

〈解 説〉

看護師間の知識共有による医療事故防止策の検討

大重 育美

A study on the prevention of adverse events by sharing knowledge among nursing staffs

Narumi Ooshige

要 旨

医療過誤の原因は、情報伝達の不備、知識・技術の未熟性、業務行為の中断、時間切迫などと推測される。今回は、その中でも医療サービスの直接提供者である看護部門に焦点を当て、医療過誤防止対策について情報と知識の側面から分析した。診療行為の過程で患者を診た医師・看護師らの非数値的な雰囲気を含むイメージ情報が重要になるケースが多い。その判断が的確でかつ迅速であるほど、この医療情報は価値が高いものといえる。ここでのイメージ情報は、単なる情報でなく、価値をもつ情報へシフトされて知識となる。知識は、勘や洞察、思い、ノウハウ、技能などで、言葉や数字で論理的に表現することが困難な暗黙知と言葉や数字で明示できる形式知とに大別できる。

看護師が臨床から得る臨床知の蓄積にも注目し、看護師個人が体験して感じたこと、ヒヤリ・ハットしたことなどを入力しておき、その情報をカテゴリー別・コンテンツ別に整理して蓄積してデータベース化する。そこで、他の看護師が様々な状況に直面した時に活用できるシステム構築しておく。データベース化という工程は、看護師の高い認識が必要であり、臨床知をグループ知識として取りこみ、組織知識（組織知）として病院組織に蓄積しようとする姿勢が必要である。したがって、臨床知を根拠に基づけて対処する習慣を看護体制に取り入れることができた病院は更なる進化が可能と予測する。

そこで、今回、IT時代の医療体制の変革を視野に入れ、医療過誤防止における看護支援策をSWOT分析や知識移転の観点から、看護師もナレッジワーカーであるという認識をもち、知識の価値評価体系を構築するという方向性を見出し、今後の示唆を得たのでここに報告する。

Key words : 知識共有, 暗黙知, ナレッジワーカー (知識労働者)

1. はじめに

わが国におけるソフト化社会の急激な進展は、社会の各分野で今までにない現象を数多く認識することができる。医療分野でも例外なく、これらの現象が効率化の波とともに訪れている。近年、この医療分野で、医療事故の報道が頻発するようになって久しい。

今回は、その中でも医療サービスの直接提供者である看護部門に焦点を当て、医療過誤の事例を取上げて

その原因がどこにあるのか、その防止対策について情報と知識の側面から分析していく。さらに、IT化の側面からは、21世紀医療の展望として、1999年4月には厚生省（現、厚生労働省）の通知により、“診療録等の電子媒体による保存”が正式に認知された。つまり「電子カルテ（electronic medical record）」を中核として、医療情報ネットワーク（medical information network）が今後の医療に欠かせないインフラとなるのは疑う余地がない。

