# 令和8年度　訪問看護中堅研修報告

日時：日時：令和8年10月17日(土) 13:30～16:00
場所：京都府医師会館6階　601会議室
形式：参集＋ Zoomのハイブリッド開催
対象：クリニカルラダーレベルⅢ・Ⅳ
参加者数：計 44名(会場：34名、Zoom：10名)

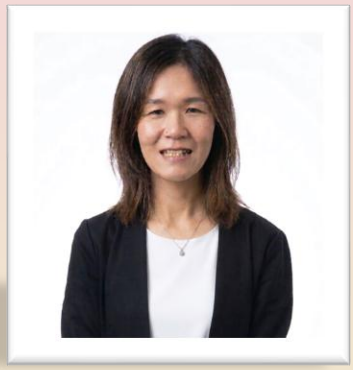
## テーマ：「その判断や行動は安全ですか？」

～ Safety-ⅠとSafety-Ⅱの視点で考えてみよう～



**講師**

京都橘大学看護学部
准教授　小山 智史氏



**司会**

うずまさ訪問看護ステーション
協議会副会長　寺崎　早苗



# 講義内容

## （1）訪問看護における医療安全の特徴と事故・インシデントの現状

☆病院と訪問看護の違い

利用者は患者であると同時に「生活者」であり、訪問時間外の飲み忘れや転倒など、ステーションの直接事故とならないグレーゾーンが多い。

☆発生状況の分析

・害の大きかった事故：薬剤関連（内服薬のセット間違い・確認不足）が最多。次いで訪問中の転倒・転落。

・インシデント・ヒヤリハット：訪問スケジュールの誤り、ファックス送信ミス、利用者宅への私物（タブレット・携帯電話）の置き忘れなど。

・看護師側の事故・リスク：移動中の交通事故、訪問先でのペット関連事故（犬猫による負傷）など。

・発生背景：時間の追われや心の余裕のなさ、バリアフリーではない住宅環境、物品や人員の制限など。

## （2）セーフティワン（Safety-I）とセーフティツー（Safety-II）

＜セーフティワン（Safety-I）＞

・考え方：事故や失敗の原因を分析し、エラー率をゼロに近づける「過去・問題解決指向」のアプローチ。

・限　界：事故発生時の後追いが中心となり、日常の多様な場面すべてを防ぎきることは困難。

＜セーフティツー（Safety-II）＞

・考え方：「なぜ日常業務が問題なくうまくいっているのか（成功要因）」に着目し、安全を作り出す「未来・適応能力指向」のアプローチ。

・レジリエンス（安全を高める力）の4要素：

学習する（Learning）：解剖生理や薬理等の専門知識のアップデート。

対処する（Responding）：現場での適切な看護実践。

監視・観察する（Monitoring）：実施結果や状態変化の注視。

予測する（Anticipating）：リスクの兆候をあらかじめ予見する。

## （3）マニュアルの3分類と柔軟な運用

マニュアルを一律の「絶対遵守の攻略本」とせず、性質に応じて使い分ける。

・墨守型（絶対遵守）：守らないと確実に事故になるもの。

・遵守型（条件付き調整可）：決め事、緊急時には臨機応変が許されるもの。

・標準型: 参考、標準とするもの。

## （4）ヒューマンエラーと認知心理学的アプローチ

・ヒューマンエラーの分類:

スリップ（実行ミス）：意図は正しいが実行で失敗（例：ファックスの押し間違い）。

ラプス（記憶ミス）：記憶の欠落による失念（例：ファックスの送信忘れ）。

ミステイク（計画ミス）：早合点や思い込みによる判断ミス。

・早い思考（システム1）と遅い思考（システム2）:

システム1（直感的・自動的）：労力は少ないがエラーを起こしやすい。慣れた訪問先ほどシステム1で行動して危険を見落としがちになる。

システム2（論理的・意識的）：労力は大きいが信頼性が高い。慣れた業務であってもあえて「システム2」を介在させる確認意識が不可欠。

・情報共有の標準化：報告時のタイムロスや誤解を防ぐため、構造的フレームワーク「ISBARC（エスバー）」等を活用する。

・注意すべき認知バイアス:

