的な意思決定を行う精神作業まで、人間工学の対象は広がってきました。このような対象の広がりとともに、利用する方法論・アプローチも進化、発展し、今では全世界で統一的に認識される1つの学問分野として、人間工学はさまざまな分野や産業で利用されています。

人間工学をもう少し厳密に定義すると、次のようにになります。つまり、人間工学とは、人間に直接関わりを持つ「もの」を、人間の種々の「特性」をもとにして、人間にとて好ましくなる

ように「つくりだしていく」ための学問、実践分野です。ここで、人間に直接関わりを持つ「もの」とは、道具、機械、マンマシン・システムといった物理的な「物」だけではなく、作業や環境、組織、あるいは人間の活動や作業の方法、サービス、制度なども含まれています。看護業務（そこで利用する機器を含めて）を安全に、そして効果的に管理・運営・実施していくことも、人間工学の重要な対象であることはいうまでもありません。人間にあって「好ましい」ということには、使いやすい、あるいは行動しやすいといったことだけでなく、安全性、快適性、効率性、有効性、学習性（学習のしやすさ、慣れやすさ）、保守性、拡張性、柔軟性、社会性など、さまざまな評価項目が含まれています。しかし、これらすべてを満足させることは不可能ですし、対象とするシステム、あるいは作業の目的、特徴によって、これらの評価項目のうち特に考慮しなければならない項目（通常は複数あります）も異なります。そこで、これらの中から目的に合った評価項目を選択し、それらの重要度（相対的なウエイト）が決定されなくてはなりません。

この定義から分かるように、人間工学の究極の目的は「ものをつくりだしていく」という応用的な側面にあります。しかしながら、このような応用のためには、人間の処理特性、処理の方法・メカニズムといった人間を理解するための基礎的な知識・知見も、もちろん重要です。すなわち、人間の行動や処理に関する基礎的な知識・知見を利用して、実際の設計・改善、あるいは計画・管理活動に利用、応用していくための考え方や方法、アプローチなどが人間工学を形成しています。そして、この「ものづくり」は対象により、医療機器・ツールの設計、あるいは電子カルテのようなシステム設計の場合もあるでしょう。また、安全で、効率のよい看護業務の設計・改善、あるいは病院内の看護組織の設計といったように、さまざまです。

[2] ヒューマンエラーとは

近年、医療事故に対する社会的な関心が非常に大きくなっています、「患者安全」(patient safety)に対する取り組みの重要性が強調されています。¹⁾これらの医療事故の多くは、何らかの人間のミス、すなわちヒューマンエラーが絡んで引き起こされています。このような事故とヒューマンエラーの関係は医療現場だけでなく、航空機、船舶、鉄道、原子力発電など、現在のすべての分野に共通するものです。²⁾人が起こすヒューマンエラーの特徴や要因を明らかにして、特に安全面を強調して効果的な作業、利用機器、組織を設計・構築していくというのがここでの目的です。これは、上述した人間工学の中心的な対象であるとともに、「人は必ずミスを犯す」という特徴から、そして究極的には「事故ゼロ」の業務システムを構築するといった点で、ヒューマンエラーは人間工学におけるもっとも重要な、永遠のテーマといえるでしょう。

ヒューマンエラーや事故・安全に関して、私たちがよく耳にする用語をまとめたものが表V-15です。ここで、ヒューマンエラーとは、「システムの目標に対して許容可能である範囲を超えた人間の行動」と定義されるのが普通です。ここで、何をもって「許容範囲を超えた」と判断するかは、それぞれのシステム、およびその状況（コンテキスト）によって決まるものです。例えば、抗がん剤の点滴速度の設定において24時間で実施するところを、23時間で落としてしまったら、このときヒューマンエラーを犯したことになります。一方、同じ点滴速度の1時間の誤差であっても、栄養剤の点滴であったらヒューマンエラーではないでしょう。ここで問題になるのは、このような「許容範囲」の判断を事前に行なうことはなかなか困難で、結果として事故に至った行動として「許容範囲を超えた」と判断されることが多いという事実です。つまり、このような定義

