

BSO Quality Book Vol.1

航空業界から学ぶ 看護品質・安全文化

BLUE SKY OFFICE（BSO）制作

対象：看護師・訪問看護師・管理者・経営者・医療従事者の皆さま

詳細解説／事例／理解度チェック／職種別実践ガイド 収録

はじめに

航空業界の安全思想を看護へ

航空機は毎日何万人もの命を乗せて空を飛んでいます。しかし航空業界が安全なのは、「パイロットが優秀だから」ではありません。安全を守る仕組みと文化があるからです。

利用者様の安全を守るために必要なのは、
個人の頑張りではなく、チーム全体で安全を育て
ること

本資料では、航空業界の安全思想を8つの章に分けて解説し、各章末に理解度チェックを設けています。さらに、看護師・訪問看護師、管理者、経営者それぞれの立場でできる実践ガイドも収録しています。

本資料の使い方

学習の進め方

本資料は、以下の流れで学習していただくことを想定しています。

ステップ	内容
① 導入・図解	各章の考え方を図解でイメージする
② 詳しい解説	背景にある理由や考え方を深く理解する
③ 事例	看護・介護現場の具体的な場面で確認する
④ 理解度チェック	設問に答えて理解を確認する

目次

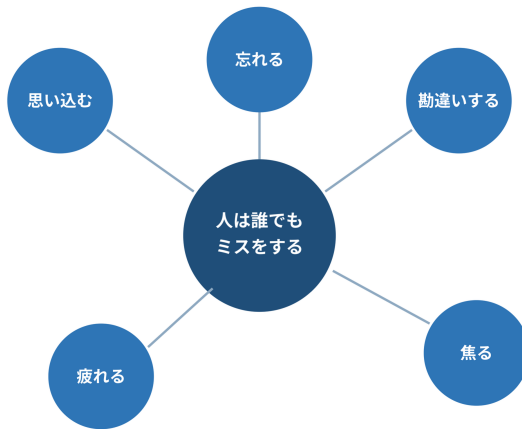
- 第1章：人は必ず間違える
- 第2章：報告する人を守る
- 第3章：一人で抱え込まない
- 第4章：アサーション
- 第5章：良い習慣が安全をつくる
- 第6章：相手の立場で考える

- 第7章：心を届ける
- 第8章：品質とは何か
- 職種別実践ガイド（看護師・管理者・経営者）
- 総合演習問題

第1章

人は必ず間違える

航空業界では、「人はミスをする」ことを前提に考えます。忘れる、勘違いする、思い込む、疲れる、焦る——これは特別な人だけに起こることではありません。誰にでも起こります。



これは異常ではなく「正常」な人間の姿である

第1章（詳しい解説）

なぜ人はミスをするのか

人の脳は、すべての情報を完全に処理することができません。特に次のような状態のとき、ミスは起こりやすくなります。

状態	起こりやすいミス
疲労・睡眠不足	確認不足、判断の遅れ
多重業務・割り込み	手順の飛ばし、記録忘れ
思い込み・慣れ	確認しないまま作業を進める
緊急時・焦り	手順の省略、伝達漏れ

航空業界では、こうした人間の特性を「ヒューマンファクター」と呼び、個人の注意力に頼るのではなく、仕組みでカバーすることを基本方針としています。

第1章（事例）

看護現場での具体例

看護現場でも同じです。以下は、能力不足ではなく「人間である以上起こり得るもの」です。

- 投薬ミス（似た薬剤名、似たパッケージの取り違い）
- 申し送り漏れ（口頭伝達のみで記録が残らない）
- 訪問時間の勘違い（スケジュール変更の伝達ミス）
- 記録忘れ（訪問件数が多い日の後回し）

ミニケーススタディ

ある訪問看護師が、連続訪問の合間に電話対応をした直後、次の利用者様への薬剤準備で規格違いの薬を手に取りかけた。声に出して薬剤名を確認する習慣により、事故には至らなかった。