そこで、今回、IT時代の医療体制の変革を視野に入れ、看護師間の知識共有を利用した医療過誤防止における看護支援策を分析したので報告する。

佐世保共済病院
著者連絡先：〒857-8575 長崎県佐世保市島地町10番17号
論文受付日：2002年7月30日 受理日：2002年9月3日

医療訴訟の推移

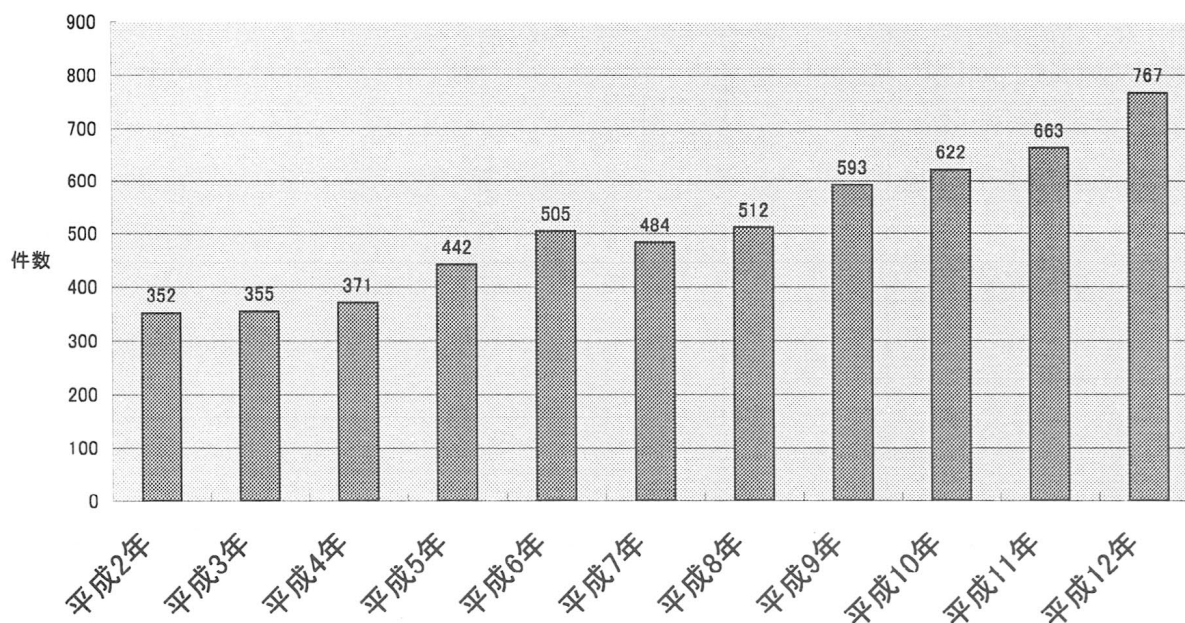


図1. 医療訴訟件数の推移

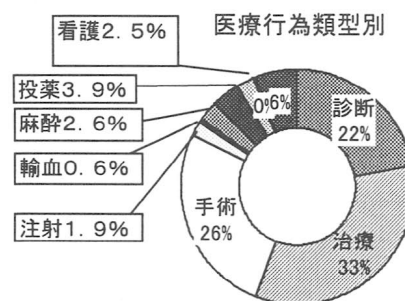
2. 医療過誤の現状と経過

(1)医療過誤の現状

医療訴訟件数の推移をみると、この10年間で2.17倍の増加を示している。日本病院会の調査では、年平均130件の報告があり、内インシデントを除く事故（いわゆるアクシデント）が31%で、生命への危険度が高いのが7%と報告されている¹⁾。さらに、アクシデント報告者は、看護師が83%を占めており、看護師が事故の当事者となりやすい状況を示している。しかし、現実の医療事故はそのかなりの部分が、裁判外の当事者間の話し合い、示談か各地の医師会あるいは保険医協会などの裁判外紛争処理機構において解決されるのが実情である。その中でも、医療事故件数は民事裁判の比率に比べてかなりの増加傾向である。30年間で一般民事事件数では1.77倍であるが医療事故件数に関しては6倍以上の増加を示している²⁾。医療事故の増加の原因は、医療現場の高度化に伴う医療環境の変化、患者の権利意識向上、医療機関の「権威」による紛争抑止機能の低下、医療情報へのアクセスが容易になり患者が情報を取得しやすい環境なども挙げられる。さらに最高裁判所統計報告によると、昭和51年からの推移からみると新受件数年間200件台であったのが10年後の昭和61年には300件台に増加し近年も増加傾向である。

昭和62年の医療事故類型件数にさかのぼれば、もっ

と多いのは治療に関するもので35%、次に多いのが手術に関するもの21%、診断に関するもの19.7%、注射に関するもの7.4%と続いており、約14年間発生比率に変化はみられない。何といたっても医療の中心である治療に関わるミスが問題視されている事例が多い。治療には、適応範囲が広く、手術をはじめ、手術に至らない処置、投薬、注射、輸血、輸液そして麻酔など治療に関するあらゆる過程でなされた医療行為が対象とされている³⁾。



(出典：平成13年度国家公務員共済組合連合会係長・主任研修「医療事故紛争の対応と防止」)

図2. 第1審における未済事件医療行為割合と類型別分類

表 1. 医療事故調査会における医療過誤区分

(鑑定463件中、過誤385件について:複数選択あり) ()内は2000年3月末の件数

①医療知識・技術の未熟性・独善性	396(266)
②意思の疎通性	104(42)
③診療録の不備	75(32)
④事故対応の未熟	69(25)
⑤チーム医療の未熟性	62(29)
⑥薬剤の過誤	41(31)
⑦施設の診療能力の不足	35(13)