表V-15 ヒューマンエラーを取り巻く用語

用語(英語)	日本語	意 味
●事故・安全に関する用語		
accident	事故	人的、あるいは物的損害(損失)を招く意図しない出来事
incident	インシデント	人的、あるいは物的損害(損失)はないが、記録にとどめておくべき、あるいはあと一步のところで事故に結びつく異常な出来事
near miss	ニアミス	事故に結びつく一歩手前の異常な出来事
fault	故障	人、あるいは「もの」の性質の欠点・欠陥
failure	失敗	通常の機能ができなくなること、あるいはその状態
harm	危害	人、あるいは「もの」に対する損害(損失)
hazard	ハザード	人、あるいは「もの」に損害(損失)を引き起こす要因
risk	リスク	人的、あるいは物的損害(損失)をこうむる潜在的な可能性。 通常は、(事故の大きさ)×(事故の頻度)であらわされる(例えば、死亡確率/人・年)
●エラー・信頼度に関する用語		
error	エラー	「誤り・間違い」をあらわす一般的な用語。行動の要求される目標状態からのずれ
mistake	ミステーク	不注意・誤解などから生じた判断や解釈過程で起る誤り
lapse	ラップス	意図した行動の失敗(行動が意図どおりでない)
slip	スリップ	動作途中(行動過程)で生じたちょっとした軽い間違い
reliability*	信頼度	目的の好結果の遂行確率(エラーの正反対の概念)

* 信頼性工学の定義を用いると、個人が必要な時間内にシステムの要求する仕事を正確に遂行し、システムの機能を低下させる余計な行動をしない確率

(伊藤謙治(1997) 高度成熟社会の人間工学、日科技連出版社より改変)

では事前にヒューマンエラーを同定することは不可能で、事後的な解釈でしかヒューマンエラーを定義することができないという批判があります。

ここで強調すべき点としては、ヒューマンエラーは許容範囲を超えた人間の行動・行為、あるいは処理であって、そのような行為の結果や不幸にして引き起こされた悪い出来事(adverse event: 事故、インシデント、など)を意味するものではないということに注意してください。例えば、輸血液準備の際にラベルの「交差」の欄のチェックを「見落として」しましたとします。そして、この輸血液が投与されてしまい(投与時にも「見落とし」があった)、これが運悪く「未交差」の輸血液でした。さらに悪いことに、これがこの患者に適合しない血液で、患者がショック状態に陥ってしまったという状況を想定してみましょう。このときのヒューマンエラーは「交差」欄の見落としてあり、患者がショック状態に陥ったインシデントではありません。このケースにおける患者のショック状態は、「交差欄の見落とし」というヒューマンエラーが起因となった「結果」です。

[3] ヒューマンエラーに対する考え方

(1) ヒューマンエラーの分類

事故解析やヒューマンエラーの分析をする際に、エラーを何らかの観点で分類すると都合がよいのです。エラーについては数多くの分類法が提案されていますが、ここではもっともよく利用されている「行動の類型」と「情報処理プロセス」による分類を紹介します。

「行動の類型」による分類は、もとは原子力プラントの制御室内のオペレータのヒューマンエラーを分析するときに開発されたもので、現在ではさまざまな対象でもっともよく用いられている分類法です。これについては、次の5つのタイプのヒューマンエラーに分類しています。

① 省略エラー (omission error)

必要なタスク、あるいは処理ステップを省略してしまうエラー（やるべきことをやらなかった）。
例：処方箋の見落とし、ダブルチェックの省略、など。

② 誤処理エラー (commission error)

誤ったタスク、あるいは処理を実行してしまうエラー（やるべきことはやったが、不十分だった、あるいは間違っていた）。例：点滴速度の設定ミス、チューブ接続のミス、など。

③ 不当処理エラー (extraneous error)

不当なタスク、あるいは行動を行ったエラー（やってはならないことをした）。例：看護師管理の薬剤の患者への手渡し、指示なし薬剤の投与、など。

④ 順序エラー (sequential error)

タスク遂行の順序を間違えるエラー（やるべきことはやったが、それらの順序が違った）。
例：複数の薬剤の注射順序間違い、調剤の順序間違い、など。

⑤ タイミングエラー (timing error)