**重要なのは「ミスをしないこと」ではなく
「ミスが事故にならない仕組み」**

第1章（理解度チェック）

確認してみましょう

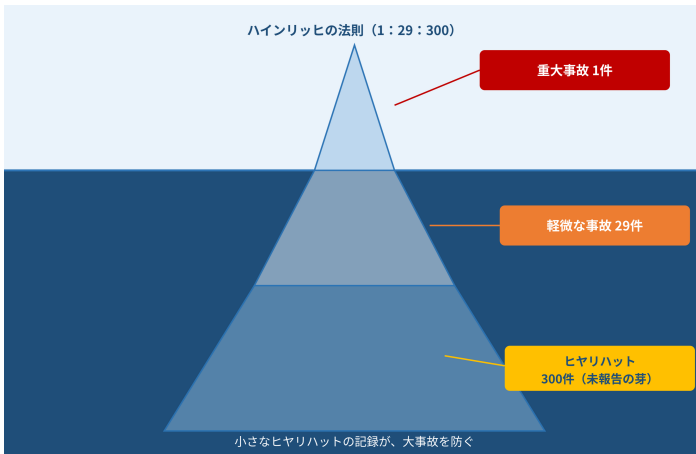
- ☐ 疲労や多重業務がミスにつながりやすいことを理解した
- ☐ ミスは特別な人ではなく誰にでも起こることを理解した
- ☐ 「ミスをしないこと」より「事故にしない仕組み」が重要だと理解した

設問	解答例
Q1. 人がミスをしやすくなる状態を2つ挙げてください。	疲労／多重業務 など
Q2. 航空業界がミス対策で重視するのは「個人の注意力」と「仕組み」のどちらか。	仕組み
Q3. ○×：ミスは能力の低い人だけに起こる。	×

第2章

報告する人を守る

航空業界では、ヒヤリとした経験を積極的に報告します。なぜなら、大きな事故の前には小さな異常があるからです。



ハインリッヒの法則：小さな異常の先に重大事故がある

第2章（詳しい解説）

報告文化と「Just Culture」

航空業界や医療安全の分野では「Just Culture（公正な文化）」という考え方が重視されます。これは、悪意のないミスを個人の責任として罰するのではなく、仕組みの改善に活かすという文化です。

文化のタイプ	特徴
懲罰文化	ミスを報告すると罰せられる。報告が減り、事故が隠れる
Just Culture	悪意のないミスは責めず、仕組みの改善につなげる。報告が増え、事故を予防できる

報告が増えることは「問題が増えた」のではなく「見えていなかった問題が見えるようになった」ということです。

第2章（事例）

報告は組織の財産

看護現場でも同じです。以下のような「未遂」の出来事は、隠すものではなく、組織全体の財産です。

- 転倒しそうになった
- 薬を渡し間違えそうになった
- 訪問先を間違えそうになった

ミニケーススタディ

ある事業所で「点滴ルートの接続を間違えそうになった」というヒヤリハットが報告された。管理者はすぐに手順書のイラストを見直し、同様の報告が減少した。報告が改善につながった好例である。

報告した人を責める組織は、事故を隠す組織になる

第2章（理解度チェック）

確認してみましょう

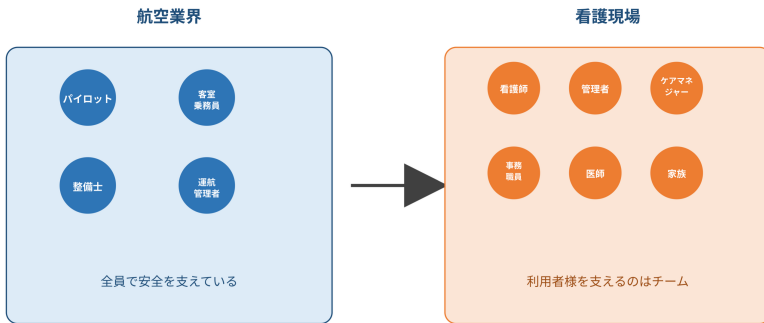
- ☐ 「Just Culture」の考え方を理解した
- ☐ 報告が増えることは悪いことではないと理解した
- ☐ ヒヤリハットは組織の財産であると理解した

設問	解答例
Q1. 悪意のないミスを責めず仕組み改善に活かす文化を何と呼ぶか。	Just Culture
Q2. 報告件数が増えることは何を意味するか。	問題が見える化された
Q3. ○×：報告した人を責める組織ほど安全である。	×

第3章

一人で抱え込まない

航空機は一人では飛ばせません。パイロット、客室乗務員、整備士、運航管理者——全員で安全を支えています。看護も同じです。



航空機は一人では飛ばせない。看護も一人では支えられない。

第3章（詳しい解説）

チームリソースマネジメント

航空業界には「CRM（Crew Resource Management）」という考え方があります。これは、機長一人の判断に頼らず、乗務員全員の情報・意見・気づきを活用して安全な運航を行うという考え方です。