(出典:医療事故調査会 <http://www.reference.co.jp> 筆者編集)

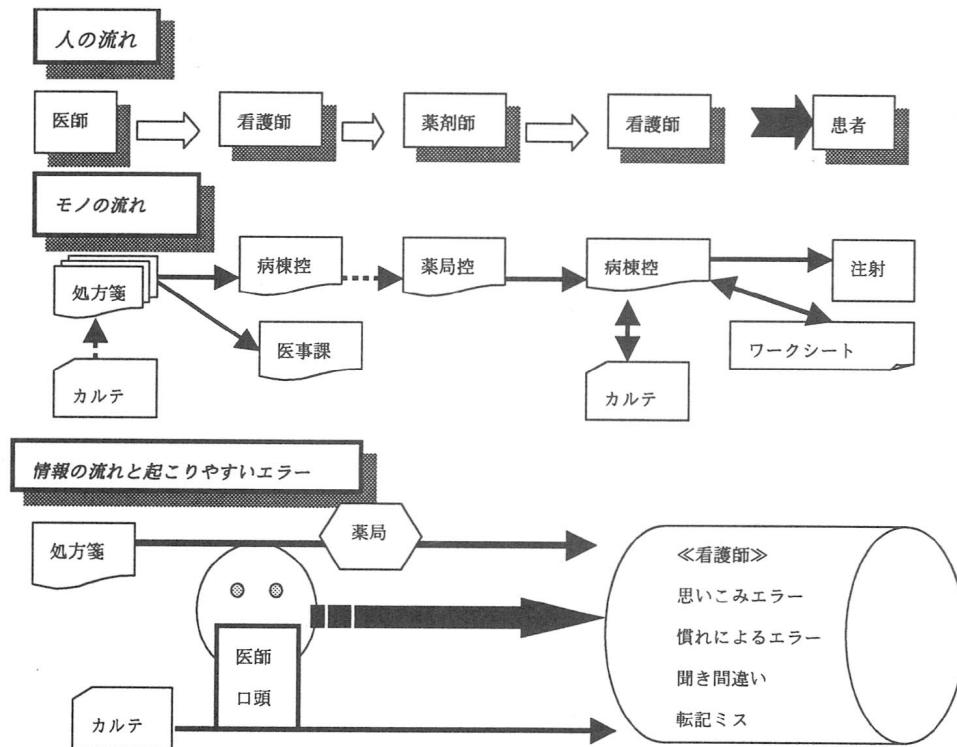


図3. 注射行為の作業工程における人・モノ・情報の流れ

この中で、看護師が主体的に関係しているのは、投薬を含めると看護・注射・輸血で8.9%となり、医療行為の約1割を占める。しかし、すべての医療行為に間接的、直接的を問わず関与しているのは、看護師である。医療事故調査会による医療事故鑑定中の医療過誤の原因をみると、もっと多い「医療知識・技術の未熟性・独善性」の中には、診断・鑑別、治療（外科・内科・産科合わせて）がある。さらに、診断前の情報収集、他の疾患との鑑別など医療行為の初期判断での間違いが指摘されている。こうした過誤の背景には、医師自身がわからないことを隠して自分のわかる範囲でのみ診断する「決めつけ診断」があり、医師としての知識・技術の未熟さ・独善性が潜んでいると医療事

故調査会代表世話人でもある森氏は指摘する⁴⁾。さらに、第2位の「意思の疎通性」で、2000年に42件だったのがその後1年間で約2倍に増加しておりインフォームドコンセント等が重要視されてきた影響が伺える。また、注目すべきは「チーム医療の未熟性」で、中でも「医師・看護婦・コ・メディカルとの疎通性」が原因となる場合が多い。それは、医療現場では複雑で不定形な情報伝達が多く、しかも他職種間の連携を必要とするからである。そのため、よりの確な情報伝達が重要であると考えられる。この情報伝達における意思疎通の断絶がヒューマンエラー・ファクターとして挙げられる⁵⁾。