所定の時間にタスクを実行しないエラー（正しい処理を行ったが、早過ぎた、あるいは遅過ぎた）。例：点滴時間の遅れ、申し送りの遅れ、など。

「情報処理プロセス」によるエラーの分類では、知覚、認知といった人間の情報処理プロセスのほかに、協調作業の重要性からコミュニケーションを含めた、以下に示す5つのエラーに分類します。

① 知覚エラー

必要な情報を眼や耳などの感覚器を通じて、後の認知プロセスで利用できるように取り込むときに生じるエラー。誤認、見落とし、状況認識の誤り、など。

② 認知エラー

情報の変換、思考、問題解決・意思決定、知識・ノウハウの形成などの認知的処理を行うときに生じるエラー。考え違い、勘違い、判断ミス、計算間違い、など。

③ 記憶エラー

長期記憶に情報を貯蔵するとき、あるいは長期記憶に格納されている情報に認知処理を行うために短期記憶にとりだすときに生じるエラー。物忘れ、記憶違い、など。

④ 運動エラー

認知プロセスで行った意思決定に対して、人間の運動器官を通じて実際に使う動作、機器の操作を行うときに生じるエラー。誤操作、タイプミス、など。

⑤ コミュニケーションエラー

メンバー、患者などと協調、あるいはコミュニケーションをはかるときに生じるエラー。会話・連絡ミス、指示抜け、命令ミス、など。

(2) ヒューマンエラーと事故の関係

ヒューマンエラーがどのように事故に結びつくのか、事故発生のメカニズムは医療・看護現場だけでなく、ほかの分野にも共通した次のような特徴があります。³⁾

まず、事故には何らかの形で必ず人間のミスが絡んでいます。事故に関わる人間は、直接医療や看護に携わる医師・看護師だけではなく、管理・運営に携わる人のミス、あるいは医療機器の保守・整備、ときには設計に関わる人のミスなど、医療・看護に関係するさまざまな人のヒュー

マンエラーが原因となっている場合があります。

しかし、たった1度のヒューマンエラーが即事故を引き起こすことはほとんどありません。いくつかのヒューマンエラーが続けて起こることによって事故が発生するのが普通です。ここで重要な点は、このような連鎖したエラーの中で、どこか1度でも適切な行動がとれていれば、通常は事故を回避することができるということです。

このように、事故は複数のヒューマンエラーにより起こますが、これらのエラーのすべてが人の不注意によるものではありません。むしろ、ヒューマンエラーを誘発する潜在要因が必ず存在するといつても過言ではありません。特に、いつもと異なった条件や状況で作業を行ったときには、エラーが起こりやすくなります。例えば、俗にいう「パニック」と呼ばれる状態、過度のストレス下での業務、そして今までに経験したことがないような作業環境下での行動では、ヒューマンエラー発生の確率は増大していきます。また、ヒューマンエラーの背景として、組織的な問題が存在する場合も多いことがよく指摘されています。

[4] ヒューマンエラー要因と防止策

(1) 患者安全のアプローチ

ここまで述べたヒューマンエラーと事故の関係を踏まえると、患者安全追求のための基本的な考え方は、次のようにまとめることができるでしょう。まず、「人間は必ずミスを起こす」と認識し、その前提に立って事故防止の対策を立てなくてはなりません。どんなに優れた医療機器を使っても、ヒューマンエラーを減少させることは可能ですが、ゼロにすることはできません。つまり、精神論や根性、規律、規則によってのみ、ヒューマンエラーや事故防止の対策とするのは非常に危険です。このことが、患者安全に対する「基本姿勢」です。

前に述べたように、1つのエラーがすぐに事故に結びつくことはありません。つまり、ヒューマンエラーの連鎖を避ける仕組みをシステムに組み込むことがもっとも重要な点です。それには、エラーそのものを起こす可能性を排除するような仕組みを内包することです。このような方法に、フループルーフ (fool-proof) やフェールセーフ (fail-safe) があります。ヒューマンエラーが起っても事故に結びつかない、このような作業システムを構築することが、患者安全に対する「基本コンセプト」です。