従来の考え方	CRM／チームケアの考え方
リーダー（機長・ベテラン）がすべて判断する	チーム全員の気づきを共有し、判断材料にする
経験の浅い人は意見を控える	経験に関わらず気づいたことを伝える

看護・介護の現場でも、経験や職種に関わらず、気づいたことを共有できるチームほど、事故を未然に防ぐことができます。

第3章（事例）

相談は安全行動

利用者様を支えるのはチームです。看護師、管理者、事務職員、ケアマネジャー、医師、家族——それぞれの立場が連携して初めて、安全なケアが実現します。

ミニケーススタディ

新人訪問看護師が、利用者様の状態変化に迷いながらも「相談するのは申し訳ない」と一人で判断しようとした。先輩に相談したところ、早期の医師連携につながり、重症化を防げた。

困ったときに相談することは、弱さではない。安全行動である。

第3章（理解度チェック）

確認してみましょう

- ☐ CRM（チームリソースマネジメント）の考え方を理解した
- ☐ 経験に関わらず気づきを共有する重要性を理解した
- ☐ 相談は安全行動であることを理解した

設問	解答例
Q1. 乗務員全員の気づきを活用する航空業界の考え方の略称は。	CRM
Q2. 「相談すること」は弱さか、それとも何か。	安全行動
Q3. ○×：新人は経験不足なので意見を控えるべきである。	×

第4章

アサーション

アサーションとは、相手を尊重しながら必要なことを伝えることです。「言いにくいから黙る」ではなく「安全のために伝える」という考え方です。

アサーション：安全のために伝える一言

「この利用者様の状態が
昨日と違う気がします」

「この訪問スケジュールは
無理があると思います」

「確認をお願いできますか」

「言いにくいから黙る」ではなく
「安全のために伝える」

第4章（詳しい解説）

伝え方の技術：DESC 法

アサーションには「相手を尊重しながら、事実に基づいて伝える」ための技術があります。代表的な方法が「DESC 法」です。

ステップ	内容	例
D : describe	状況を客観的に描写する	「先ほどの訪問予定を確認したところ」
E : express	自分の気持ち・懸念を伝える	「時間的に厳しいと感じています」
S : specify	具体的な提案をする	「訪問順を調整できませんか」

最後の「**C : consequences**（結果を伝える）」を加え、調整できた場合の良い結果を伝え、相手も納得しやすくなります。

第4章（事例）

一言が事故を防ぐ

こうした一言は、決して大げさなものである必要はありません。
日々の小さな違和感を、遠慮せず言葉にすることが大切です。

場面	伝える一言
利用者様の様子が違う	「昨日と違う気がします」
スケジュールに無理がある	「訪問時間を確認したいです」
判断に迷う	「確認をお願いできますか」

こうした一言が、事故を防ぎます。

第4章（理解度チェック）

確認してみましょう

- ☐ アサーションの意味を理解した
- ☐ DESC 法の 4 つのステップを理解した
- ☐ 小さな違和感を言葉にする重要性を理解した

設問	解答例
Q1. DESC 法の「D」は何を表すか。	describe （状況描写）
Q2. アサーションとは何を尊重しながら伝えることか。	相手
Q3. ○×：立場が上の人には意見を言わない方がよい。	×

第5章

良い習慣が安全をつくる

航空業界では、特別なことよりも当たり前を徹底します。挨拶をする、整理整頓する、時間を守る、報告する、確認する、感謝を伝える——こうした習慣が信頼をつくります。



当たり前の積み重ねが、安全という大きな成果につながる

第5章（詳しい解説）

なぜ習慣が信頼を生むのか

信頼は一度の大きな行動では生まれません。小さな約束を守り続けることの積み重ねが、周囲からの信頼を形づくりします。信頼がある関係では、報告・相談・確認がスムーズに行われ、結果として安全性が高まります。

