

患者：「今日は良く落ちる。」

患者はベッドに長座位になっている。

看護婦：「そうですね。」と滴下を見ながら答える。

看護婦は左手で時計を持ち、滴下筒の横に持ってきて、右手でクレンメを調整する。

看護婦：「何回か見に来た方がいいですね？」

患者：「見えないから、そうして下さい。」

その後、看護婦は続けて検温を行う。

【マニュアル通りに施行している。患者と薬品名や治療の話ができているので、説明が十分なされていることが伺える。看護婦が言ったことに対して患者が「違うのではないか」という内容のことが言えるのは、両者の間に話し合える関係ができていることによると考える。患者は、点滴施行前に、名前を名乗ることに対しても慣れている。これは、医療者側の主旨が伝わっているものと考えられる。また、この患者だけでなく同室者との笑顔での会話も、医療者とのスムーズな関係を現しているようだ。患者、医療者双方がこのような雰囲気、風土を作り出すことは必要なことである。積極的に治療に参加している患者の姿勢も、より安全な医療の提供につながっていくと考えられる。患者がこのような姿勢を持てるように働きかけることは、医療者として必要なことであろう。】 (M病棟)

### 3. チェック方法（ダブルチェック）の有効性への疑問

現在病棟で取り入れられているダブルチェックは、主に看護職員同士（同じ勤務内）で行われている。同じく業務に追われている看護職員が、ダブルチェックの相手として選ばれているが、本当に確認すべき内容に注意が注がれているのだろうか。

以下の報告や、実際の「インシデント・レポート」にも、ダブルチェックをしたにも関わらず、間違っていたという事例が数件あった（Case0103, 0114, 0201）。また、ダブルチェックをした看護職員の名前を記載したり、しなかったりと病院内でも統一されていない場合があった。そのため、看護職員の確認作業への責任感が乏しく、また数人の看護職員に確認作業の責任が分散している可能性があった。これらのことから考えると、ダブルチェックが不完全にも関わらず、複数回チェックが行われているから大丈夫だという信頼感・安心感が生じ、指示施行時直前の確認が無意識のうちに不完全になる可能性はないだろうか。複数のダブルチェックそのものに頼るよりも、どの時点で、どのようにチェックすることが効果的なのかを検討する必要があると思われる。

16:00 点滴追加。患者の希望により、ソセゴンの点滴を施行する。ソセゴンは金庫管理になっており、鍵を開けて出し書類に記載後、他の看護職員と指示簿とアンブルをダブルチェックして、点滴を作成する。ルートをつけながら、本日の深夜勤が忙しくなりそうだと、他の看護職員と話している。

【他の看護職員に話しかけている。ダブルチェックは行うものの、サインは施行者の一人がチェック中に行う。作業をしながら、他の話題に注意がそれている。】 (O病棟)

11:55 点滴更新。受け持ち患者の点滴更新に訪室するが、側管を持ってきていないことに気づき、処置室にとりにもどる。

【点滴を処置室から運び出す時点では気付いていないが、患者さんのところで、指示簿を見て確認したことで投与忘れを防ぐことができていいる。】 (L病棟)

14:30 点滴準備。①事前に自分で指示簿と現物を声に出して見る。②他の看護職員に声をかけ、自分が指示簿を見て、氏名、内容、時間を声に出して読む。③他の看護職員も指示簿と現物を共に見る。④ミキシングする前にもう一度アンブル、輸液を2人で見ると。⑤終わったら点滴架台に点滴ボトルをかける。

【ダブルチェックが再三なされているが、必要不可欠なチェックはいかなる内容かの見直しが必要と思われる。】(M病棟)

15:50 点滴準備。自分の担当患者の点滴を作成。処置簿を取り出し、患者の点滴内容を確認し、指差し・声をだしながら確認。混注するものも、アンプルと指示書、最後にアンプルを捨てる時も再度確認している。インシュリンなどの特殊な注射薬や量が変則な場合は、ダブルチェックを行ってから混注をしていた。この場合の点滴ボトルには赤で何がどのくらい入っているかを記載していた。

【これらの行為はマニュアルとして、処置台の上に貼られている。そのとおりに行っていた。】

患者一人一人の点滴を別々に準備していた。その点滴にルートをつけてワゴンに乗せる。処置簿の点滴実施欄には、ナースステーションで一括サインされる。

【ナースステーションで行われた準備作業時が、最終確認になっている。実施欄にサインをすでに行っているため、この先処置簿と確認することはないと思われる。実施直前の患者の前では、何を頼りに確認するのであろうか。】(N病棟)

#### 4. マニュアルの問題

多くの看護業務内容がマニュアル化されている。しかし、そのマニュアル自体の良し悪しが評価されることはあまりない。実際、マニュアルはあっても活用されない、マニュアルが無視されるという状況が病棟内で観察された。マニュアルに従った処置をしたが、インシデントが起きた事例 (Case0202、0203、0204) も報告されており、そのマニュアルの内容自体に問題がある可能性も高い。マニュアルを作成して終わりなのではなく、その評価を行い、マニュアルの実行可能性・合理性・有効性などを検討する必要がある。それが確認された後には、マニュアルに従うことの有効性を看護職員全員に伝え、なれ合いにならず実行していく環境づくりも必要と思われる。

13:55 点滴準備・実施。処方箋をナースステーションから処置室に持っていき、昨日薬剤部が準備した点滴ボトルに、患者の名前が記入されているシールを貼る。「1日3本行われる点滴のうちの2本目」を示す番号をボトルに記載し、混注する薬剤を処方箋と確認してから、混注する。混注した薬剤の最終確認はせずに、そのまま空アンプルをごみ箱に捨てる。そして、病室まで歩いていき、点滴を接続した。

【家族から「点滴が終わりました」との声かけで、慌てて混注して、接続したという感じであった。家族から声がかかる前に、点滴終了時間を考え準備することはできなかったのか。ダブルチェックや声を出しての確認、指差し確認などのマニュアルに規定されている行動はしてなかったが、やはり急いでいる時は省略されるのだろうか。】

16:00 点滴実施。他の看護職員から、「点滴が終了しそうだけれど本日はこれで終了か」と聞かれる。「のこり1本ある」と返事をして、準備済みの点滴を持って、患者の部屋に行き、点滴を付け替える。クレンメで滴下数をあわせ (時計とあわせることはしない)、空のボトルをもち、そのままごみ箱へ捨てる。

【点滴施行時のマニュアルでは、処方箋と患者氏名、薬剤名、投与量、投与方法、投与時間を、声だし・指差し確認し、患者にも可能であれば自分の氏名を名乗っていただくことになっているが、点滴終了間近という切迫した時に、マニュアルどおりの確認作業を行うのは困難である。】(N病棟)

9:32 確認・点滴追加。点滴 (抗生剤) を追加する。「〇〇さんですね?」と呼びかけ、返事をさせている。本日の勤務者についての患者からの質問に答えながら作業している。

【院内の決まりごとで、患者から名前を申告させることになっているはずであるが、それは行っていない。】

- 13:12 点滴追加。ナースコールで、化学療法中の患者の点滴が終了したと分かる。廊下のワゴン上に置いてあった点滴をつかみ、患者のところへ行く。「〇〇さんですね?」と患者に点滴を見せてつなぐ。「30分でいきます。」と告げ、終了時にナースコールをしてくれるように依頼する。  
【点滴をつかんだときに確認したのは患者名のみで、薬剤名までは確認していない（マニュアルどおりではない）。】（O病棟）
- 11:04 点滴準備中。投与予定の抗癌剤を準備する際、医師とともにダブルチェック（マニュアルに具体的方法は規定されている）を行う。あらかじめ看護職員が注射器に抗癌剤を吸っておき、バイアルといっしょにトレイに置いておく。そのバイアルと注射器と指示簿を医師と共に確認する（声出しは看護職員のみ）。他の看護職員の準備した抗癌剤を同じように医師と確認しようとしたところ、受け持ち看護職員が来て交代する。  
【時間的に難しいのだろうが、一度注射器に吸ったものと空バイアルの確認では、ミスは起こる可能性はある。確認の仕方は形式的ではなかったが（医師の確認の仕方はやや形式的に感じられたが）、医師と確認しているところで溶解・混注できればより確実ではないか。】（M病棟）