しかし、このような仕組みを構築したからといって安心してはいけません。なぜなら、フループルーフなどの仕組みは、事故原因・要因が解明されて初めて実現が可能になるものです。発生原因がまだ分かっていない事象は数多く存在します。このような事象に対して、つまり潜在的な事故リスクを低減させるためには、ヒューマンエラーそのものを減少させるほかありません。このようなエラー率の低減を組織的支援により実現する方策を考えていかなくてはなりません。ここで重要なことは、スタッフ個人に任せのではなく、組織的な支援により潜在的なリスク要因を潰すことです。これに関してよくある例に自己啓発がありますが、そうではなく、体系的な教育・訓練により知識を習得させる必要があります。これが、基本コンセプトをバックアップする患者安全の「増強コンセプト」です。

以上述べたように、「基本コンセプト」による安全システムの仕組みづくりと、「増強コンセプト」によるヒューマンエラー低減に向けた組織的・管理的サポートは、患者安全に対する車の両輪です。これらを有機的に統合した安全活動が必要です。

(2) ヒューマンエラー要因

ヒューマンエラーの発生率は、作業を行う人、作業方法・条件、作業環境、組織に関する事項など、さまざまな条件により変化していきます。前述のとおり、これらのヒューマンエラーの要因を組織的努力により、いかにうまくコントロールするかが患者安全の大きなポイントになってきます。ここでは、看護業務のヒューマンエラーに関する要因を表V-16に示すように、大きく

表V-16 看護業務におけるヒューマンエラーの要因

① チームワーク要因： チームワークや患者との関係、コミュニケーションに関する要因	<ul style="list-style-type: none"> ● 医師一看護師間のコミュニケーション・チームワーク ● メンバー間（看護師間、医師間など）のコミュニケーション・チームワーク ● リーダー・フォローアーとのコミュニケーション・チームワーク ● 部門間の関係・コミュニケーション ● 患者・患者家族との関係・コミュニケーション ● その他
② スタッフの個人要因： 医療・看護スタッフの個人的な人間要因	<ul style="list-style-type: none"> ● 知識、経験：経験、技能などを含めた専門知識の状態 ● 肉体的・精神的能力 ● 疲労、健康状態：体調・病気・眠気、覚醒水準などを含めた状態 ● ワークロード・ストレス：退屈・単調感なども含めた状態 ● 心理的状況：思い込み、タイムプレッシャー、慌てる、パニックなど、通常とは異なる精神状態 ● モラール・モチベーション ● その他
③ 患者の個人要因： エラー発生に関係する患者の個人属性	<ul style="list-style-type: none"> ● 年齢：特に高齢、乳児、幼児など ● 意識障害：理解力、自己管理能力を含めた意識状態 ● 精神状態・心理状態 ● 運動・視覚障害 ● その他
④ 作業要因： 作業の条件や内容に関する要因	<ul style="list-style-type: none"> ● 作業時間帯：特に、深夜・早朝、休日など ● 作業条件・状況：多忙、作業の中止、複数作業・並行作業、困難作業・複雑作業など ● 作業スケジュール ● 作業方法 ● 例外的作業条件 ● その他
⑤ 機器・設備要因： 医療・看護行為で利用する機器や設備に関する要因	<ul style="list-style-type: none"> ● 医療機器・システムの機能 ● 医療機器・システムの信頼性（不良・故障・誤動作） ● 医療機器・システムのインターフェース ● 情報機器（電子カルテなど）の機能、信頼性、インターフェース ● 医療資材・ツール（チューブ、注射器など）の不具合 ● その他
⑥ 組織要因： 病院内の管理や支援など、組織の運営管理に関する要因	<ul style="list-style-type: none"> ● マニュアル・チェックリスト ● 医療上の書類・ドキュメント（カルテ、看護記録、注射箋、など） ● 業務に関するルール・手順・手続き ● 指示・伝達・意思決定 ● 教育・訓練 ● 勤務体系・管理規則・作業時間・休憩時間・雇用条件 ● マネジメントの姿勢・安全文化 ● その他
⑦ 環境要因： 医療・看護業務を行う場に関する要因	<ul style="list-style-type: none"> ● 病室の物的環境：レイアウト、騒音、照明、空調などの不具合 ● ナースセンター（作業場）の物的環境 ● 同姓同名・類似の患者 ● 類似の薬品名、薬剤の形状・色の類似 ● その他