アンカリング：第一印象や特定の初期情報に捉われ、他の可能性を排除してしまう。

確証バイアス：自分に都合の良い情報ばかりを集めて判断してしまう。

過信バイアス：「今まで大丈夫だった」「自分はできる」という思い込みから限界を超えた行動をとってしまう。





**(5) 心理的安全性(Psychological Safety)と安全文化**

・本質:単なる「ぬるま湯の関係」「傷つけ合わない優しさ」ではなく、「意見や間違いを言い合っても人間関係が壊れないと保証されている状態」である。

・現場での実践:若手や新人の発言機会を作り、間違いに対しても頭ごなしに叱るのではなく、受け止めた上で適切な解説と学習提案(サジェスチョン)を行う。

・結論:セーフティワン・セーフティツーの統合、テクニカルスキルの向上、人間の癖(バイアス・思考システム)の理解を組み合わせることで、ステーションの「安全文化」を醸成する。

# グループワーク

一部ワーク:自事業所での事故・インシデント事例

・各施設とも先行研究と同様に「薬剤間違い」「交通事故」「観光地の交通渋滞によるスケジュール圧迫」「不要になった注射針の保管方法」などが共通課題として共有された。

二部ワーク:誤薬防止・多職種連携の工夫(セーフティツーの視点)

・利用者参画:看護師だけのダブルチェックにとどまらず、利用者本人と一緒にセット・確認作業を行う取り組み。

・多職種・他機関連携:デイサービスや調剤薬局・薬剤師と積極的に連携し、処方形態や服薬手順を調整・最適化する取り組み。













# 今後のアクションプラン(持ち帰り事項)

1.「うまくいった日」の分析

何も問題が起こらなかった日に「なぜ安全に遂行できたのか」をチームで共有・学習する。(セーフティツーの実践)

2.意識的なシステム2の起動

訪問回数が多い慣れた利用者宅ほど、あえて立ち止まって意識的に確認・観察を行う。

3.心理的安全性の確保

エラー報告や疑問を隠さず発言できる対話環境と、サジェスチョン型の指導体制を整える。

# アンケート結果

**参加者数**：計 44名（会場：34名、ZOOM：10名） アンケート回答率：93%
**地区別参加数**：A地区（5）, B地区（4）, C地区（6）, D地区（13）, E地区（4）, F地区（7）, G地区（5）
**目的達成度**：「充分に達成できた」70% ／「まあまあ達成できた」30%（達成率100%）
**業務への活用**：「充分活かせる」86% ／「まあまあ活かせる」14%（活用意向100%）
**学びの深まり**：「充分に学びを深められた」79% ／「まあまあ…」16% ／「あまり…」5%
**Safety-Ⅰ・Ⅱと認知バイアスの理解**
従来のSafety-Ⅰだけでなく、Safety-Ⅱの視点を併用することによる安全の仕組みづくりの重要性を学んだ。
認知バイアスや思考パターン（システム1・2）を自覚し、立ち止まって考える意識やISBAR活用・マニュアル作成への意欲が高まった。
**他事業所との情報交換・グループワーク**
誤薬防止策やインシデント事例を共有でき、自事業所と同様の悩みを抱えていることを認識できた。
持ち帰ってステーション内での振り返りや意見交換に活かしたいとの声が多数寄せられた。
**講義・講師に対する評価**
身近な事例を交えたテンポの良い講義で、楽しみながら実践的に学べたと大変好評であった。
**運営上の課題・留意点**
音響環境：会場マイク音の響き（聞き取りづらさ）の改善。
オンライン運営：Webチームのグループワークにおけるファシリの必要性やマイクの雑音対策などの円滑化。







# 広報委員より

令和8年6月施行の運営基準改正に伴い「安全管理体制の確保」が新設され、各訪問看護ステーションにおける医療安全への取り組みはこれまで以上に重要性を増しています。こうした背景をもと開催された本研修は単に知識を習得するだけでなく、「人間は誰しも間違える」という前提に立ち、システムや風土の力でいかに高品質で安全な訪問看護を提供するかを深く考える機会となりました。参加された皆様の事業所内での伝達講習や、日々の安全管理体制の構築・見直しに少しでもお役立ていただければ幸いです。

京都府訪問看護ｽﾃｰｼｮﾝ協議会　広報委員　羽賀・真柄・松本