## 5. 張り紙・注意札など注意喚起の方法の問題

注射・与薬業務のミスを防ぐために、注意喚起をうながす張り紙・札などが病棟内で多用されていた。しかし、有効には働いていないのではと思われる観察記録が複数あった。処置中には注意喚起の張り紙が点滴で隠れる、張り紙・札などが定常化してしまい、いつの間にかその存在が無視されるなどの問題点が見られた。そして実際、その張り紙通りには行動が行われていない場面も見られた。

準備室（処置室）の処置台の上に「貼り紙」が、2〜3ヵ月前からある。しかしこの台の上に点滴が載るので見えない。内容は院内基準や、会議等で確認しあったものであった。

【貼り紙等は一時的に注意を喚起するものとしては有効と思われるが、長続きはしないものと思う。】

流しの上の壁に事故防止に関する標語が書かれている。最初は見ていたが、今はあまり見ていない。トイレにまで貼ってあり、落ち着いてトイレにも入れないという声もある。

【その病棟での努力が伺えるが、貼りっぱなし=マンネリという感じも否めない。】（M病棟）

- 13:10 点滴架台や、天井からぶら下げることのできる点滴棒には、「指差確認」の札が下がっている。  
【札は下がっているが、指差し確認していない場面が複数回見られた。】

- 15:40 内服薬準備。薬入れワゴン（患者ごとに引き出しがひとつあり、その中に、朝・昼・夕に色分けしたボックスが1週間分ある）から、夕の薬を取り出す。同時に内服薬処方箋を確認し、服薬内容をチェックする。薬入れワゴンの上においてある患者の氏名の書いたボックスに、夕の分の薬を入れ替える（夕方に薬がない患者については、ワゴンの上のボックスは伏せておく）。さらに患者に内服薬を手渡すだけでなく、服薬する場も確認する必要がある人には、そのボックスに「内服確認」というサインが貼ってあった。

【「内服確認」などのサインは、見慣れてしまえば効果がなくなるおそれがある。】（N病棟）

## 6. 他職種の専門性を生かした確認機能の必要性

注射・与薬業務は、医師・薬剤師・看護職員という複数の職種が関わる。その中で、職種ごとに確実な確認方法を各々が持つ必要があると思われる。観察の中で、いくつかの処方箋の間違いや調剤の間違いが観察されたり・報告がなされたりした。そして、医師・薬剤師の間違いを探し出すことを、看護業務の中に取り入れ、そこに多大な時間が割かれていた。こうした確認業務により、さらに忙しさを増している状況を看護職員自らが作り出している。G病院では、病棟専門の薬剤師が、医師のコンピュータ入力による処方箋の内容確認から、内服自己管理中の患者への服用指導まで、責任を持って行っている。

た。患者の状態によって、薬の内容、薬の形態などが適切でないとは判断された場合には、直接薬剤師が医師に問い合わせ、処方依頼する。看護職員は薬剤師からその変更内容を申し送られるのみであった。各々の職種内でその専門性に応じた責任を果たし、注射・与薬業務を安全に施行するシステムを作り上げる必要性が感じられた。

- 14:02 内服薬確認。 定期薬処方日までの内服薬不足分を、医師と共に確認し、薬局に処方依頼する。既にある内服薬は、看護職員が服薬日、時間毎に一つ一つ袋に詰めている。  
【ステーションの中央の机で行い、とても確認作業に集中できる状況ではない。薬剤の袋詰め作業など、なぜ薬局が行わないのか。】
- 14:10 内服薬確認。 患者の定期薬を確認する。その患者の指示簿が廊下にあるのを思い出し、取りに行く。処方箋と指示簿の記載が違うことを発見し医師に指摘する。薬の減量、飲み方の変更があった場合は、他の看護職員の日を借りてダブルチェックをし、その看護職員の日をもらう。袋にはマジックで薬品名を書く。  
【医師の処方内容の記載ミスに指摘するために、ダブルチェックでの定期内服薬確認作業が一時中断。】 (O病棟)
- 9:00 ナースステーションにて。 薬局からの薬の間違いが以前あったため、これ以降、薬局から上がってきたすべての内服薬と、医師の手書きの処方箋、コンピューター入力された処方箋を照合するようになった。この照合作業により看護職員の業務量がかなり増えた。「直接患者さんに薬を渡すのは看護職員。間違えた薬を患者さんに渡して、看護婦免許を剥奪されないためにも、この確認作業は必要」と言う。  
【処方された薬全てを確認する業務は膨大である。本来の看護業務に多大なる影響を及ぼしているものと考えられた。薬剤師と看護職員の業務、責任の範囲は、どうなっているのだろうか。薬剤師が間違えた薬を出した分まで看護職員がカバーする責任があるのか、この時両者ではどのような話し合いがなされたのだろうか。本来は、処方には薬剤師が責任を持つべきで、薬剤師も処方をセットする上でより安全性の高い方法の検討が必要であろう。また、看護という専門の能力を活かして、患者に実施する前に、指示内容を再確認する必要があるものの、医師の指示内容や薬剤部の処方内容までも、看護職の責任として確認しなければならないということではないはずである。医療はお互いの職種の専門性と信頼の上になんて成り立っているものである。その部分にかけて果たしてチーム医療と言えるのか？ この意識改革が必要ではないだろうか。そして、責任の所在、役割分担を明確にしていくことが急務ではないだろうか。】 (M病棟)
- 10:26 他科の医師より、入院前に外来で多量に処方された薬について質問を受け、定期内服薬処方の確認作業を一時中断する。
- 10:30 再びダブルチェックを始める。飲んでいないはずのプルセニドが処方されておらず、飲んでいないはずのユーロジンが処方されている。「またR先生だ…。」とある看護職員は漏らす。
- 12:58 フランドルテープの時刻が処方箋には記載がなく指示票にて確認。  
【(看護職員が処置を実施する場合)実施時間が1時間違えばインシデント・レポートを書かなきゃいけないのに…】とコメントがある。  
【医師の処方箋の記載内容について、認識の甘さを感じている印象がした。】
- 11:18 メディカゾールが、2錠と3錠の隔日投与と指示書に記載があるが、処方箋は毎朝2錠+隔日3錠で処方されていた。またザイロリックの処方もなかった。(L病棟)

## 7. 看護職員間・他職種間の良好な人間関係・コミュニケーションの必要性

共に同じ目的を実行しようとする場合、それに関わる職員間の協力関係が、その実行結果に大きく影響する。看護職員間・他職種間がお互いを気遣いながら、疑問点は聞きあえるような関係・環境が備わっ

ていると、小さなミスでもそのコミュニケーションの中で発見・改善できることが観察された。特に注射・与薬業務においては、指示は医師、調剤は薬剤師、実施は看護職員と業務が分担されている。それぞれの業務内容を考え、お互いに配慮・協力し合う必要があるだろう。

9:35 点滴準備中。同モジュールの看護職員より「点滴をチェックしようか？」と声をかけられ、自分の受け持ち患者の点滴をダブルチェックする。チェック後、相手の看護職員が受け持っている患者の点滴をダブルチェックする。

【非常に雰囲気の良いモジュールであること感じられた。】

9:57 点滴準備中。同モジュールの先輩看護職員より、「この抗癌剤は1時間でおとしていいのか、医師に再確認するように」と言われる。最初の指示受け看護職員は誰かと二人でサインを見ると、Y看護婦さん本人だったので、「もう一度聞いてきます」と答えている。

【不安・疑問に思ったことを率直に口に出し、確認しあうような雰囲気が感じられる。指示受けのサインまでさかのぼっていることから、指示受けの責任を各自が自覚しているように思われる。】

10:02 医師に確認。上記の件について、担当医師に確認している。最初の指示受けのままでよいと返事があった。

【看護職員からの確認について、医師も親切に応じている。病棟内の医師との関係も良好な様子。また時間をかけて医師を呼び出さなくても、医師が頻繁に病棟内にいるので、話しをしやすい状況が多いように思われる。】

10:38 指示受け。受け持ち患者に出された臨時の指示受けを行っている。変更・追加のあったものについて、内服用フローチャートに転記している。検査の指示について不明な点があった様子で、近くにいた医師に確認し、指示を出し直してもらっている。

【不明・疑問な点をそのままにせず、すぐに確認することが徹底されている。】 (L病棟)

【この病棟の医師と看護職員は、とても良いコミュニケーションを取れる関係にあるようであった。患者の些細な行動やリハビリ状況・食事の状況などを、事あるごとに医師と看護職員の間で会話されていた。その中で医師が指示を変更する場合も、看護職員に変更理由を述べていた。これはミスが少なくなる要因であろう。たとえわかりにくい指示があったとしても、指示の理由が看護職員に伝わっていれば、看護職員は具体的に医師に分かりにくい点を尋ねることができ、指示書への記載内容の改善にもつながる。とてもよい職場環境だと思った。】 (N病棟)