7つに分類して、整理しましょう。

(3) 事故・ヒューマンエラーの防止策

看護における事故防止は、基本的には前述の「患者安全のアプローチ」に従って再発防止策をとっていくことが重要です。そのためには、事故・インシデント、ならびにヒューマンエラーに関する分析を行い、その原因や背景要因を潰す適切な対策をとっていきます。ここでは、再発防止策としてよく適用される代表的な方法について簡単に説明しましょう。

① 危険要因の除去

最初に考えるべきことは、事故に対する危険因子を取り除くことです。そのためには、タスクごとに何が危険因子となっているのか、調査・分析を行い、それに従った対策を行うことが必要です。

② フールプルーフ

何度も述べていますが、どんなに注意しても人間は必ずヒューマンエラーを起こします。そこで、人間が誤りや誤操作を起こすことができないような仕組みを作業の中に組み込むことが必要になってきます。このような作業設計をフループルーフといいます。生産現場では俗に「ポカ避け」と呼んでいるものです。これについては次に述べるフェールセーフとともに、詳しくは他書（例えば、参考文献1）を参照してください。

③ フェールセーフ

システムの一部に故障や不具合が起きても、システム全体の運転や作業の遂行に影響がないようなシステム設計をフェールセーフといいます。例えば、手術中に利用する重要な医療機器は、停電が起っても正常に動作し続けるように、バックアップシステムが作動するようになっていく必要があります。

④ 情報の提示・フィードバック

機器やシステムの状況が一目で分かるように、医療・看護スタッフに適切な情報をフィードバックすることはきわめて重要です。しかし、不要な情報を数多く与えてしまうと、人間はかえって混乱して逆効果になってしまいます。そのため、スタッフにどのような情報を与えるか、またマンマシン・インターフェースにおいて何を提示するかについては、十分注意する必要があります。

⑤ 警報・警告

情報フィードバックの1つの形式として、警報や警告は特に重要です。これにより、スタッフは機器の異常や自分の犯した誤操作を素早く検知することができます。例えば、薬剤の処方や点滴速度の設定で、あり得ない数値を入力した際の警告などは効果的です。しかし、これについても情報提示と同じように、意味のない、あるいはそれほど緊急を要しない警告を発すると、かえってスタッフを混乱に陥れたり、本当に重要な警告のときに注意が向かなくなったりする（つまり狼少年のように）危険性があります。警報・警告は、できれば単に異常を知らせるだけでなく、どこが悪いのか、そしてそのためにどのような行動をとらねばならないのかを、スタッフに示唆するものがぞましいといえます。

⑥ 効果的なマンマシン・インターフェース

人間工学的に見て、効果的なマンマシン・インターフェースをシステムに備えることもエラー低減のためには重要です。インターフェースの悪い機器を用いたためにヒューマンエラーを導いて

しまうことがあります。これについては、対象とするタスクでどのような機能が必要か、そして人間はどのように行動するのかを機器メーカーにフィードバックし、効果的なインターフェースの構築を現場から支援することが重要です。同じ目的で利用する医療機器は、できれば同じ操作方法・仕様のものに統一すると、操作ミスは減少するでしょう。

⑦ 要員の効果的配置

人間は誰にでも、得手不得手があります。ある業務が向いていなくても、うまくできる別の仕事はあるはずです。ヒューマンエラーの対処だけでなく、人間要因に対する施策の基本は、「適材適所」です。これについては、現状での能力、技能レベル、知識だけで判断してはいけません。それぞれの人の潜在能力、そして今後行っていく教育・訓練の効果なども考慮に入れ、適切な要員配置を行っていく必要があります。

⑧ 教育・訓練

ヒューマンエラーの防止に対して、教育・訓練は特に重要です。技能レベル、知識、能力などは、業務の経験とともに教育・訓練により培われていきます。そのような技能・知識の影響だけでなく、教育・訓練によりモラールやモチベーションといった、精神的・心理的効果が生じる場合も少なくありません。特に看護のような多くの専門知識を必要とする業務では、プリセプター制度などを含めた新人教育の体系的な導入も非常に重要です。

