

<内容・原因>

- a. 規格のみが異なる薬品の混同 b. 形態の似た薬品の混同 c. 薬品名が似た薬品の混同
d. 異なった薬品が同一場所に保管 e. 薬剤が所定の位置になかった f. 保管方法の違い
g. そもそも使用薬品が病棟になかった
h. その他 (具体的に)

()

(2) 指示に従って薬剤を準備するとき

1. なし 2. あり ←あった場合はその時刻と件数、その内容・原因を下記から選んでお書きください。

時刻 (時頃) 件数 () 件 内容・原因 ()

時刻 (時頃) 件数 () 件 内容・原因 ()

<内容・原因>

- a. 転記された指示の違い b. 同じ薬効の違う薬品を準備した c. 薬剤量を間違えた
d. 薬剤希釈を間違えた e. 薬剤混注し忘れ f. 専用注射器やルートの違い
g. 薬剤準備作業の中断 h. 薬剤準備終了サインし忘れ i. 薬剤の重複準備
j. 薬剤準備のし忘れ k. 投与対象患者の違い l. 投与日の違い
m. その他 (具体的に)

()

3. 患者に与薬するとき

1. なし 2. あり ←あった場合はその時刻と件数、その内容・原因を下記から選んでお書きください。

時刻 (時頃) 件数 () 件 内容・原因 ()

時刻 (時頃) 件数 () 件 内容・原因 ()

<内容・原因>

- a. 投与前の患者名確認忘れ b. 投与前の薬剤名確認忘れ c. 投与前の薬剤量確認忘れ
d. 投与時間の違い e. 投与日の違い f. 与薬用法の違い
g. 注入速度の違い h. ルートの違い (静脈ルートと経管栄養ルートの違い等)
i. ポンプの操作ミス j. 投与し忘れ
k. 注入し忘れ (三活開放の忘れや、ポンプ開始の忘れ) l. 刺入部のトラブル
m. ルート閉塞 n. 接続部のトラブル o. 投与中の観察し忘れ
p. 患者への説明の忘れや説明の不十分 q. 終了時の確認し忘れ
r. 与薬終了サインのし忘れ s. 清潔操作の不備
t. その他 (具体的に)

()

4. 記録するとき

1. なし 2. あり ←あった場合はその時刻と件数、その内容・原因を下記から選んでお書きください。

時刻 (時頃) 件数 () 件 内容・原因 ()

時刻 (時頃) 件数 () 件 内容・原因 ()

<内容・原因>

- a. 記録し忘れ b. 二重記録 c. 患者の記録間違い
d. 薬剤名の記録間違い e. 薬剤量の記録間違い f. 投与時間の記録間違い
g. 投薬用法の記録間違い h. 特記すべき与薬後の患者の状況の記録忘れ
i. その他 (具体的に)

()

問10. 本日の与業業務の中で、医師、他の看護職員、他の医療従事者、患者・家族の行動が原因で、あなた自身が「ひやりとしたり、ハットした」と感じた時がありましたか。

(1. なかった 2. あった) ←ありましたら、a. 誰の行為によっておきたのか、
b. その時刻、c. 内容をお書きください。

a. 誰か (医師 他の看護職員 他の医療従事者 患者・家族) b. 時刻 (時頃)
c. 内容

問11. 本日の与業業務に関する事で、医師や他の看護職員、他の医療従事者が、「ニアミスを起こした」、「ミスを招くかもしれない」、とあなたが気づいたことがありますか。

(1. なかった 2. あった) ←ありましたら、a. 誰の行為によっておきたのか、
b. その時刻、c. 内容をお書きください。

a. 誰か (医師 他の看護職員 他の医療従事者) b. 時刻 (時頃)
c. 内容

以上です。お疲れのところご記入いただき、ありがとうございました。本日の勤務や調査、日頃の
仕事上の不満など、気づいたことを記入願います。

(酒井一博、前原直樹、関由起子、清水準一、宮城恵里子、鈴木民子、石垣今日子)