### III. 面接によるインシデントの解析

誤薬というインシデントが生じたとき、いったいどのような状況下で生じたのか、原因や要因は何であったのだろうか。インシデントに対する具体的な解決策を見出すためには、実際に生じたインシデント事例の内容、発生状況やその原因・要因などの検討が必要となる。インシデント・レポート提出事例に対し、そのインシデントに関与した看護職員に面接を行い、インシデント内容や状況を伺い、その発生原因や要因・対策案を検討した。

#### III - 1. 面接方法

- 1) インシデント発生
- 2) インシデント・レポート提出
- 3) リスクマネジメント担当婦長（リスクマネジャー）が把握
- 4) インシデント・レポートに関与した看護職員と勤務調整後、面接日程を決定
- 5) 面接を実施[G病院；該当看護職員と主任（又は婦長）による面接に調査担当者側1名が同席][A病院；該当看護職員とリスクマネジャー（看護部婦長）1名と、調査担当者1～2名が面接]

## III-2. 分析方法

- 1) 面接内容の記述、インシデント内容・原因・状況等の図式化
- 2) インシデントの内容・要因・背景等について、研究者とリスクマネジメント担当者、病棟責任者らと分析・検討  
[G病院；事例23例 A病院；事例14例]
- 3) インシデント事例をもとに、リスクマネジメント担当婦長（リスクマネージャー）や看護部長と、医療機関としての医療事故防止活動と課題などについて検討。

## III-3. 結果

### 1. インシデント・レポートと面接の結果例

対象病棟で用いられていたインシデント・レポートは、インシデントの内容・原因・要因は選択肢のチェック方式、さらにインシデント内容の簡潔な自由記載で構成されており、その他、発生後の患者の状況や患者への対応・結果、当事者の反省や事故防止対策などが自由記載で求められていた。いずれの医療機関も、このレポート提出後、病棟主任や婦長、リスクマネージャーからインシデント状況に関して当事者への面接を行っており、その結果を振り返りインシデント・レポートを完成させる方法を用いていた。

当事者のインシデント・レポートと、面接で収集し得たインシデント状況の例を示す。

#### 【臨床経験2年目の看護職員の実例（Case0103）】

<当事者のインシデント・レポートによる報告>

抗癌剤治療中の患者であり、制吐剤・抗癌剤を8:30からおのおの30分で落とす指示があった。処方箋には、抗癌剤・制吐剤の順番で書いてあった。経験上、制吐剤を先に点滴するものだと思っていたが、抗癌剤のみ使用することもあったと思い、順番通りにつなげてしまった。処方箋に時間振りはしてあったが、見落としていた。チームリーダーが点滴を確認した際、制吐剤が残っていることに気づき、制吐剤50ml残のところ、本来行くべき順番につなぎ変えた。それをチームリーダーより報告を受け、処方箋を確認したところ、間違っただけで施行したことに気がついた。

インシデントの種類； 注射に関するものの、種類間違い

インシデントの要因； 思いこみ・知識不足

<面接で得たインシデントの状況>

9時40分からラジエーション予定の患者に、制吐剤は8時半から9時まで、抗癌剤は9時から9時半までに点滴する予定であった。日勤勤務の看護職員は、8時00分から情報を収集し、8時半から点滴があること、そして通常なら薬剤師が午前中の点滴薬を調剤するが、この時間帯に開始する点滴は自らが調剤しなければ間に合わないことを把握した。その該当看護職員は、8時10分過ぎに受け持ち患者数名を訪室し、点滴予定の患者にも8時半から点滴を開始することを確認し、急いで処置室に戻り、点滴を作成した。9時半には点滴を終え、ラジエーションに出かける準備をする予定となっていたが、その時は点滴開始予定時刻の8時半をすでに回っており、焦っていた。深夜勤務者が準備した薬剤（患者氏名、薬剤の名前や開始時間が記入されたボトルと、薬剤）を用い、点滴薬の溶解に取りかかった。溶解前に指示内容をダブルチェックするために相方の看護職員を探したが、誰もナースステーションにいなかったため、病室に探しに出かけた。そして、探し出してきた相方の看護職員と2人で声を出し、患者名、薬剤名、量、用法、開始時間のダブルチェックを行った。処方箋には抗癌剤、制吐剤の順番で記載されており、それぞれの薬剤名の脇に、何度か訂正があり、しかも読みにくい字で9:00~9:30、8:30~9:00と記載してあった。抗癌剤を先に実施するという指示に疑問を一瞬感じたが、この様な順番の指示もあるかと思った。そのため、該当看護婦はこの患者には抗癌剤の後に制吐剤を落とすと思いこみ、ボトルにかかれた時刻は間違いであると判断した。特に相方の看護職員からの指摘も無くダブルチェックが終了し、点滴薬を溶解し、抗癌剤を持って病室へ向かった。患者自身にボトルに記載されている時刻は間違いであると説明した上で、点滴を開始した。一方、チームリーダーは、8:30とかかれた点滴ボトルを処置室で発見し、抗癌剤が先に実施されているのを見つけ、残50mlのところ、制吐剤に付け替えた。この処置につきチーム

リーダーより当該看護婦が報告を受け、当該看護婦が処方箋を再確認したところ、実施時間を取り違えたことに気がついた。その後患者には特に変化はなく、ラジエーションに出かけた。

面接の結果、当該看護職員の知識不足だけではなく、医師による処方箋の書き方の問題、業務開始後20分で抗癌剤の準備・実施を行わなければならなかった状況、時間に追い立てられ、焦っていた看護職員の状況・ダブルチェックの不備などが、このインシデント発生の要因として存在することが判った。

#### 【卒後1年目の看護職員の事例 (Case0120)】

##### <レポート上の記載>

ある患者に抗生物質を1日2回、朝と夕に行う指示があった。卒後1年目の看護職員がその指示に従い、朝8時に定時の朝の抗生物質を投与した。しかし、その抗生物質は深夜の0時に臨時に投与されており、後は夕方に行う予定になっていた。深夜に抗生物質が投与されていたにもかかわらず、朝8時に抗生物質を投与することに疑問をもたなかったため、インシデントが生じた。

対策；思い込みや流れ作業的に指示書を確認せず、抗生物質の投与理由や薬効時間などを一つ一つ確認しながら指示を実行する。

##### <面接で得たインシデントの状況>

1日2回、朝・夕に行う抗生物質の指示が、処置当日に出た場合、定時の朝・夕の時刻がその患者にとって適切か否かを看護職員が判断し、不適切な場合は投与時間を医師に確認するという決まりになっていた。その当日の深夜勤務の看護職員は、ある患者への1日2回、朝・夕に抗生物質投与という指示を、処置当日は深夜0時と夕19時に行うことを医師に確認していた。しかし、この指示変更は、深夜勤務者によって看護職員用の情報用紙に記録されるはずであったが、日勤勤務者の勤務開始までに記録が間に合わなかった。日勤勤務の卒後1年目の看護職員が、変更前の医師が記載した指示書に従い、定時の朝8時にも抗生物質を実施した。

インシデント・レポートでは、その原因は、「朝の定時の抗生物質を指示書通りに実行することが間違いであることが見抜けなかった。」という、確認不足や思いこみという個人の問題として挙げられている。しかし、なぜこのような原因と考えたかについて、面接の結果から検討してみると、「記録が間に合わず、深夜勤務者から日勤勤務者に指示変更の情報が伝わらないこともある」、「指示書には指示変更が記載されず、看護職員用の情報用紙にのみ記録されることもある」、「当日の抗生物質の投与時間は、看護婦が検討し、医師に確認しなければならないので、指示書が不正確であることもある」という、不確実性の中で、看護職員が間違いを発見することが求められたことが、看護職員がインシデントに遭遇した原因であった。

#### 【臨床経験7年目の看護職員の事例(Case0110)】

##### <レポート上での記載>

鎮痛剤の持続点滴を行っている患者から痛みを訴えられ、準夜勤務の看護職員が鎮痛剤を2ml/h増量した。しかし、疼痛時の指示は1ml/h毎に増量するという指示であった。同じ鎮痛剤を使用している他の患者が2ml/h増量の指示であり、また同じ患者も昨日までは2ml/h増量の指示であった。指示書を確認せず、思いこみで行ってしまったのが原因である。

