

次の説明文において、各欄に適する語句を語群から選んで答えなさい。

1. ヒューマンエラーとは、事故や災害を生み出しうる (①) のことである。例えば、「行為をやり損ねる」というエラーは、(②) といひ、「予定していた行為を忘れてしまう」記憶のエラーは (③) といひ、計画段階のエラーや判断ミスで生じる「思い込み」によるエラーを (④) といひ。
(人的ミス) システム
2. ヒューマンエラーを起こしやすい人間の生理的特性として、体温が (⑤) い時は注意力が高く、(⑥) い時に眠気を感じ注意力が低下する。そのため、「大事故は夜明け前に起こる」とも言われている。また、加齢に伴い暗順応に要する時間が (⑦) くなったり、疲労も事故の要因としてあげられる。
高い 低い 長
- 認知的特性として、人間はもともと保守的で異常を認めない傾向がある。これを (⑧) といひ。また、自分の中でつじつまが合うように自分なりの解釈をする傾向もある。これを (⑨) といひ。
- 社会心理特性として、「思っているも言えない」傾向がある。これは、人は (⑩) を持った人に弱いといひう傾向を示している。(⑩) への服従として、「アイヒマン実験」が有名である。
正統化の権威 権威
- また、自分がやらなくても誰かがやるだろうと思って働かなくなる現象を (⑪) といひ。
社会的緊張
3. 1 件の重大事故の背景には 29 件の同種の軽症事故が存在し、その背景にはほとんど無害の 300 件の同種の事故が存在すると言われ、1 : 29 : 300 の比を示したものを (⑫) といひ。
4. (⑬) とは、不可抗力の医療事故とエラーによる医療事故の両者を含み、医療事故に相当する用語である。(⑭) とは、障害発生の有無、過失のあったもの、不可抗力のもの、結果だけでなくプロセスの問題も含まれる用語である。
5. 注意義務違反 (過失) には、2 種類ある。ある事実を認識・予見することが出来たにも関わらず、注意を怠って認識・予見しなかったものを (⑮) といひ、結果の回避が可能だったにも関わらず回避の行為を怠ったものを (⑯) といひ。
√
6. 事故の構造を明らかにする方法として、時間的経過の視点からの事象の連鎖を明らかにする (⑰) と、ヒューマンエラー発生時の誘発要因の構造を明らかにする (⑱) がある。(⑱) は (⑲) とも言われる。(⑲) は、(⑳) 関係を (㉑) 的に理解するのを支援するものとなり、対策を立案する時には非常に大きなヒントを得られる。
7. 多重の防護壁を備えていても、各防護壁の穴がちょうど重なった時にすべての防護壁を突き抜けて事故に至る様子を例えたモデルを (㉒) とよぶ。
8. 事故分析は、早急な (㉓) の実施が重要であり、医療の (㉔) を向上させるための改革推進につなげていく必要がある。また、事故が発生した状況は、可能な限り現場を (㉕) する。

9. 看護師の法的規定によって、看護師には (26) と (27) が認められているが、保健師には (27) のみ認められている。
10. 「絶対的医行為」は、例え医師等から指示や依頼があっても看護師が行ってはならない。例えば、(28) や (29) は指示を受けても看護師が行うことは出来ない。
11. 医療現場でのリスク管理を含んだ医療の質の向上と安全の確保のため、各医療機関には、管理者から安全管理のために必要な権限の委譲と、人材・予算およびインフラなど必要な資源を付与されて、管理者の指示に基づいて業務を行う (30) が配置されている。また、患者・家族支援体制として、事故発生後の動揺している患者・家族を (30) と共に支援し、医療者との調整役を果たす (31) も重要な役割を果たしている。
12. 医療事故を予防するための日頃からの備えとして、整理・整頓・清掃・清潔・習慣化をまとめた (32) の促進と、(33) と呼ばれる危険予知トレーニングも大切である。
13. チーム医療の類型には3つあり、急性期・救急医療におけるチーム医療を (34) 、回復期・慢性期医療におけるチーム医療を (35) 、在宅医療におけるチーム医療を (36) という。
また、多職種間のコミュニケーションツールとして共有できる「医療管理計画」のことを (37) とよぶ。
(37) を活用することのメリットとして、医療スタッフの能力と経験により実施するケアのバラつきが減り、ケアの標準化の実現があげられる。
14. 米国で作られた患者安全推進策として存在する「チーム STEPPS」では、チームパフォーマンスを十分に発揮するために、以下のような具体的ツールが用意されている。
- ・伝達によるエラーを防止するために指示したり、依頼を受けた時に繰り返し反復して伝え合うことを (38) とよぶ。
 - ・情報の発信者である自分が誰であるかを名乗り、続いて患者に何が起きているかを提示し、その患者の臨床的背景は何であり、自分は何が問題と思っているかを説明し、問題解決のためにはどうしてほしいのかについて順を追って伝える方法を (39) とよぶ。
 - ・緊急性が高く、迅速な対応が求められる場合に、全員が情報共有できるようにチーム全体に伝わるような大きな声で指示あるいは依頼することを (40) とよぶ。
15. 安全な与薬に必要な「6R」を書きなさい。

No.

<語群>

ア: スイッチーズモデル	イ: ハインリッヒの法則	ウ: インシデント	エ: アクシデント
オ: 高	カ: 低	キ: 原因究明	ク: 人的ミス
ケ: ラプス	コ: スリップ	ク: ミステイク	シ: 速
ス: 遅	セ: 因果	ソ: 質と安全	タ: KYT
チ: ISBAR	ツ: CUSS <small>クリニカルパス</small>	テ: PDCA	ト: 5S
ナ: 6R	ニ: 診断書の交付	ヌ: 静脈注射	ネ: 死亡の判定
ノ: 保存	ハ: 廃棄	ヒ: 正常化の偏見	フ: チェックバック
ヘ: 視覚	ホ: 権威	ヘ: 連絡モデル	ニ: ネットワークモデル
ム: リスキーモデル	メ: 連携・協働モデル	モ: 業務独占	ヤ: 社会的手抜き
ミ: なぜなぜ分析	ヨ: 結果予見義務違反	ラ: こじつけ解釈	リ: コールアウト
ル: 結果回避義務違反	レ: 医療対話推進者	ロ: 名称独占	リ: 背後要因関連図
リ: 医療安全管理者	ロ: 時系列事象関連図		

<解答枠> 上記の語群から選び、「ア」～「ン」の記号で記入しなさい。

①	ク	②	コ	③	ケ	④	ク	⑤	オ
⑥	カ	⑦	ス	⑧	ヒ	⑨	ラ	⑩	ホ
⑪	ヤ	⑫	イ	⑬	エ	⑭	ウ	⑮	ヨ
⑯	ル	⑰	ン	⑱	ワ	⑲	ユ	⑳	セ
㉑	ハ	㉒	ア	㉓	キ	㉔	リ	㉕	ノ
㉖	モ	㉗	ロ	㉘	ニ	㉙	ネ	㉚	フ
㉛	レ	㉜	ト	㉝	タ	㉞	マ	㉟	ク
㊱	ミ	㊲	ツ	㊳	フ	㊴	子	㊵	リ

15. 「6R」を書きなさい

正しい患者	正しい時間	正しい薬剤
正しい用量	正しい投与経路	正しい目的

※調べ学習&発表	※レポート課題	【合計】
5	10	100
/5点	/10点	/100点