分担研究報告 2

「看護業務に関連する事故の要因分析と分析モデルの開発」

研究要旨：本研究では、看護業務に関連する事故の要因分析と分析モデルの開発を行うために、全国の6病院で発生した事故およびエラーの事例を主にインタビューと観察により検討した。看護業務や病院組織について、日常的な安全対策と事故後の対応の両面で改善すべき点が指摘された。また、事故調査の意義が明確にされ、調査方法についての提言が行われた。事故再発防止のためには総合的視点による事故分析が必要なこと、調査において当事者のプライバシー保護と心理的サポートという倫理的配慮がなされるべきことが指摘され、そのために、将来は調査とサポートのできる第三者機関が必要なことが提案された。

【目 次】

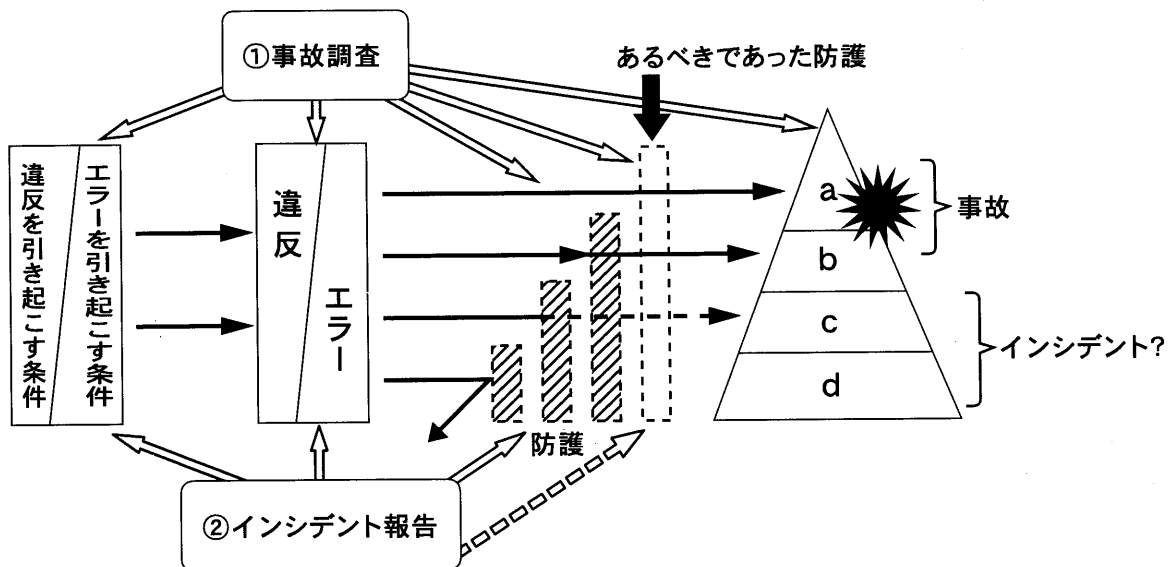
1 研究の目的	87
2 調査の概略	88
(1) 協力病院	88
(2) 調査実施状況	88
1)調査チームによる調査	
2)当該病院スタッフによる調査	
(3) 調査によって明らかになったこと	88
1)視点の拡大	
2)事故後対応の課題	
3)研究における倫理的配慮	
3 考察	89
(1) 事故調査の方法について	89
1)イベントレビューの提案	
2)「イベントレビュー」の特徴	
3)東海大事故事例を「イベントレビュー」して明らかになったこと	
(2) 総合的事故分析の必要性	91
(3) 調査とサポートを行う第三者機関の必要性	92
文献	92
事例の概要	93
事例1 凍結血漿の患者取り違い輸血	
事例2 採血取り違い	
事例3 HBV母子感染防止漏れによる垂直感染	
事例4 細胞診標本の取り違い	
事例5 輸液ポンプのMRI吸着	
事例6 透析洗浄用酢酸の誤納入・誤使用	
参考調査（電子カルテシステムにおける看護業務の改善 図表	
事例7 医療事故発生後に生じる法的・社会的・心理的諸問題への対応と 事故後の看護部のリスクマネジメント活動	
事例8 内服薬点滴誤注入事故と事故後の取り組み、および研究の倫理的配慮について	
資料	113