対策；必ず指示書を確認してから行う。忙しい中でも一つ一つ確認を怠らず、常に緊張して薬剤を使用する。

##### <面接で得たインシデントの状況>

夕刻に、ある患者が緊急手術を受けることになった。準夜勤務の看護職員3名のうち、1名が手術担当になったが、その日は休日のため当直医は他院の医師であったため、もう1名の看護職員も主治医へ

の連絡や手術の準備などで手術室に入らなければならなくなった。そのため残った1名の看護職員が病棟すべての患者を受け持っていた。そのような状況の中、レポートに記載されたインシデントが生じた。

レポート上では、インシデントの原因は、「指示書の確認を省略し、記憶が正しいと思った」という、個人の確認不足や思いこみとして述べられている。しかし、「鎮痛剤の増加量を間違えた」理由は、「以前の指示を思い出して実行した」からであり、なぜ思い出して実施したかという点、「多忙の為」であり、なぜ多忙かという点、「一人で病棟内の患者をすべて受け持ったのが原因」であり、なぜ一人で受け持ったのかという点、「他の2名の看護職員が手術介助についた」為であり、というように、原因を探っていくと、インシデントの背景にはいくつもの要因が関与していることが判った。

以上のように、いずれの事例もレポート記載内容は、インシデントの原因や要因は当事者にあるという視点からの記述であった。そのため、インシデントの原因や要因、背景についての把握は、第三者などが当事者らに面接などを行い、多角的にインシデント状況の把握・検討が必要である。その把握後、インシデントが生じた要因・背景を検討することで、当事者への注意喚起だけでなく、病院組織としての事故防止対策の方向性を得ることが可能になることが判った。

## 2. インシデントによる類型化—事例紹介と生じたインシデント要因の特徴

### 2-1) 業務過多・時間切迫状況下で生じたインシデント例

病棟観察の中で、忙しい状況そのものや、多種多様の業務を一度に抱えることで生じる業務中断は、適切な注意配分の困難、記憶忘れ、確認作業の不確かさが生じることが観察されていた。実際のインシデント事例をもとに、業務過多・時間切迫状況下で生じるインシデントの原因を検討してみる。

#### 【事例1】(Case0201)

A患者は放射線治療中であり、治療開始時間は未定で、準備が整い次第治療室から病棟に連絡があることになっていた。A患者の点滴更新時間と、放射線治療開始時間が重なった。この日フリー業務のB看護婦は、他の業務で忙しいC看護婦(A患者の受け持ち)に点滴更新と治療室への移送準備を依頼され、A患者の点滴ボトルを渡された。そこで、B看護婦はA患者の病室に行き、ベッドサイドでA患者の排尿の介助を行った後、点滴を更新した。名前と点滴に書いてある名前を確認したつもりであったが、「A患者のもの」と思い込み点滴を更新した。この病院では、通常点滴をつなげる際、患者本人に名前を名乗ってもらい、指さし確認を行うことが決まっていたが、A患者の場合、言語障害・視覚障害があったため、指さし確認のみ行い、名乗ってはもらわなかった。

フリー業務のため、B看護婦はA患者の情報を十分把握しておらず、その不安から「点滴が終了し末梢が詰まったら大変、逆流する、詰まったら差し替えなければならない」という焦りがあり、早くつなごうと思った。点滴をつなぎ終え、B看護婦は看護助手にA患者の治療室までの搬送を依頼する。その後、その看護助手がA患者とは名前の異なる点滴がつながっている事を発見した(30mlほど入ったところで発見する)。

この事例は、放射線治療開始の時間が迫っており、それに間に合うように焦っていた場面での点滴交換である。点滴を更新する前に、指さし行為をして患者氏名を確認したにも関わらず、その間違いには気づかなかった原因は、時間に間に合うように患者さんの移送準備を行うことの方に細心の注意が注がれていたためと思われる。また、点滴を手渡された場合、たとえボトルに書かれた患者氏名がA患者の氏名でなくとも「A患者の氏名」と見えるのが人間の特性である。時間切迫下で他に注意を向ける必要な事象があったことに加え、手渡しで点滴を受け取ったことにより、点滴ボトルの氏名の間違いに気づくことが非常に困難である状況であったことが判った。



## 2-2) 看護職員間の情報伝達不備によってインシデントが生じた例

多数の職員・職種が24時間体制で患者に医療を提供するチーム医療の場合には、職員間の情報伝達が必要である。そのため、情報伝達の不備が生じると、業務に必要な情報が得られず、インシデントが生じる。

### 【事例2】(Case0212)

○月×日、A患者の人工透析が終了したため、B病棟のC看護婦が透析室にA患者を迎えに行った。その際、透析室の看護婦からC看護婦に「A患者さん用に、透析前に服用する循環改善剤を処方しています」と申し送りがあった（この時に、透析室の看護婦は「次回の人工透析のときに、透析室に循環改善剤をすべて持ってきて欲しい」とC看護婦に依頼したと言うが、C看護婦はそのような申し送りは聞いていないと言っている）。その後、A患者が入院中のB病棟に循環改善剤が薬局から届いた。次の透析日の朝、B病棟のD看護婦は、A患者に循環改善剤を服用させ（本来は透析直前（刺針直前）に服用するものであり、病棟で服用するものではない）、8:50分頃透析室へA患者と共に向かった。そして透析室のG看護婦が、B病棟のD看護婦からA患者についての申し送りを受けた（A患者が循環改善剤の服用したという申し送りはなかった）。その後、透析室のH看護婦は透析前に循環改善剤を服用させようと、通常循環改善剤が入っているカルテの裏ポケットを確認するが入っていないため、常備薬から取り出して患者に循環改善剤を服用させた。透析が終了した後、A患者の循環改善剤が処方されていないと思った透析室のH看護婦は、B病棟に処方依頼したところ、すでに循環改善剤は処方されており、当日の朝、A患者は循環改善剤を服用していたことが判明した。

この事例は、他病棟の看護職員から服薬に関する送りがなく（申し送りの内容がはっきり提示されていない）、患者の服薬に関する情報が伝わらなかったため、透析室の看護職員は薬が持参されなかったことに疑問を持たないまま、A患者はまだ服薬していないという間違った判断をしている。もし、内服薬の服用状況や持参薬に関する情報を透析室に申し送る内容として規定してあれば、薬を持参してこなかったことで、その薬をこの病棟ではどうしたのかという、新たな注意が向けられた可能性がある。

## 2-3) マニュアルの不備によって生じたインシデントの例

病棟には多種多様なマニュアルが存在している。しかし、利用されていなかったり、マニュアル施行時に不具合が生じたりしても、マニュアルが随時変更・改訂されることは少ない。また、マニュアル通りに施行する場合、しない場合について明確な記載がない場合も多く、すべての事例に対し機械的にマニュアルを適応させてしまう可能性もある。

### 【事例3】(Case0205)

C看護婦（新人）が、入院してきたF患者の担当になった。C看護婦はF患者の内服薬の自己管理状況を知るために、自宅での服薬状況を確認したところ、1人暮らしであり、薬はきちんと服薬していたと返答があった。C看護婦は、F患者の入院中の内服薬自己管理について先輩看護婦と相談した上で、3日間残薬確認を行ない、自己管理できるかどうかを判断することにした（この病棟では、自宅で内服薬の自己管理していた患者は、入院後は3日間、看護婦が残薬を確認し、問題なければ入院中でも内服薬を自己管理させるという、内服薬管理に関するマニュアルが存在している）。3日後、C看護婦はF患者がそれまでの服薬を正確にできた事を確認し、5日目に1週間分の薬（R薬とG薬は1錠1×、N薬3錠3×を一つの袋にまとめて入れて渡し、薬帯に薬の飲み方を記入したもの）を渡した。また、あらたにM薬3錠3×が開始され、C看護婦はF患者に「N薬と同じように服用するように」と伝え、別の袋に入れて渡した。しかし、F患者のその後の服薬自己管理状況について、C看護婦は確認していなかった（どのように自己管理後の患者の服薬状況を把握するかマニュアルはなかった）。それから3日後、F患者より薬がなくなったと報告がありC看護婦が調べたところ、R薬とG薬を朝に1錠ずつ服薬（1錠1×）すべきところ、朝・昼・晩にそれぞれ1錠ずつ（3錠3×）服用していた事が判明し、すぐに医師に報告した。その後、F患者の服薬は、朝・昼・夕、看護婦が監視しているもとので、患者自身が袋から出して服薬している。