(2)業務行程からみる情報・人・モノの流れと具体例

業務形態が分業化している医療環境において、各部門の専門性は追求されているが横断的連携はその変化に対応できているだろうか。

注射薬の薬剤、量、投与法のエラーによる医療事故は、この作業ステップ段階を正確に踏んでいれば回避できていたと考えられる初歩的ミスである。また、どの段階かでもチェック機構があれば未然に防げたのである⁶⁾。さらに、作業工程を人の流れ・モノの流れ・情報の流れでみる。

図4に示したのは、ルーチン化された作業工程である。IT化が進めばモノの流れに変化は生じると予測されるが、フローチャートからみても人の流れ、情報の流れからしても最終行為者は看護師である。しかも、医療行為という複雑で変化に富んでいる場合は、非ルーチンの工程にも対応した普遍的なシステム設定も重要となる。

3. 組織環境における医療過誤の要因と予防策

(1)医療環境における医療過誤要因

平成13年5月3日の記事に、医師免許をとったばかりの研修医が起こす医療事故について取上げられていた。その原因として、従来の大学病院の慣習的な低賃金での長時間労働が指摘されていた。記事では、全国の大学病院の実情が明らかにされ、技量に乏しい研修医に患者の命が預けられており、医療事故の背後にこのような実情があることを指摘していた⁷⁾。

日本医療労働組合連合会の看護職を対象にした調査で、看護師の9割以上がミスをしたたりミスを起こしそうなになったりした経験があり、6割近くの看護師は「十分な看護を提供できていない」と感じているという報告があった。その背景としては業務量の増大があり、記録などの伝達業務やコンピュータ入力・書類整

理など事務処理に時間をとられている状況があると指摘している。医療の高度化や重症患者の増加で業務は増加するけど人手は増えていない。さらに、看護記録の変遷や医療機器の変化への対応に振り回されている実情が浮き彫りにされている⁸⁾。

このような状況を踏まえて、看護環境について4つの要因（強み・弱み・機会・脅威）を内部資源・外部環境側面から抽出して、医療過誤防止における看護師の役割を特定するためにSWOT分析（Strength・Weakness・Opportunity・Treat）を用いる。従来、事業戦略策定における経営環境分析に用いられるSWOT分析を看護師のコア・コンピタンス（核となる独自の能力）と環境要件から分析できるように応用した。結果、看護師の役割として、患者に安全な医療サービスを提供することに主眼を置き、高度な技術向上とともにEBM（Evidence Based Medicine）に基づいた看護ケアの推進が望まれ、医師と患者関係の円滑化を図るキーパーソンとならなくてはならない必要性が伺える。さらに経験重視に偏りやすい看護行為の標準化を目指し、質の向上を組織ぐるみで計画することが急務である。まさに、「療養環境・作業環境・職場環境を整備した安全文化の確立」の立役者となりうる事が望まれている。

(2)組織としての医療過誤要因

1999年1月の横浜市立大学病院の患者取り違え事件を契機に、同年2月に「患者誤認事故予防のための院内管理体制の確立方策に関する検討会」が発足し、同年5月には報告書が提出され、医療事故防止策に組織として取り組む重要性を指摘している⁹⁾。

病院は、複数の医療従事者及び異職種職員の職員により構成されていて、コミュニケーションをとりながら、種々のソフトウェア（業務ルールや手順、記録類など）やハードウェア（医療機器、設備など）を駆使して、

	持っているもの	持っていない or 持ちにくいもの
組織内古い世代 (熟練者)	①院内暗黙知 (経験知・臨床知) ②院内人脈	①PCリテラシー ②ネットワーク人脈 ③新しい知識
組織内若い世代 (新人)	①PCリテラシー ②ネットワーク人脈 ③新しい知識	①院内暗黙知 (経験知・臨床知) ②院内人脈

(出典：「経営を可視化するナレッジマネジメント」筆者編集)

図4. 看護師間の世代間知識断層

表 2. 医療過誤防止における看護環境のSWOT分析

看護環境の SWOT 分析		
外部環境	機会 (Opportunities) 医療サービスの最終提供者であり、直接提供者でもある患者と接する時間が最も多い 全国各県での看護大学設立に伴う看護師の高学歴に伴い人材が豊富になりつつある	内部資源
	T脅威 (Treats) 専門看護師・認定看護師誕生による専門分化 一貫性から分業性への業務シフト 看護の質が問われる時代の到来 看護技術の高度化・複雑化 病院統合化に伴う看護市場の飽和	
		S強み(Strengths) 患者と医師に最も関連性が強い存在 目配り・気配りの共通認識によるエラーマネジメントが可能 経験重視による臨床知識の蓄積
		W弱み (Weaknesses) 経験重視で、科学的根拠が不明確なまま看護行為におよびやすい エラーマネジメント教育不足 危機管理に対する組織風土の脆弱性 医療の最終行為者であるためにチェック機構がない