1 研究の目的

本研究では、次の項目について、事例についてのインタビューと観察を中心とした調査・研究を行なう。

- (1) インシデント調査では解明し難い重大事故のメカニズム、特にヒューマンファクターの心理学的解明を行い、重大事故につながる医療スタッフのエラーについて具体的防止策を検討する。(事故調査とインシデント調査は補完関係にあるが、あるべき「防護」について解明するためには事故調査が不可欠である。図1参照)
- (2) 事故事例で防護が機能しなかった理由を明らかにして、エラーを事故に繋げないために医療組織にどのような防護が必要かを具体的に提言する。
- (3) 医療・看護と心理学の専門家が協力して行う新たな医療事故調査技法の開発のための基礎的資料を得る。
- (4) 調査と平行して行う事故当事者の医療スタッフおよび病院へのサポートのあり方について資料を得る。
- (5) 事故後の被害患者・家族、病院職員、入院・外来患者、警察、マスコミ、行政など組織内外への病院の対応の問題点と今後の課題を明らかにする。

図1 事故調査とインシデント報告



2 調査の概略

(1) 協力病院

九州、関西、関東、四国の6病院より本調査研究への協力を得た。

(2) 調査実施状況

1) 調査チームによる調査

本研究の主任研究者、分担研究者、研究協力者からなる医療者とヒューマンファクターの専門家による調査チームが、表1(別紙)のスケジュールで協力病院を訪問して、事例についてインタビューと観察を行なった。

また、1病院については、参考調査として、電子カルテシステムと看護業務の関連について見学と聞き取り調査を行った。

2) 当該病院スタッフによる調査

協力病院の内の2病院では、上の「調査チームによる調査」により見出された問題を中心に、病院スタッフが研究協力者として自病院の事故や事故後の対応についてケーススタディを行なった。この2病院の資料については、事例7をp98～p103に、事例8をp104～p112に示す。これらの事例では、当事者のプライバシーに配慮しつつ、できる限り詳細に示した。

事例7は、これまでほとんど研究や調査が行なわれてこなかった「事故後対応」を示している。「事故後対応」は、今後他の医療機関でも事故後に求められるものであり、医療に関わる組織や行政が至急に取り組むべき課題である。本事例は、事故後対応についての実際的な参考資料として提示した。

また、事例8は、患者に身体的な傷害はなかったものの、小児科での点滴誤注入という事例7と極めて類似した事例であり、このような事故発生の潜在的危険性の高さを示すこと、さらに、研究を行なう上でのインフォームドコンセントの重要性の認識にたつて、病院内の倫理委員会への申請や、患者・家族の同意書の取得という具体的取り組みを示した事例として、その事例内容と、研究手続を詳細に示した。

(3) 調査によって明らかになったこと

調査から分かったことのうち、主要な2つの問題を示す。

1) 視点の拡大

事故要因の発見・改善の視点を「医療スタッフ個人の反省・改善→チームの改善→システムの改善」と広げるべきこと。

事例5(MR I検査時に磁性のある点滴輸液ポンプをつけたまま検査をしようとして、ポンプが磁気に引かれて飛び、MR Iのドームに吸着)について

【当初、個人の問題として認識されていたこと】

- ・放射線技師が、MR I検査の経験が少なく、磁気の強さの認識がやや薄く、また、優しい性格だったため、看護婦の点滴継続の希望を拒めなかった。
- ・看護婦は、ヘパリン持続点滴を止める危険性にだけ気持ちを奪われていて、医師に点滴を止める可否の連絡をしなかった。