この事例では、新人看護職員が病棟に存在する内服薬の自己管理に関するマニュアルに従って患者の内服管理能力を判定したにもかかわらず、患者は正確に服薬することができなかった。そのマニュアルでは、自己管理後の患者の服薬確認や、薬に変更があった場合はどうすべきかは規定されていなかった。この患者に内服薬自己管理に関するマニュアルを適応させる意味は何か、内服薬を自己管理させる必要があったのかについての検討は、この事例の場合なされていない。マニュアルは使用されながら、不具合事例などを参考に、その目的、内容、方法について検討され、使いやすいものに変更され続けていく必要がある。

#### 24) 経験不足・知識不足を伴う新人看護職員が関与するインシデント例

新人とは知識・経験が少ないものである。そのため、その領域では常識と言われるような事態・事象に対しても、十分な理由付けや指導がなければ、新人は理解し、行動することはできない。新人に知識や経験を求めることだけでなく、他のインシデント防止対策を検討する必要がある。

#### 【事例4】 (Case0101)

経皮的冠動脈形成術（PTCA）術後のA患者は、ポンプ1台とシリンジポンプ2台で輸液管理中であり、術後6時間までは150ml/h、その後は40ml/h（AM200頃）に減速する指示が出ていた。新人のB看護婦にとっては、深夜勤務でPTCA後の患者を受け持つのは3回目であったが、過去2回の場合とは術後経過時間が異なっていたために、当日の術後の処置のいくつかは初めてのものが含まれていた。病棟のルールに従い、その勤務帯で行なうべき業務を、情報源（申し送り、カードックス、プラン用紙、看護職員用チャート）から抜き出して患者ごとにメモを取り、それを元に「タイムスケジュール」を作成し、そのタイムスケジュールをもとに行動していた。メモにはA患者の輸液を150ml/hから40ml/hに減速する情報を記載したが、「タイムスケジュール」には書き出さなかった。そのため、B看護婦は何度となくA患者の病室を訪問しているが、点滴を減速することには気づかなかった。AM8:10頃、日勤の担当看護婦が、点滴が減速されていないことを発見し、40ml/hに減速した。その後、日勤の担当看護婦がB看護婦に報告し、B看護婦はリーダー、医師に報告したが、尿量も十分あり心負荷にはならず、大事には至らなかった。

この事例では、PTCA後の患者がなぜ術後6時間までは輸液量を150ml/hで続け、その後40ml/hに減速しなければならないのか、その指示の病態生理学的な意味を知らなかった。ある程度この病棟で経験のある看護職員であれば、PTCA後の輸液測度を減速するという事は常識化している。そのため、一時期減速するのを忘れても、業務を行う中で思い出し実行することが可能であるが、新人の場合には思い出すための知識や経験が不足している。そのため、新人にとっては、記憶を補助するためのメモなどの情報源をうまく利用する必要がある。この事例の場合には、新人の唯一の頼りであるタイムスケジュールに不備があったことが、インシデント発生の大きな原因である。そのため、正確なタイムスケジュールを作成するためには、どのような手段が必要かを検討する必要がある。

さらに、新人自身の努力に留まらず、周囲のサポートのあり方も問題になる。患者周囲の状況を把握し、臨機応変に自分の業務計画を立案・変更する力量がない場合には、周囲からの助言、指示が必須である。効果的な新人サポートのあり方も検討すべきであることが推察される。

#### 25) システム変更時に伴う混乱によって生じたインシデントの例

医療機関のように多数の職種・職員が共同で業務を担っている場合、一つのシステム変更が職員全員に周知され、実行されるまでに時間がかかる。その間、新旧システムが入り混ざり、さまざまなミス・ニアミスが生じる可能性が高い。

#### 【事例5】 (Case0108)

A医師はB患者のインシュリン自己注射について、入院後2日間の指示は処方箋にて行ったが、その後指示を出し忘れていた。医師の処方箋を原本として（転記を避け）処方内容を確認しようと、G病院は処方箋の形態を4ヶ月ほど前に変更していたが、K病棟では、インシュリン自己注射の指示を処方箋原本

での確認するシステムに変更できていなかったため、カーデックスへの転記をまだ続けていた。カーデックスの指示がそのままであったため、処方箋での指示が途絶えた後も、各看護職員によってカーデックスに書かれた指示が毎回確認され、自己注射はそのままのインシュリン量で継続されていた。入院後約2週間経過した○月△日17:30頃、指示受けをしていたC看護婦に対し、B患者のインシュリン自己注射の処方箋がA医師から手渡された。その処方箋にはインシュリンの種類と量のみが書いてあり、カルテにもインシュリン量に関する記載はなかった。A医師から自己注射のインシュリン指示は、未だに指示書に記載されていたため、C看護婦は単なるインシュリンの処方方を依頼されたと思い、自己注射のインシュリン量の変更とは思わなかった（医師は夕方20単位から24単位に変更指示を処方箋で依頼したつもりであった）。そのため、C看護婦はカーデックスのインシュリンの量を書き換えなかった。翌日、B患者は検査処置の為朝食は摂取せず、インシュリンの自己注射は夕食前に行われるようになっていた。C看護婦は、申し送りで準夜のD看護婦に夕方のインシュリンの量について聞かれた。C看護婦はカーデックスの数値を見て、そのままの20単位であることを申し送り、D看護婦はB患者に伝え、B患者は20単位で自己注射を行った。翌日の8:00頃、日勤のE看護婦が処方箋に24単位と書かれているのを見つけ、その報告を受けたC看護婦はその旨をA医師に報告。B患者の血糖値に大きな変化はなく、インシュリン量は翌日からの変更となった。

G病院では4ヶ月ほど前に処方箋の形態を変更していた。それまではすべての指示を指示書に医師が記入し、さらに注射処方箋を別途記入していたが、転記によるトラブルを避けることも目的の1つとし、新しい6枚綴りの処方箋を導入した（この処方箋一つで指示・処方箋・看護職員の実施欄・薬剤部・会計に活用可能となった）。しかし、その使い方についてはまだ改善の余地があり、薬剤部への連絡が必要でない場合の指示変更について、どのようにこの処方箋を使用するか、各病棟で模索中であった。それまで、インシュリンの自己注射をしている患者に対し、医師はインシュリン量などの指示は指示書には記入し、薬剤部にインシュリンを請求する必要があるときのみ処方箋に記入していた。この6枚綴りの新しい処方箋に変更してから、医師は注射薬に関する指示は、指示書ではなくこの処方箋で出すことを、病院側としては決めていた。

この事例は処方箋が変更したことに伴い、病棟看護職員・医師たちがその処方箋の利用にまだ不慣れであったがために、情報伝達がうまくいかずにインシデントが起きた例である。今までの指示書での注意点や判断が、新しい処方箋では異なると思われる。指示の出し方や使用する処方箋など注射・与薬業務に関するシステムを変更するとき、そのシステムの浸透には時間がかかるため、浸透するまでにはこのようなリスク対策も、変更時には考慮する必要がある。

## 2.6) 交代勤務制によるミスの連鎖

24時間交代制勤務により患者に医療を提供している医療現場では、一人の職員のミスが、数時間あるいは数日先のインシデントにつながることもある。そのミスの連鎖について図示も用いて検討した。

### 【事例6】 実施施行サインの間違いによるミスの連鎖(Case0111・14)(図Ⅲ-3-1)

術後2日目のD患者に500mlの点滴ボトルを4本朝までかけて輸液する指示が出ていた。A看護婦は準夜勤務開始時に、D患者の2本目の点滴を、ダブルチェックをしながら準備した。しかし、A看護婦は準夜勤務中に3本目の点滴交換もありうると思い、3本目の点滴セットの準備をした。その際、その他の患者用に準備した点滴も含めて、「準備施行済み」のサインを処方箋に行った。勤務終了時、A看護婦は処方箋への「実施済み」サインの確認をし、自分の「準備施行済み」サインがあるが、「実施済み」サインがない処置に対しすべて「実施済み」サインを行い、処方箋を深夜勤務の看護婦に渡した。しかし、この段階ではD患者への3番目の点滴をA看護婦は施行していなかった。深夜勤務のB看護婦が、D患者の2本目の点滴が終了した時、3本目につなぎ変えようと処方箋を確認したところ、処方箋には3本目までの「実施済み」サインがあったため、B看護婦はつながっている2本目の点滴のボトル番号を確認せずに、4本目の点滴を作成し、実施した。翌朝、日勤のC看護婦が、3番と記載された点滴がカートの上に残って