習慣	生まれる効果
時間を守る	「約束を守る人」という信頼
こまめに報告する	「情報を隠さない人」という信頼
感謝を伝える	「協力し合える関係」という安心感

第5章（理解度チェック）

確認してみましょう

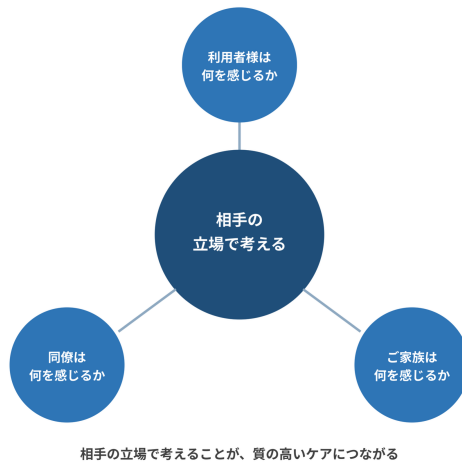
- ☐ 信頼は積み重ねで生まれることを理解した
- ☐ 習慣→信頼→チーム→安全のつながりを理解した

設問	解答例
Q1. 信頼は「一度の行動」と「積み重ね」のどちらで生まれるか。	積み重ね
Q2. 良い習慣の例を1つ挙げてください。	挨拶／時間厳守 など

第6章

相手の立場で考える

航空業界では「お客様は何を感じるか」を常に考えます。看護でも同じです。相手の立場で考えることが、質の高いケアにつながります。



第6章（詳しい解説と事例）

立場によって見え方は違う

同じ出来事でも、利用者様・ご家族・同僚では受け止め方が異なります。次の事例で考えてみましょう。

ミニケーススタディ

訪問看護師が予定時間より 15 分遅れて到着した。看護師にとっては「多少の遅れ」でも、利用者様やご家族にとっては「ずっと不安な気持ちで待っていた 15 分」かもしれない。到着後の一言「お待たせして申し訳ありません」があるかないかで、信頼関係は大きく変わる。

相手の立場で考えることが、質の高いケアにつながる

第6章（理解度チェック）

確認してみましょう

- ☐ 同じ出来事でも立場によって感じ方が違うことを理解した
- ☐ 利用者様・ご家族・同僚、それぞれの視点を意識できる

設問	解答例
Q1. 本章で挙げられている3つの立場は、利用者様・同僚とあと1つは何か。	ご家族
Q2. 遅れて到着した際に大切な行動は何か。	一言お詫びを伝える

第7章

心を届ける

利用者が覚えているのは、専門用語ではありません。優しい声掛け、笑顔、安心できる対応、気遣い——航空業界でも、最後に人の心を動かすのはマニュアルではなく人です。



最後に人の心を動かすのは、マニュアルではなく人

第7章（詳しい解説）

マニュアルと心、両方が必要

マニュアルは「安全の土台」であり、なくてはならないものです。しかし、マニュアル通りの対応だけでは、利用者様の心に残るケアにはなりません。土台の上に「心」を添えることで、初めて質の高いケアになります。

役割	内容
マニュアル	安全・手順の一貫性を守る土台
心	利用者様の安心・信頼を生む仕上げ

第7章（理解度チェック）

確認してみましょう

- ☐ マニュアルと心、どちらも必要であることを理解した
- ☐ 利用者様の記憶に残るのは対応の「心」であることを理解した

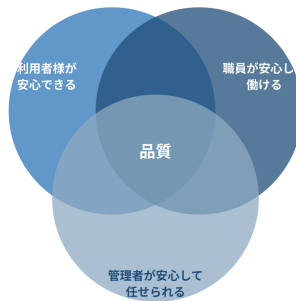
設問	解答例
Q1. マニュアルの役割を一言で表すと。	安全の土台
Q2. ○×：マニュアル通りに対応すれば、それだけで十分である。	×

第8章

品質とは何か

品質とは、ミスがないことだけではありません。利用者様が安心できること、職員が安心して働けること、管理者が安心して任せられること——それらが揃った状態が本当の品質です。

品質とは、3つの安心が揃った状態



品質とは、ミスがないことだけではない

第8章（詳しい解説）

3つの安心のバランス

3つの安心のうち、どれか1つでも欠けると組織は長続きしません。例えば利用者様の安心だけを優先し職員が疲弊すれば、離職が増えケアの質は下がります。3つのバランスを保つことが、経営としての品質管理です。

欠けた場合	起こりやすいこと
利用者様の安心が欠ける	事故・クレームの増加
職員の安心が欠ける	離職・ヒューマンエラーの増加
管理者の安心が欠ける	現場への過干渉、または放任