環境（勤務体制、労働環境、物理的環境など）、病院管理、組織風土の中で、その目的である医療サービスを提供しているシステムである。これらの複数の構成要素は互いに有機的に関連して機能している。医療・看護サービスは人間が行うものであるから、どんなに対策を強化してもヒューマンエラーはなくなることはない。しかし、プロフェッショナルエラーは減らすことができる。中でも、日本看護協会が医療現場のリスクマネジメントと事故防止の取り組みの一環として看護管理者を対象にした「組織で取り組む医療事故防止一看護管理者のためのリスクマネジメントガイドライン」では、組織としての取り組みを推進する方策として以下の項目を挙げている。

- 1) 組織としての目標設定、
- 2) リスクマネジメントに関する委員会の設置、
- 3) リスクマネジメントに関するマニュアル作成、
- 4) 各職種の責任範囲の明確化と連携の推進、
- 5) 適切な労務管理と良い労働条件、
- 6) 組織内の良好なコミュニケーション、
- 7) 職員の教育・研修、
- 8) リスクマネジメントに関する専門的な教育・訓練を受けた者の配置、である。

看護部門としての取り組みとしては、このほかに、看護部の方針として取り組む、報告システムの確立、率直に伝えられるような組織風土づくり、記録に関する注意事項の明文化が挙げられている¹⁰⁾ このように組織として取り組む姿勢が必要な理由としては、医療過誤の背景が複雑で、迅速な対策を講じて対処し、組織全体が情報を共有しなくては防げない場合が多いことにある。そこに、多職種間のコミュニケーションツールとしての情報の意義の重大性が見えてくる。

4. 医療過誤防止における知識共有の今後の展望

(1)医療分野における情報と知識の意義

医療過誤防止策として、情報の意義が見えてきたが本来の意味での情報を考察する。広辞苑では、「或る事柄についての知らせ」とあり、稲永は「我々の日常生活活動からすると、“情報”とは、それを見たり、聞いたり、触ったりすることによって、その後の行動が変化するもので、その行動の変化がいつもより大きければ大きい程、概ね、情報の価値が高いものと理解してよい」と述べている¹¹⁾。情報には、数字・記号を主体とした物理的情報（physical information；P情報）と音声・イメージなどを主体とした意味論的情報（semantic information；S情報）がある。診療行為の過程においても、検査データや画像データだけで判断せず、患者を診た医師・看護師らの非数値的な雰囲気を含むイメージ情報が重要になるケースが多い。その判断が的確でかつ迅速であるほど、この医療情報は価値が高いものといえる。ここでのイメージ情報は、単なる情報（information）でなく、価値をもつ情報へシフトされていて知識（intelligence）となる。「組織において、知識は、文書やファイルのなかに存在するだけでなく、組織の日常業務、プロセス、慣行、規範のなかに埋め込まれている。」という定義づけからもわかるように、知識は一言ではいいきれないさまざまな要素の混合物ともいえる¹²⁾。さらに野中は、「知識は、経験、理想、価値観などに根ざした勘や洞察、思い、ノウハウ、技能などで、言葉や数字で論理的、体系的に表現することが困難な暗黙知と言葉や数字で明示できる形式知とに大別できる」と定義している¹³⁾。看護論者であるパトリシア・ベナー（P.Benner, 1984年）は、理論的な知識（理論知）と実践的な知識（実

実践知)とが統合されて看護の臨床に役立つ臨床的知識(臨床知)が生まれると論じている¹⁴⁾。この中でも実践知は看護師が経験からの知識で根拠づけができていればさらに高度な知識となる。看護師の実践で培われた勘・ノウハウなどは暗黙知であり、実践知である。この暗黙知や実践知という直感的・主観的知識を言語化・数値化・画像化できて知識レベルを維持した状態で知識共有できるシステムが必要となる。