いることを発見。C看護婦はゴミ箱を捜し、3番と記載されたボトルが捨てられていないこと、またA看護婦に電話をして、A看護婦が3本目の点滴を実施していないことを確認し、医師に報告した。その後はそのままの速度で、4番と記載された点滴の後に3本目の点滴を行った。

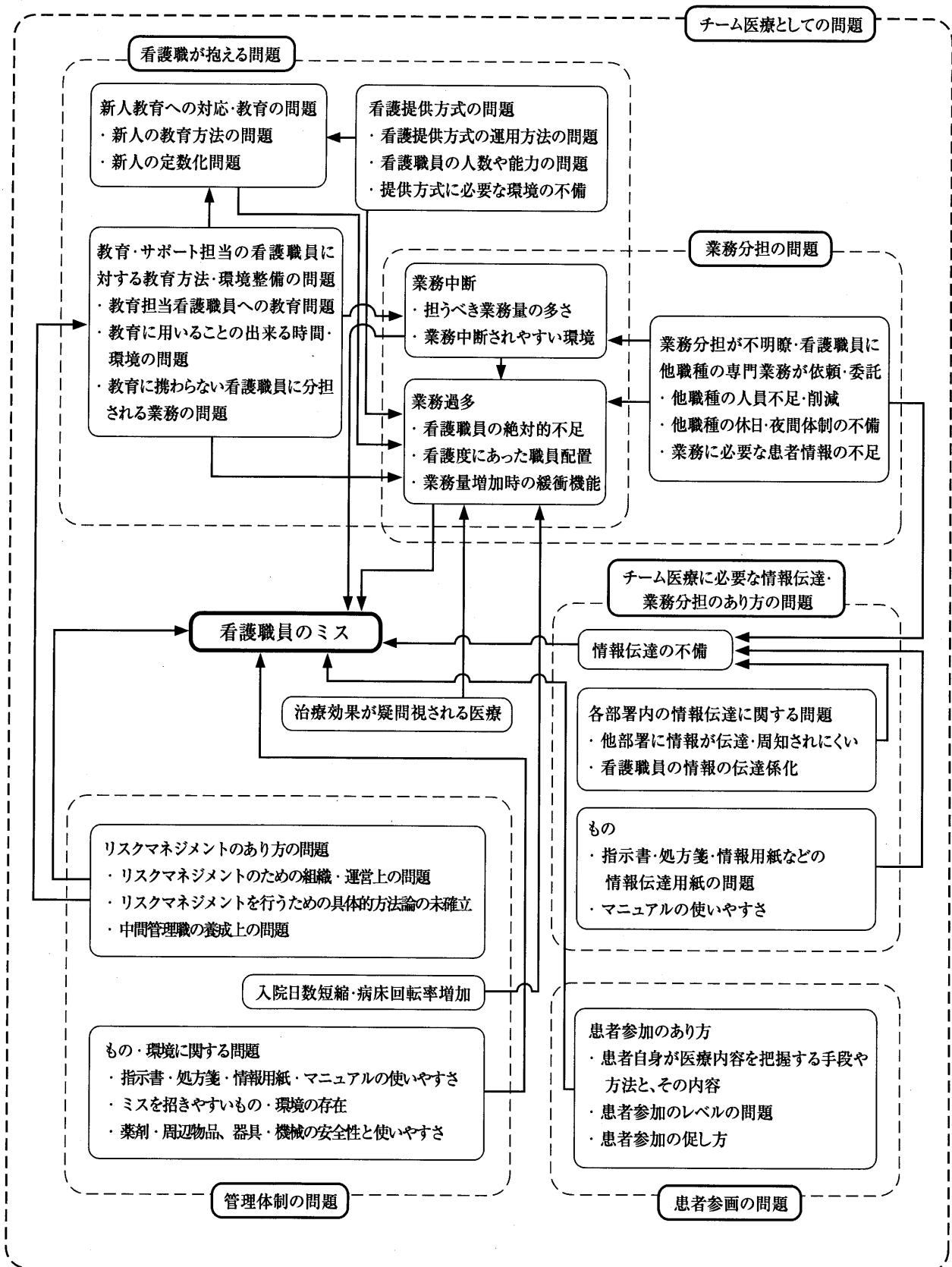
**【事例7】 麻薬管理のミス連鎖(Case0115・18) (図Ⅲ-3-2)**

癌性の疼痛があるA患者に対し、痛み止めとして生食100mlに塩酸モルヒネ40mgを混注した点滴を、シリンジポンプで持続点滴を行っていた。一日におよそ塩酸モルヒネ8Apを使用するが、疼痛状況に応じて点滴速度を変更するため、4Ap多めの12Apを一日分として薬剤部に請求していた。金曜日には主任が金曜日分として12Ap請求し、麻薬金庫に納め、合計8Apが使用された。土曜日の日勤勤務であったB看護婦が、土曜日分の麻薬を薬剤部に請求するために、責任者代行の助産婦から麻薬金庫のかぎを借り、土曜日分の麻薬伝票を取り出し、薬剤部に出かけ、12Apの処方を受けた。B看護婦は前日の金曜日分として残った4Apを返却する規則を知らなかったため、合計16Apの塩酸モルヒネが麻薬金庫に保管された。そして土曜日は8Apの塩酸モルヒネが使用された。翌日の日曜日の麻薬金庫には、金・土曜日分として請求し、そして返却し忘れた残りの8Apの塩酸モルヒネが残っており、それを日曜日分の麻薬と勘違いしたC看護婦が、麻薬伝票の日付を確認せずに使用した。月曜日の日勤帯で、主任が麻薬伝票と塩酸モルヒネを照合したところ、土曜日に麻薬の残りを返却していないことが判明した。

一つの指示を遂行するために、複数の看護職員が情報伝達を行いながら看護業務を引き継いでいく。そのために、いろいろな注射・与薬業務に関する情報伝達システムを各病棟で構築しているが、そのシステムの過程で一つ問題が生じると、後のインシデントにつながる可能性がある。事例6では、看護職員の一つのサインミスによって、後の点滴更新の順番に影響を及ぼした例であり、事例7は、ある看護職員が麻薬返却のルールを知らなかったために、翌日の看護職員の麻薬管理ミスにつながった。この2つの例をみると、最初の看護職員が関与したミスを、次の勤務者の看護職員が見抜けなかった為、さらにミスを重ねてしまう事態となった。機能しているシステムでは、どこかに一つの間違いが生じても、他の場面で間違いが発見できるものである。そのためにはどのような確認を引き継ぎ勤務者が行うのがよいか、検討する必要がある。



図 V-1 ニアミスの発生状況と要因間の関連図



## D. 結果のまとめ

### I. チーム医療に必要な情報伝達・業務分担のあり方について

#### I-1. 業務分担が不明確で看護職員に他職種の専門業務が依頼・委託されている

医師の処方箋のチェックや、静脈点滴ライン挿入、薬剤部が調剤したすべての入院患者の内服薬確認など、他職種が行うべき専門業務が看護職員に依頼・委託されていた。また、それら業務を看護職員が行うことを前提に、看護および医療がなされていた。

【静脈ライン挿入は医師の業務にもかかわらず、看護職員が依頼すると「やっておいて」といわれた。その後再度依頼する時間がなく、消灯過ぎになり当直医に依頼した。Case0116】

【入院患者の注射薬の調剤を看護職員が行っている。調剤業務の専門は本来薬剤師の業務であり、看護婦はその作業を請け負ってきたにすぎない。(A婦長より)】

【入院患者の定期内服処方薬が薬剤部から病棟にあがってくると、処方箋と薬剤の照合・確認作業を、日勤勤務看護職員を2名増員させて行っている。看護職員側からこの作業を止めると申し出たが、「間違っている可能性がある」と知っていてなぜ止めるんだ」と医師側から反対があり、現在も続けている。(N婦長より)】

#### I-2. 各部署内の情報伝達が不備である

##### 1. 他部署（特に医師・薬剤師）にルール変更や連絡事項などの情報が伝達・周知されにくい

夜間・休日や緊急時の業務に備え、ルールや変更事項の伝達・周知が比較的迅速・確実に行われる看護職員とは違い、他部署、特に医師や薬剤師の場合、各々の部署内全体にルール変更や連絡事項が伝達・周知されるには時間がかかる。その情報伝達の必要性や方法などに改善の余地が大きいことが指摘されていた。