【チーム・組織の問題と考えるべきこと】

- ・MR Iの磁性の危険性が周知されているか。新人放射線技師へのオリエンテーションが十分か。他職種への情報は十分か。
- ・検査室に持ち込める物品と、そうでないものの区分けが、一目瞭然になっているか。

- ・医師が検査オーダーを出す際の、指示内容が適切か。検査条件の明示がされているか。(ex.点滴を検査の間どうするのかの指示が出されていない)
- ・治療方針が、スタッフ間で共有されているか。

2) 事故後対応の課題

重大事故発生時に病院に求められる対応が多様であり、そのためのシステム、人材、技術が不足していること。東海大病院事故（小児科病棟内服薬点滴誤注入事故）の事例(事例7参照)から

- ①病院には事故後の対応についてガイドラインが全くなかった。
特に、家族、当事者、職員、関係行政機関、マスコミへの対応。
- ②基幹病院の小児科医療の過酷な現状（患者が多様、症状が厳しい、収益性が低いために十分なスタッフを配置しにくい、他）の中での事故であった。
- ③報告書を作成する人材、技術が病院には不十分
* 事故調査は、初めの内は看護部中心で病院全体ではなかった
* 「4M4Eモデル」は広く組織全体の問題点を探る意味では優れているが、作成するには多くの労力と時間、および経験が必要である。実際には、このモデルを適用するための情報収集が十分に行われていないことが多い。
- ④当事者の事情聴取とサポートが困難だった。

3) 研究における倫理的配慮

本研究を進めるにあたり、事故の当事者となった患者・家族、医療スタッフ、病院のプライバシーの保護、これらへのインフォームドコンセントなどの倫理的配慮の必要性が明確になった。今後、再発防止のためには、きちんとした事故調査が行なわれ、その成果を全国の多くの医療組織が共有することが重要となるが、その際に、関係者のプライバシー保護とインフォームドコンセントが不可欠である。

3 考察

(1) 事故調査の方法について

1) イベントレビューの提案

現場での事故後の情報収集方法について検討した結果、「イベントレビュー（できごとを個人別に時系列で全て拾い上げる）」による方法が有用であると考えられた。また、東海大事故事例を「イベントレビュー」したところ以下に示したように問題をより明確にすることができた（図2別紙）。

この方法で、試みに事例5を整理したのが図3（別紙）である。東海大事故事例では、事故発生後まもなくより、外部評価委員会が作られ、第3者の委員が事実の確認を病院関係者とともに行なったため、事実がかなり正確に洗い出された。当初は病院内部の調査と改善にとどまった事例5では、正確な「イベントレビュー」が困難であった。事故直後に、専門の調査者が情報の収集を行う必要性が示唆された。

2) 「イベントレビュー」の特徴

- ① 関係者の行動をもれなく拾い出しやすい
- ② 時間と業務の関連が明確となる

3) 東海大事故事例を「イベントレビュー」して明らかになったこと

- ① Ns1は時間切迫の中で仕事をしていた
- ② Ns1は多種類の多くの仕事を短時間に頻繁に切り換えて行っていた
※ ①、②により行動の（自己）モニターが困難になっていただろう。行動モニターモデル（図2参照）は、人は行動の「意図」、「計画」、「実行」、「結果」の全てを自分自身で確実にモニターすることによ

り、エラーの発生を低減したり、エラーを発見したりできることを示している。①、②のような状況では、行なっている仕事について、「結果」まで十分にモニターしないまま、次の仕事の「意図」や「計画」を行ないがちになると考えられる。