医療現場での情報伝達の現状を看護師間の各勤務帯での引継ぎ工程をみると、2通りに分別される。従来は、すべてOne Way Communication(一方的コミュニケーション)である。しかし、これからは、Two Way Communication(双方向コミュニケーション)が求められる。発信する側と受信する側との共通概念をもつことが必要となる。方法としては、①正しく復唱し、確認し、質問魔になる②イメージの同一化を図るために、主観的イメージを廃し、事実に近い映像を認識させることである。ここで忘れてはならないのは、Face to Faceによる情報伝達における自己責任をもつことである。

昨今、看護分野では業務の効率化・患者満足度向上という名目で「申し送り」廃止傾向が強く、ほとんどの病院では廃止されている現状である。しかし、「申し送り」という情報伝達の手段を実施する中で、暗黙知が捉えられる機会があることを見逃せない。“知識の移転”が常時行われているといっても過言ではない。それは、共通の作業文化を持ち、共通言語をもっているという基盤からも効果的であると考えられる。また、知識移転には伝達と吸収という2つの行為が含まれおり、これができなければ移転されたとはいえない。組織目標をグループ(いわゆる「組織」であるが、ここでは病棟単位をグループとして考える)の遂行能力を高めて価値を増大させる事に置かななくてはならない。

ここで、知識移転の方策として、世代間で起こりやすい知識断層の緩和法を挙げる。

まず、看護師の熟練した臨床知や実践知をもつ層とスキルや臨床知には乏しいが新しい知識や情報リテラシーに富んだ新人らの若い層との知識断層における世代間の知識断層の緩和を行わなければならない。看護

内組織での上層部(古い世代)と下層部(新しい世代)の断絶は、意思決定の遅延化、意思疎通の弊害、コンセンサス形成の阻害要因ひいては患者満足・従業員満足の阻害要因になりかねない。解決策として、世代間の特性を理解した上でナレッジマーケットの提供をして知識の共有・蓄積・活用が望ましい。手段としては、信頼関係を基盤とした聞き手主導型の「ペア・システム」をOJT(on the job training)で導入することである。さらに、病院内の各グループにより業務体系が異なるため、グループ内特有のナレッジ抽出を図り、ナレッジ・マップを作成し組織内での知識共有を支援し、効率性追求とともに創造性を追求し、他者評価可能なナレッジの可視化を視野にいれなければならない。そのためにも、トップの弛まぬ推進力をもって知識専門職を設け、ナレッジ・インテグレーター(知識を統合する人)、知識を必要とする人にその知識をもっている人を教えるライブラリアン(図書館司書)等の育成を図らなければ本来の意味でのナレッジ・ワーカー(知識労働者)となり得ない。また、このような専門職を設けないと、知識を持ち合せている人間が多くて、様々な業務過程で起こったことを記述して、知識貯蔵庫に入れる時間や技術を持ち合せないため組織内の知識がいつまでも構築できないことになる。しかし、煩雑な業務環境の中で新しい専門職の設置は困難といえる。そこで、既存職種での兼任も考慮されてよいと考えるが、忘れてならないのは既存の知識の抽出と新たに獲得した知識の円滑な組み合わせが推進できる知識環境を保護または維持することである。

(2)IT化に関連した医療過誤防止策

米国医学院“National Academy Institute of Medicine(IOM)”は、医療事故予防策の提案として4つの柱を立てた。①リーダーシップを担うセンターの確立②報告システムの構築③安全のための基準づくり④医療提供者の安全対策の実行である。米国でのリスクマネジメントは、1970年代から定着しており、併行して「質の保証」であるクオリティ・アシュランスも重要視している。評価の分野では、JCAHO(Joint Commission on Accreditation for Healthcare Organization:病院審査機構)があり、原則として3

表3. 医療現場での情報伝達

①文字による伝達資料による方法	②言語による情報伝達の方法
「申し送りノート」「決まり事ノート」などで、管理者から数人から数十人への情報伝達 経験年数・知識レベルによって、十分な共通認識は得られない。	いわゆる「申し送り」である。受け手がどの程度認識したか確認が取れにくく、「思い込み」が発生し、責任の所在が曖昧となる。

(出典:「看護実践の科学」“リスクマネジメントの視点から申し送りを考える”筆者編集)