【各部署ごとに選出された委員が、その部署を代表しているという認識が少なく、連絡事項がその所属部署内の上層部や末端部まで伝わらない。(G看護部長より)】

【新しい処方箋に変わってから、すべての注射の指示は、指示書ではなく、処方箋で行われることになった。その医師は新しい処方箋の使い方に不慣れであり、新しい処方箋は薬剤の処方時のみに使用し、指示変更は従来の指示書に記載していた。ある日看護職員がその医師から処方箋を受け取った時、その医師による今までの処方箋の使い方を考え、指示変更ではなく単なる処方依頼であると思いこんだ。しかしそれは指示変更の依頼であった。Case 0108】

##### 2. 看護職員が情報の伝達係となっている

他部署に属する職員に、ルール変更や伝達事項が周知されにくいと、看護職員が他部署の個々の職員への伝達係になり、変更事項やルールを伝えている現状があった。そのことが看護職員の業務量増加にもつながっていた。

【医師や薬剤部などでは決めたルールが伝わりにくい。看護職員が現場で、各々の医師・薬剤師に変更事項を伝えている。これも看護職員の負担になっている。(G看護部長より)】

【今まで薬剤部が処方内容に疑問をもったりわからなかったりすると、病棟の看護職員あてに連絡が来た。看護職員なら医師が書いた読めない字でもわかる、患者の状況を把握しているため、処方

内容を手術中の医師に代わって返答してくれると薬剤部は思っていた。看護職員に聞けばだいたいわかるからと薬剤部は言うが、それは事故のもとになる。今は薬剤部が直接処方した医師に尋ねるようにルールを変えた。いまだに薬剤部から看護職員に問い合わせが来るが、「医師に直接聞く決まりになったので」と返答するようにしている。(A婦長より)】

### I-3. 専門性を発揮するために必要な患者情報が欠如している

専門職が専門性を発揮して業務を行うには、適切な情報が必要になる。薬剤師にとって患者の薬歴・病名・症状などを把握することは、患者に適した調剤や医師の処方ミスなどをチェックするという、薬剤の専門職としての知識活用するためにも必要であった。

【看護婦2名で、薬剤部より上がってきた入院患者用の定期処方薬と処方箋の内容に間違いがないかを確認していたところ、ある患者には6種類の内服薬が処方されていたが、そのうち降圧剤2剤はすでに中止されていたものであった。(病棟観察より)】

【G病院では、薬剤師が積極的に患者から情報を得て、患者の病態に即した処方内容を医師と共に検討している。医師の処方間違いに対しても、気づくことが多い状態となっている。(病棟観察より)】

### I-4. 他職種の人員が不足・削減されている

専門職(医師・薬剤師)や専門業種の不足により、その業務が看護職員に依頼・委託されていた。特にA病院では薬剤師の人数が削減されたため、注射薬の準備業務を薬剤部に依頼できにくい状況が生じている。

【薬剤師の人数が減らされ、ますます薬剤部から病棟への、患者ごとの注射薬払い出しが困難になり、また処方箋の締め切り時間も早くなっている。N病棟の場合、その締め切り時刻が12時までとなっており、その後の注射薬の準備は、看護職員が在庫から点滴ボトルを取り出してきて、患者ごとにセットしなければならない。(N婦長より)】

【医師が指示出しの時間を守ることが出来ないのは、医師自身も外来・手術・検査などの多数の業務を抱えて、病室に来るのはどうしても夕方になってしまうからである。医師の業務環境自体を改善しないと、看護職員の業務改善にもつながらない。(G看護部長より)】

### I-5. 他職種の休日・夜間体制に不備が見られている

休日や夜間には、他職種の場合、業務が縮小・停止している場合が多い。そのため、休日・夜間の緊急事態に対しては、看護職員が他職種の業務を担う必要が出てくるが、人数が少ない上に慣れない業務を行うことで、業務量も増えミスにもつながる例も見られた。

【休日の当直は他院の勤務医のため、緊急手術のための連絡や準備など、より多くの業務が必要であった。そのため、手術室には2名の看護職員が必要となり、病棟の患者は残り1人の看護職員で担当することになった。Case0110】

【麻薬注射薬が必要となったため、土曜日の日勤看護婦が、麻薬管理に不慣れではあったが、薬剤部に請求に出かけた。その際、前日分の残りの麻薬を返却し忘れた。平日であれば、薬剤課長が麻薬数と伝票を管理しているため、返却し忘れた場合には看護職員に問い合わせがあるが、土日の担当薬剤師の場合、その業務は行っていなかった。Case0118】



## I-6. 交代勤務時での情報伝達や業務引き継ぎに不備が見られている

交代制勤務の場合、次の勤務者に必要な情報を正確に過不足なく伝達し、業務内容を引き継ぐ必要がある。しかし、情報源が複数でしかも散乱し、書式も複雑である場合などでは、引き継ぐ側が必要な情報を見落とす可能性があった。また、定時の勤務交代時に引き継ぎができないこともあり、遅れた時の情報伝達や業務引継のあり方が問題になっていた。

【ある患者さんに臨時の内服薬を渡さなければならないという、カードックスに記載されていた情報を見落としした。ナースステーションにその内服薬が保管してあるというサインもなかったため、その情報を見落としした可能性がある。Case0113】

【日勤業務終了間近に、点滴開始の指示が出たが、準夜勤務者の業務に支障をきたさないようにと、日勤勤務者のA看護婦がそのまま引き続き点滴ラインの挿入介助についた。点滴をつなげ、他の気になる業務もこなし、1時間以上の残業を行ってから帰宅した。その後当日の深夜勤務に出勤し、情報収集のために看護記録を見たところ、A看護婦が残業している時間帯に、準夜勤務者によって次の点滴に交換されていることが判った。A看護婦が日勤帯で点滴速度の調節をするのを忘れ、また、準夜勤務者に適切に点滴管理業務を引き継がなかった為、点滴が1本終了するまでどの看護職員も点滴の速度間違いに気づかなかったと思われる。Case0106】

【日勤の勤務開始までに深夜勤務者の記録が間に合わなかったため、深夜勤務者が記載中の情報を得ることなく、そのまま新人看護婦は日勤業務につき、定時の時間にある処置を行った。後で記録を確認したところ、当日は処置時間が異なっていたことに気づいた。Case0120】

## II. 管理体制上の問題について

### II-1. 新人（中途採用者・院内異動者）への対応や教育が不備である

#### 1. 新人でも看護職員定数として数えられることにより問題が生じている

新人看護職員が高度な医療にいきなり関わることは非常に危険である。この新人が正規の看護職員と同様に定数として数えられてしまうことについての疑問が多く挙げられていた。医療事故防止の点からも、新人のための研修期間導入などの必要性が叫ばれていた。

【新人を一人前の看護婦と数えてしまうことは、どんなに教育を厚くしたとしてもやはり問題がある。1年間の研修制度や学生時代のインターン実習などを取り入れる必要がある。(G看護部長より)】

【4月からいきなり定数に数えられるのではなく、医師の研修医制度のように、看護職員にもせめて半年間位の研修期間が欲しい。(A婦長より)】

#### 2. 教育方法、教育期間、新人の能力把握や評価方法などが未確立である

医療が高度化・複雑化し、現場では学校教育の場においては体験できないような治療・業務・看護ケアが行われている。新人看護職員を職場でどのように教育することが効果的なのかを、模索しているのが実状であった。また、中途採用者や院内異動者など、異動先での詳細なルールが把握できていない看護職員の場合も、新人同様にミスを犯しやすい存在であり、どのような教育内容や方法、さらに教育効果の評価方法について、模索中であった。

【以前勤務していた病院では、新人でも中途採用でも1年間はプリセプターがついていた。しかし、この病院では中途採用者には異動してから数週間で自立が求められることになった。異動直後は業務に慣れるのに精一杯であり、いくつかのインシデントにも関与した。Case0209】

【新人にプリセプターをつける期間は、半年は必要だと言われている。その期間を医師の研修期間のように扱うなどの検討が必要。(A婦長より)】

## II-2. 教育・サポート担当の看護職員に対する教育方法や環境が不備である

### 1. 新人教育・サポートを実際に担う看護職員への教育の不備

効果的に新人に教育・サポートするためには、教育担当の看護職員が、新人が受け持つ患者の情報や新人自身の能力などを十分把握・検討する必要がある。しかし、教育担当者が自分の受け持ち患者の情報しか持ちあわせていなかったり、新人の能力に関する情報や能力把握のための具体的な手段を持ち合わせていなかったりする例が報告された。