- ③ Nsは他者(医療者、患者、家族)のそれぞれのニーズにその都度対応することが求められ、予定外の仕事が生じていた

図2 行動モニター・モデル

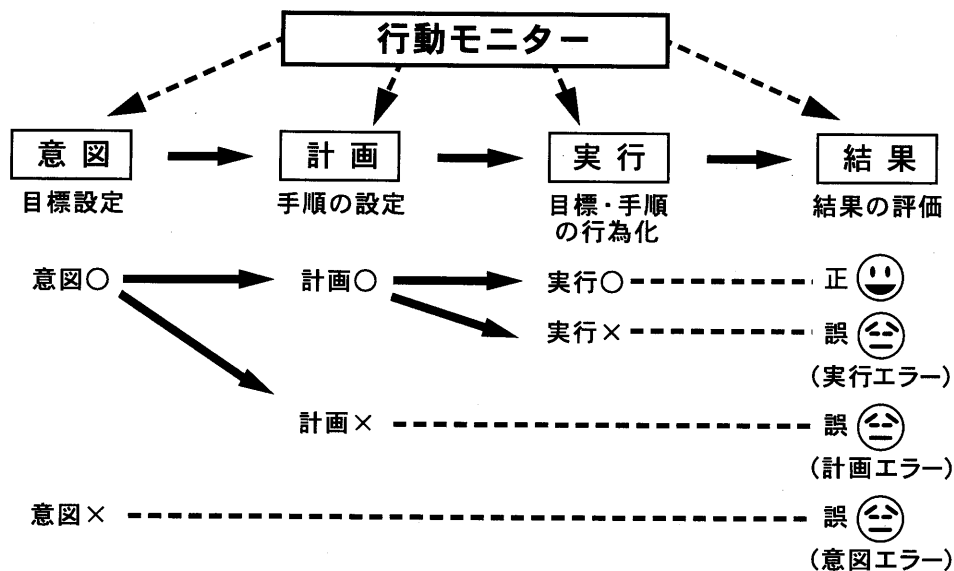