年に1度の「病院認定」を行い、この認定がないとMedicare, Medicaidなどの公的医療診療が行えないシステムをとっている。日本では、財団法人日本医療機能評価機構による「第三者病院評価事業」が1997年から実施されていて、すでに評価・認定を受けている病院は318（2000年3月27日現在）に上っていて、厚生労働省のホームページを通じて公表されている。しかし、認定を受けた病院は、全国約9400病院のうちの約4%にすぎずであった。2002年2月には、597病院に増加しており現在も増加傾向である。第三者評価を受ければ、確かに自院の医療サービスの見直しに繋がりが患者にもプラスである。広告が制限されている病院にとって、宣伝効果としてのメリットを考慮しての審査を受ける病院が多い印象があるが、本来の「自院の現状を把握し医療の質の向上につなげる」という目的をわすれてはならない。インターネット普及により医療機関の選択肢として各病院のホームページを基準とする医療消費者の存在が今後の医療市場に影響を与えることも予測される。

また、医療の質確保のツールとして、医療の情報化がある。医療の情報化とは情報活用の仕組みを作る事である。情報化とデジタル化はほぼ同義語である。しかし、情報化はコンピュータ化のことではない。コンピュータは道具であり、目的ではない。目的に合わせて道具を作り、目的に合った道具を運用に合わせて使うべきである。しかし、実際には、コンピュータを導入することで終わってしまっている。

情報化はデジタル化であるが、デジタル化するには業務を分析し言語化・数値化・文書化することが必須である。情報の有機的関連づけがデータベースの構築である。すなわち、情報化とは、業務プロセスを厳密に定義づけする事であり、その過程で標準化が行われる。文書のみならず、業務が標準化され、業務革新につながる。これがICT（Information and Communication Technology）進化の大きな意義である。

情報伝達の意義およびその過程において知識へのソフト変換が重要であるが、医療現場にどのように対応させればより効果的であるのか。現在、モバイルを使用した新しい試みが展開している。救急伝送システムを搭載した救急車、iモードを使って生活習慣病や喘息の自己管理をする健康管理支援システムが進行している。携帯電話やPHSを使用して、脈拍・血圧・心電図・画像を転送して、遠隔地にいながらして的確な診断が迅速にできることが可能となりつつある。今後、訪問看護・介護・遠隔治療という分野においても、その場にいながらして病院にいる状況と同じ診察が可能となる兆候が伺える。また、院内を無線LANで結び、ノート型パソコンに入力しながら検温するので、

以前のように病室でメモした手書きの記録をカルテに転記する手間と時間が節約され、医療者間の情報共有に役立っている病院もでてきている。さらに、ポケットベルの代わりに職員間の連絡に使う院内用のPHSも活用されている。瞬時を争う急変時に、主治医を探す手間が省かれ、直接、連絡がとれ、患者の情報共有ができ処置が迅速にできる。聴診器で読み取った電子データを即座に病院に転送できる電子聴診器も商品化される見込みである。このように、電子化の効用が医療を支えるツールとなっている¹⁵⁾。

また、医療サービスの最終提供者である看護師の段階においては、臨床知を確立させるシステムの構築が急務である。新人看護師であれ、熟練看護師であれどの看護師が対応しても、患者に同様に標準的な看護行為が安全に提供されるようにするためのシステムとして、“知識共有ボックス”のようなものが必須である。看護師個人が体験して感じたこと、ヒヤリ・ハットしたことなどを入力しておき、その情報をカテゴリー別・コンテンツ別に整理して蓄積してデータベース化しておくことで、他の看護師が様々な看護場面に直面した時に活用して、エラーを最小限に抑える対応が可能になる。この情報を収集し蓄積しデータベース化するという工程は、看護師の高い認識が必要であり、臨床知をグループ知識として取りこみ、その中からさらにふるい分けをして、組織知識（組織知）として病院組織に蓄積しようとする姿勢が必要である。したがって、臨床知を根拠に基づけて蓄積する習慣を看護体制に取り入れることができた病院は更なる進化が可能になると予測できる。