第8章（理解度チェック）

確認してみましょう

- ☐ 品質は3つの安心のバランスであることを理解した
- ☐ どれか1つが欠けても組織が長続きしないことを理解した

設問	解答例
Q1. 品質を構成する3つの安心とは、利用者様・職員とあと1つは何か。	管理者
Q2. 職員の安心が欠けると起こりやすいことは何か。	離職・ヒューマンエラーの増加

まとめ

TEAM で安心を育てる

私たちは完璧ではありません。だからこそ、一人で頑張るのではなく、チームで支え合います。

- 私たちは、報告する人を守ります。
- 私たちは、相談する人を支えます。
- 私たちは、人ではなく仕組みを改善します。
- 私たちは、利用者様の安心を第一に考えます。

TEAM で安心を育てる。

職種別実践ガイド

看護師・訪問看護師編

現場で利用者様と直接向き合う看護師・訪問看護師の皆さまへ。
日々の実践で意識していただきたいポイントです。

実践ポイント

- ヒヤリハットに気づいたら、その日のうちに報告する
- 迷ったら「確認をお願いできますか」と伝える
- 訪問時は一言、相手の立場に立った声かけをする
- 疲労を感じたら、無理せずチームに共有する

セルフチェックリスト

- ☐ 今週、ヒヤリハットを報告した、または報告できる準備ができている
- ☐ 判断に迷ったとき、一人で抱え込まず相談できている
- ☐ 利用者様やご家族の立場に立った声かけを意識している
- ☐ 自分の疲労状態をチームに伝えられている

職種別実践ガイド

管理者編

チームの安全文化を育てる管理者の皆さまへ。仕組みと雰囲気づくりの両面から実践ポイントをまとめました。

実践ポイント

- 報告してくれた職員には、まず「ありがとう」を伝える
- ヒヤリハットは個人ではなく仕組みの課題として扱う
- 経験や職種に関係なく発言できる場をつくる（アサーションの推奨）
- スケジュールや人員配置を定期的に見直す

セルフチェックリスト

- ☐ 報告を受けたとき、責めるのではなく感謝を伝えられている
- ☐ ヒヤリハットの情報を仕組みの改善につなげられている
- ☐ 新人や若手が意見を言いやすい雰囲気をつくれている
- ☐ 特定の職員に業務が偏っていないか確認できている

職種別実践ガイド

経営者編

組織全体の品質・安全文化に責任を持つ経営者の皆さまへ。文化と仕組みへの投資という視点でまとめました。

実践ポイント

- 報告しやすい文化・体制づくりに投資する（Just Culture）
- 「品質は経営の基盤である」というメッセージを繰り返し発信する
- 職員が安心して働ける労働環境を整備する
- 現場の声を経営判断に反映する仕組みをつくる

セルフチェックリスト

- ☐ 報告件数の増加を、悪化ではなく改善の兆しとして捉えられている
- ☐ 品質・安全文化への投資を経営計画に位置づけている
- ☐ 職員満足度・定着率を定期的に把握できている
- ☐ 現場からの声を吸い上げる仕組みがある

総合演習問題

理解度の総まとめ

これまで学んだ内容を振り返る総合問題です。あわせてグループでの話し合いにもご活用ください。

設問	解答例
Q1. ミス対策で重要なのは「注意すること」より何か。	仕組みづくり
Q2. 悪意のないミスを責めず改善に活かす文化の名称は。	Just Culture
Q3. 航空業界でチーム全員の気づきを活用する考え方の略称は。	CRM
Q4. アサーションで使う伝え方の技術の名称は。	DESC 法
Q5. 品質を構成する 3 つの安心を挙げてください。	利用者様・職員・管理者

グループディスカッション用テーマ

- 自分の現場で、報告しやすい雰囲気はどの程度あるか
- 最近、相談してよかったと感じた出来事はあるか
- マニュアルと心、両方を意識できた場面はあるか

最終メッセージ

航空業界から学んだ安全文化

私たちは、報告する人を守ります。

私たちは、相談する人を支えます。

私たちは、人ではなく仕組みを改善します。

私たちは、利用者様の安心を第一に考えます。

TEAM で安心を育てる。それが航空業界から学んだ、看護品質・安全文化の基本です。

BLUE SKY OFFICE (BSO)

品質は経営の基盤であり社会への責務である