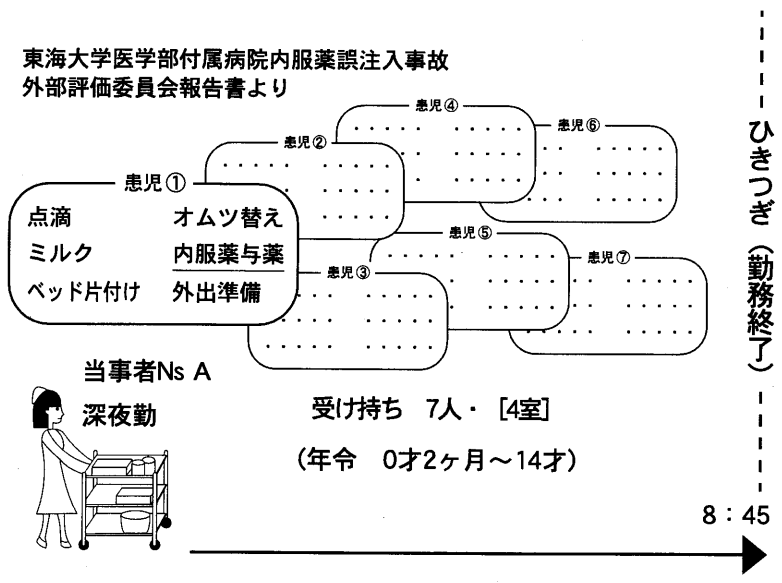
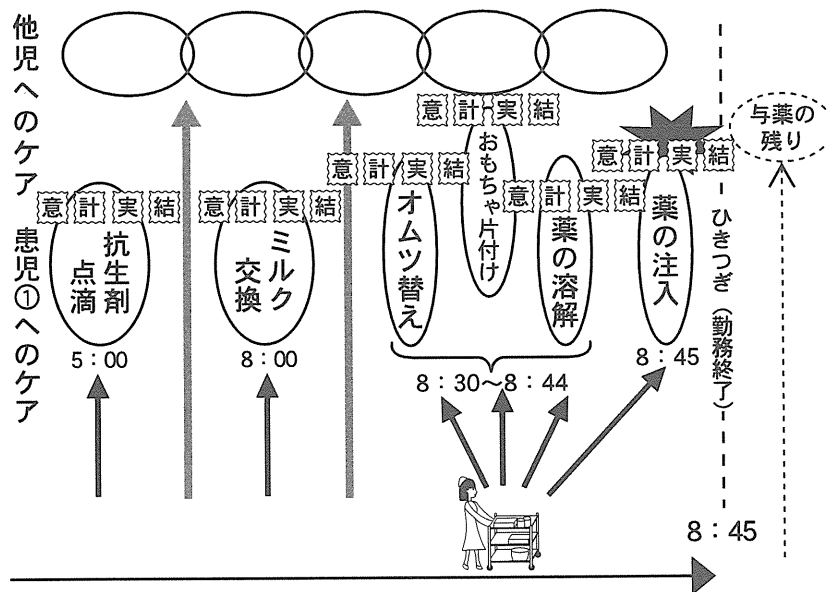
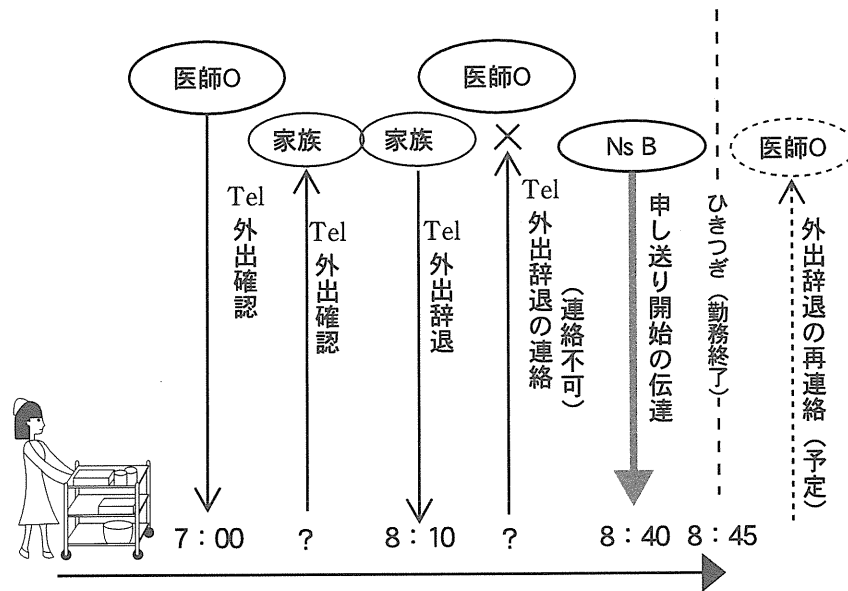