【勤務開始時のショートカンファレンスで、同じチームの先輩看護婦たちの前で看護業務行動計画を発表したが、間違いは特に指摘されなかった。しかし、処置時刻が間違っており、インシデントを起こした。Case0120】

【深夜勤でPTCAの術後を受け持つのは3回目であったが、前回の場合とは経過が異なっていたため、初めての処置もいくつかあった。また、まだ深夜勤務には不慣れであったため、当日の業務・行動スケジュールを作成してから業務についたが、そのスケジュール表を先輩看護婦に確認・点検してもらわなかった。Case0101】

### 2. 教育担当看護職員のサポート体制や環境の不備

新人を教育・サポートし、適切に新人の業務内容を調整するためには、新人が受け持つ患者情報や新人看護職員の能力などをすべて把握することが条件となる。しかし、教育担当の看護職員自身が業務に追われていたり、勤務人数が少なく新人をサポートする余裕がなかったりするなど、新人に対して教育やサポートを行うことが出来るような、教育担当看護職員自身へのサポート体制や環境が整備されていなかった。

【本日の日勤勤務者数が1名少なく、そのため先輩自身も入院や学生指導など業務に追われていて、おそらく新人の看護職員のことまでかまっていられない状況だった。 Case0206】

【同じモジュールの先輩看護婦も、手術・腹膜還流、腰椎穿刺が予定されている患者を受け持っておりとても忙しかった。さらに先輩が休憩中は、先輩に頼まれた業務も重なり、業務量が非常に多く焦っていた。Case0213】

### 3) 新人教育時期における看護業務の分担方法についての検討の必要性

新人への教育・サポートを定数内の看護職員が担う場合、必然的に業務可能時間や業務実施可能な看護職員が減少する。そのため、通常より少ない看護職員で多くの業務を行わなければならない状況が生じる。その業務を、教育担当者やそれ以外の看護職員に、どのように分担しどのように行うべきか、あらかじめ検討しておく必要があった。

【新人を指導する側にとっては、担当患者をすべて受け持ちながら、技術の指導のみを新人に半年も行うことは苦痛であった様子。(G看護部長より)】

## II-3. 中間管理職（婦長・主任）の育成上の問題点

受け持ち看護職員制度の導入が進む中、個々の看護職員によって行われる看護の質を均一化し、向上させるために、中間管理職（婦長・主任）による看護職員へのサポートがより重要になってきている。婦長・主任の理解や意識が病棟運営・一般看護職員の意識・行動に大きな影響を与えるた

め、管理職側が、病棟の婦長・主任がどのような管理を行っているのかを理解し、どのように病棟の婦長・主任に管理能力を向上させ、また、教育を行うべきかを検討する必要性が伺えた。

【各病棟の主任によって、把握の仕方・意味の取り方が異なる。現場の長である主任に、変更事項などの必要性・重要性・内容を十分に理解してもらう必要がある。それが管理者としての役目である。(G看護部長より)】

【昔のように、基本的な研修も十分できてないときに入った看護婦も現在多く働いている。そういう人達もいる中でモジュール型看護をするということは、よほどサポート体制がしっかりしていない難しい。それをサポートするのが婦長と主任の役割だと思う。(A婦長より)】

## II-4. リスクマネジメントのあり方について

### 1. リスクマネジメントのための組織運営に弱点がある

小委員会レベルでのリスクマネジメントは、行動力がより発揮されやすい反面、決定事項の効力が弱く、各部署内で決定事項が伝達・周知されにくい。また、参加している各部署の職員が、各部署を代表しているという認識が弱い等の欠点も見られた。

【小委員会はフットワークはよいが、決定事項の影響力が弱い。また小委員会の委員は、その部署を代表しているという意識が弱い。決定事項が部署内で伝達されにくい。(G看護部長より)】

【リスクマネジメント委員会の委員会名で新しい指示書を出そうとしたら、院長名で出してください。委員会名で行うより院長名の方が、はるかに影響力と強制力がある。(A婦長より)】

### 2. リスクマネジメントの具体的方法の確立が必要となっている

#### 2-1) リスクマネジメント担当者の適任者・あり方について

病院全体のリスクマネジメントを行う場合、リスクマネジメント担当者は専任であり、他のどこにも属さないことが理想である。管理者は、一般看護職員の教育・評価者であるため、リスクマネジメント担当には本来適任ではない。

【どこにも属さない・専任であることが、病棟に入りリスクマネジメントをする時には必要である。(A婦長より)】

【本来、婦長は管理者であり、スタッフの人事・教育・評価を行う存在である。リスクマネジメントは管理者ではない、別の人が担当すべきである。(G看護部長より)】

#### 2-2) 過去の事例から学び、リスクについて検討・対応する事の必要性について

過去のニアミス、インシデント、アクシデントから、どのような状況の時にどのようなリスクがあるのか、アクシデントやインシデントが予防できた要因はなにか、過去の事例から要因を分析し、対策を検討する必要がある。

【処方箋の変更など、システムを変更する時には、その変更事項がすべてに伝わるまで時間がかかるため、リスクが生じやすい。そのリスクを把握したうえで、システム変更を行うべきである。(G看護部長より)】

【ミスを招きやすい処方箋の書き方について検討し、書き方に関して病院内で統一した。抗生剤を落とす時間や、mg、mlなどの単位の使い方などについて、マニュアルを作成した。(A婦長より)】

### 2-3) インシデント・レポートの活用方法の未確立について

現在主に使われているインシデント・レポートの報告のみでは、その背景を探り効果的な対応策を検討するには不十分な点が多い。面接などを導入し、インシデントが生じた要因や背景に焦点を当て、組織的な対策案を立案するための情報収集方法について検討する必要があると思われる。

インシデント・レポートの分析から事故防止対策とその評価についての検討事項を記す。

- ・ 要因把握（インシデントの内容のみではなく、インシデントが生じた状況や背景を把握し、多方面からのインシデントの要因を検討する。）
- ・ 対策（個人への注意喚起より、全職員・職場に共通する組織的な対応策を検討する）
- ・ 評価（対策案に関する評価方法・評価時期を決めておく）
- ・ 情報共有（すべての部署・職員への情報共有・注意喚起・対策やルールの周知をはかる）

## Ⅲ. 看護職員が抱える問題について

### Ⅲ-1. 看護提供方式の問題

モジュール型看護提供方式を取り入れている病院・病棟が多い。しかし、その病院・病棟で実際にこの方式を行うにあたり、その看護提供方式により生じる問題点や、その改善策について検討が十分に行われているかかどうかが課題としてあげられた。

【チームナーシングとは違い、モジュール型の看護提供方式は新人看護婦にモデルを示せないことが欠点である。計画まではカンファレンスで見ることができ、実際にどのように実施しているかは把握できない。よほど婦長や主任が個々の看護職員がどのように実施しているかをきちんとおさえないと、看護の質を維持できない。(A婦長より)】

【コーディネーターは、受け持ち看護婦が誰になっても、患者さんは同質のケアが受けられるように調整したりサポートしたりするのが役割である。モジュール型の看護提供方式にはコーディネーターが必要だが、その役割がはっきりしていない。コーディネーターは看護職員の経験が6年、7年ないと出来ないと思うが、病棟によっては3年目からやっているところもある。コーディネーターという役割と機能を判断すれば、3年ではできないと思う。(A婦長より)】

### Ⅲ-2. 看護職員数の絶対的不足が見られる

#### 1. 看護度にあった職員配置が必要となっている

現在看護職員の人数配置のもとになっているベッド数や患者重症度では、患者の高齢化や慢性疾患患者への教育の必要性など、把握しきれない多数の看護業務やケアに対処できない。看護の必要度合いに応じた人数配置の必要性が叫ばれていた。

【毎月、婦長が病棟の看護度を測定し、年度ごとに病棟への看護職員に人数配置を検討している。それは比較的客観的に検討でき、実態が反映されていると思う。この看護度を利用して、早く適切な人数配置が行われることを望む。(A婦長より)】

【点滴などの処置は少ないが、退院指導など患者教育に関することに時間がとられる。そのため残業時間が多くなる。今までの看護職員の配置では無理があり、看護度の導入が待たれる。(N婦長より)】

#### 2. 急な業務量の変化に対応できる緩衝機能の検討が必要である

急変・緊急入院・手術などにより業務量が急に増えた場合、今までは個々の看護婦の能力に任せ、