⑨ ヘルスケア（メンタル・ヘルスケアを含む）

自分の持っている能力、実力をいつも適切に発揮するためには、健康な肉体と精神が必要です。それをつねに正しくコントロールし、心身の健康を保つために、ヘルスケアが必要です。特に、夜勤など不規則な勤務が多く、業務時に大きなストレスのかかる看護業務においては、肉体面のケアだけでなく、精神面、心理面のコントロールが重要です。

⑩ 勤務体系の整備

勤務体系は安全な作業を遂行する上できわめて重要な要因です。特に、夜勤や長時間の連続作業といったように、生体の日周リズム（サークルディアンリズム）に反する状況で作業をせざるを得ない看護業務においては、勤務体系やスケジュールの設定に対して特に注意が必要です。

⑪ 作業条件の整備・ルール化

作業条件についても、作業方法、利用機器・資材、作業環境など、作業の効率面だけでなく、安全面からも十分に配慮し、これらを設定しなければなりません。これについては、現実的に遵守が可能な規則・規準・標準を設定することが重要です。

⑫ チェックリスト・マニュアルの整備

人間はどうしても物忘れをします。また、作業に慣れるに従って行動や処理が自動化し、意識しないでタスクを行うようになっていきます。そうすると、必要な処理を省略してしまうケースがでできます。前述のヒューマンエラーの分類でもっとも多いのが、「やるべきことをやらない」省略エラーです。このようなときに、必要な処理を自分の意識に上らせ、省略エラーの防止に効果的な方法にチェックリストがあります。作業中に先入観や思い込みが生じることは避けられません。このような状況においても同様に、省略エラーが多くなっていきます。さらに、緊急な状況、ストレス下、あるいは「パニック」状況においては、人間は通常の能力を発揮するのは困難です。このようなときに、チェックリストやマニュアルは非常に有効です。マニュアルは、技能レベルがまだそれほど高くない新人に対して、また教育・訓練時になくてはならないものです。

⑬ モラール・モチベーションの向上

モラールやモチベーションがヒューマンエラーや安全に大きく関わっていることが知られています。そのため、スタッフのモラールやモチベーションを向上させるため、リーダーシップの改善や病院管理層の安全へのコミットメント（関わり合い）、管理制度・体系や職場の雰囲気の改善など、組織的な側面からもこれをサポートしていく必要があります。これにより良好な安全文化を築いていくことが重要です。

引用文献

- 1) Kohn, L. T., Corrigan, J. M. and Donaldson, M.S. (Eds.) (1999) To Err is Human: Building a Safer Health System, National Academy Press, Washington DC.
- 2) 伊藤謙治 (1997) 高度成熟社会の人間工学, 日科技連出版社
- 3) 前掲書 2)

参考文献

1. 伊藤謙治 (1997) 高度成熟社会の人間工学, 日科技連出版社
2. Kohn, L. T., Corrigan, J. M. and Donaldson, M.S. (Eds.) (1999) To Err is Human: Building a Safer Health System, National Academy Press, Washington DC.

国の政策と看護

②

1 量の確保から質の向上へ

看護に関する国の政策は、大きく見ると量の確保から質の向上へ変化しつつあります。1992（平成4）年に看護職員の確保を主な目的とする「看護師等の人材確保に関する法律」が制定されました。この法律が制定された背景としては、当時マスコミで3K（キツイ、キタナイ、キケン）と呼ばれていたような看護職員の労働条件の悪化を改善し、21世紀の高齢社会の到来に向けて充実した看護体制を整備しようという考えがありました。この法律制定の影響により看護に関連する診療報酬の大幅引き上げや看護大学の増設が実施されました。

2 看護職員の需給計画

看護職の需給動向は国の政策立案にとって重要な指標です。したがって国は計画的に看護師必要数や再就職者と離職者、そして養成数を見通してきました。

最初の計画は1974（昭和49）年に策定された計画である「第1次看護婦需給計画」で、免許を持っていても働いていない潜在看護師の就業を促し、1978（昭和53）年末には489,100人の必要数