図3 東海大病院事故事例…イラスト化したもの





(2) 総合的事故分析の必要性

事故再発防止のためには、事故事例を局所的に分析するのではなく、時間、空間、調査対象を広げて、総合的分析が不可欠である(図4)。

総合的分析をするためには、次の条件がもとめられる。

- ① 事故後速やかに調査を開始
- ② 第三者機関 (客観的立場の人) による情報収集
- ③ 「イベントレビュー」で幅広く事実を明らかにする

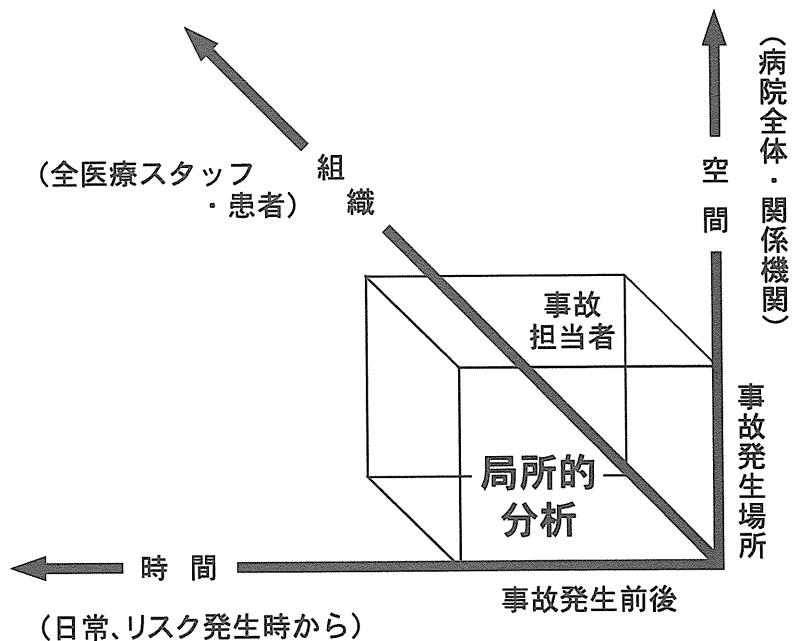


図4 事故の総合的分析

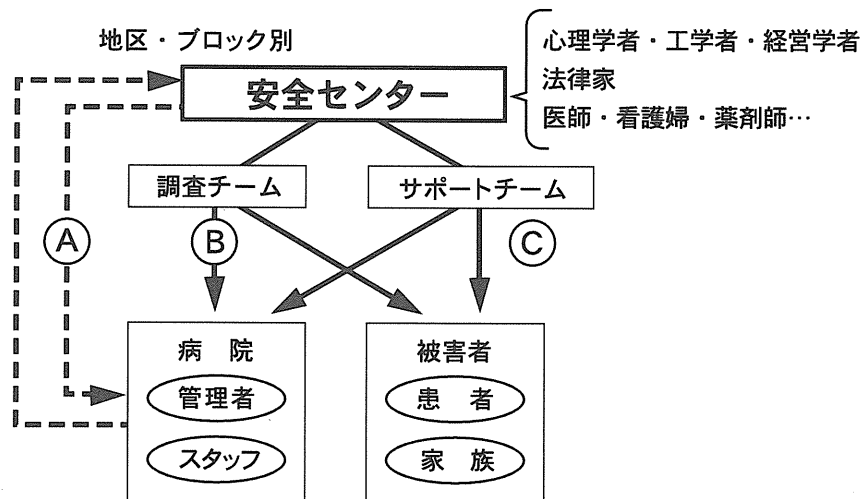
(3) 調査とサポートを行う第3者機関の必要性

(1)(2)で述べたように、事故を適切に調査し総合的に分析し、再発防止策を立てるためには、一病院内の人材と技術では困難な場合が多い。また、本事例調査等から重大事故発生時には、患者・家族と当事者となったスタッフおよび、病院の管理者を支援するシステムが必要であることが明らかになった。

さらに、各病院の管理者へのインタビューから、インシデント報告の収集は可能だが、その分析に困難を感じている病院が多いことも分かった。

よって、日常的支援と、重大事故発生時の支援が可能な第3者機関（「患者安全センター」）が、地区・ブロック別に必要と考えられる（図5）（表2別紙 P97）。

図5 「患者安全センター」



- (A) 日常支援…事故・インシデントレポートの収集とフィードバック、助言
- (B) 重大事故時支援（調査）…事実確認、原因究明
- (C) 重大事故時支援（サポート）…カウンセリング、法的助言

文献

Heinrich, H.W, Petersen, D.&Roose N.:Industrial Accident Prevention (5th ed.) McGraw-Hill,1980 ((財)総合安全工学研究所訳、ハインリッヒ災害防止論、海文堂、1982)

Vincent, C. M.Ennis & R. J. Audley (Eds.) 1993 Medical Accidents, Oxford University Press, (安全学研究会訳 1998 「医療事故」ナカニシヤ出版)