5. 終わりに

IT時代の情報処理として、情報の伝達・貯蔵・変換があり、変換は、意味の変換と形式的変換の2つがあり、IT系で主に形式変換を、人間系で意味変換を行い、相互補完しながら進んでいく。組織変革として、①電子メールが普及し、自由な情報交換によって組織構造がフラット化する。②業務プロセスが改善される。③情報ネットワークによってバーチャル化が進展する¹⁶⁾。このような産業界のITによる組織変革は医療分野でも導入可能と予測する。他の市場原理手法の応用も今後視野に入れていく必要がある。ただし、最も大きい違いは、対象が患者という人間であるということで、対象は意思をもち刻一刻と変化しているので、情報伝達処理には、正確性・迅速性が求められ人間系による意味変換が重要で付加価値のある情報へ変換される必要がある。経営学者P.Fドラッカーは組織進化について指揮命令型組織、部門別・事業別組織から離脱して情報化組織へ、そして知識専門家型組織への転換を示唆

している。医療の現場の組織体制もまさに変革期といえる。

医療過誤は、個人エラーが原因ではあるが、それ以上に経験不足・知識不足を未然に防ぐ組織風土づくりが急務である。異業種間をICT (Information and Communication Technology) を駆使してヒューマンネットワークで結び、さらに、個人に伝達された情報を吟味し、確認する。情報の内容は維持し、質は向上させながら伝達して情報を知識にシフトして知識として共有し、医療の質の確保する必要がある。

今回の分析では、看護師の知識共有を利用して医療過誤防止策に適用できるかという視点で進めたが、看護師もナレッジ・ワーカーたる認識をあらたにし、知識の価値を評価していくシステムが浸透すれば可能と考える。しかし、今回は基本的概念の提案に留まっているため、具体的な手段不足といえる。そこで、今後とも分析を継続し組織内の潜在的知識に注目して組織独自の知識データベース構築について追求していきたい。将来的には、どのように現場の知識をプールし、有効に活用できたかによって、現在の淘汰の時代を乗り切れる医療機関になり、競争優位な医療機関として生き残るのではないかと考える。

文 献

- 1) 2001年2月1日朝日新聞紙面
<http://www.asahi.com>
- 2) 1999年最高裁判所統計報告
- 3) 蒔 立明, 中井美雄: 医療過誤法, 青林書院, 東京, pp8-12, 1996
- 4) NIKKEI BUSINESS 2001年4月9日号, “有訓無訓”
- 5) 医療事故調査会: “医療事故を防ぐために” 医療事故鑑定351件, 過誤7区分, 2000年3月末
<http://www.reference.co.jp>
- 6) 平成11年度医療技術評価総合研究事業総括報告書「医療のリスクマネジメントシステム構築に関する研究」
- 7) 2001年5月3日朝日新聞紙面
<http://www.asahi.com>
- 8) 2000年11月16日朝日新聞紙面
<http://asahi.com>
- 9) 1999年度, 厚生科学研究「患者誤認事故予防のために院内管理体制の確立方策に関する検討会報告」
- 10) 日本看護協会「かんご」, 日本看護協会出版会, 東京, pp32-35, 1999
- 11) 稲永明久: 「組織情報流の基礎理論」 晃洋書房, 京都, pp19-22, 1998
- 12) トーマス・Hダベンポート, ローレンス・プルサック: 「ワーキング・ナレッジ「知」を活かす経営」 生産性出版, pp23-25, 2000
- 13) 野中郁次郎: 「知識創造の経営」 日本経済新聞社, pp53-55, 1990
- 14) P.Benner 「From Novice Expert」 1984年 (邦訳: ベナー看護論) 訳者 井部俊子・井村真澄・上泉和子, 医学書院, 東京, 1995
- 15) 2000年12月3号 “モバイル新世紀” 朝日新聞紙面
- 16) 佐々木宏: 「図解経営情報システム理論と実践」 同文社, 東京, pp14-15, 1997

ABSTRACT

A study on the prevention of adverse events by sharing knowledge among nursing staffs

Narumi Ooshige
Sasebo Klyousai Hospital

It is guessed the causes of the Medical Fault Prevention to be the information transmission or defective in knowledge and technology or discontinuation of the work or urgent time. This study is in focus to the section of nurses that to be the direct offerers in the medical service then analyzes by the Information and Knowledge for the Medical Fault Prevention.

Keywords : common to knowledge, tacit knowledge, knowledge worker