山内桂子・山内隆久 2000 「医療事故—なぜ起こるのか、どうすれば防げるのか」 朝日新聞社。

山内隆久 2001 医療事故—組織安全学の創設 大山正、丸山康則編 「ヒューマンエラーの心理学—医療・交通・原子力事故はなぜ起こるのか」麗澤大学出版会

事例の概要

事例1～事例6は、調査チームによって、調査および検討が行われた。以下に、事例ごとに、事例の内容と、調査によって明らかになったことを示す。

また、今後の看護業務の見直しの視点を得るために行った参考調査の概要を示す。

事例7、事例8は、調査チームによる調査による成果をふまえて、本研究チームの研究協力者である当該病院スタッフによって調査・検討されたものである。事例7はp98～p103に、事例8はp104～p112に示す。

事例1 凍結血漿の患者取り違い輸血

概要

患者A（高校生女子）は急患で入院し手術を受けた。看護婦Cは病棟のリカバリ室の男性患者Bへの凍結血漿輸血の準備をしたあと、手術室より同室に帰室した患者Aのバイタルチェック等を他のNsと共にいった。その後、看護婦CはBへの輸血を開始しようと血漿のバックを持ってリカバリ室に入室し、患者Bの顔とバックのラベルを見ているところに、患者Aから声をかけられ痛みを訴えられたため、バックを持ったまま患者Aのベッドサイドに行き、バックをオーバーテーブルに置いた。状態観察後、自動血圧計で測定中に、凍結血漿を患者Aの輸液ルートに接続し開始した。主治医Dが診察時に指示していない輸血を発見して中止した。

調査によって明らかになったこと

- ① リカバリールームに重症度の異なる患者を同時に置かざるを得ない状況がある。
- ② リカバリールームの現状について、Drはあまり危険とは認識しておらず、Nsが設備面での不十分さをカバーしている状態。このことが、Nsの心理的負担を増加させている可能性がある。
- ③ 事故後の部下Nsへの対応については、上司Nsも指導面、サポート面での戸惑いがある。

※リカバリールームでの看護については、ハードと運用の両面から、DrとNsによる定期的な見直しが必要。
※事故当事者への第3者によるインタビューを早期に行うことができれば、事故原因の解明に有効だけでなく、当事者および、同僚・上司にとっても、サポートとなりうることを示唆される。

事例2 採血取り違い

概要

当日、深夜勤看護婦（1年目）が早朝5:30に受持ち患者の採血を始めた。IVH・DIVの追加や残量チェック、検温や食前の内服薬与薬、患者のナースコールへの対応（排尿介助や疼痛を訴える患者への与薬）も同時に行っていた。その中で、①同室の患者A（翌日手術予定）とB（前々日に入院した患者）の取り違えと、②氏名の響きの似ている患者CとD（この2人は別の病室）の取り違えの、2件の採血取り違えが生じた。患者Aの主治医がデータ（Bil値）が異常なことに気づき検査部にやり直しを依頼した。

調査によって明らかになったこと

当初、この事例は病棟婦長など関係者の検討によって、看護婦が採血した血液を違う患者の採血管に入れ違ったのではないかと推測されていた。しかし、調査チームが採血手順などの事情を細かくたずね、当日当該看護婦が採血予定だった8人の患者の血液採取リストを検討した結果、看護婦が採血を始める時点で患者を別の患者と誤認していた可能性が推察された。採血手順だけでなく、あらゆる処置に関わる患者確認をより徹底すべきことが示唆された。

検査値がおかしいことから再採血が行われたが、この間の医師、看護婦、検査部間の情報共有がなされにくかったことも今後の課題であることが明確になった。

事例3 HBV母子感染防止漏れによる垂直感染

概要

母親Bが分娩予定の産科医院から救急車で入院し、患者A（女児）が出生。BはHBs抗原陽性、HBe抗原陽性であり、母子感染予防のため、同日AにHBIG筋肉注射が実施された。退院診察時に小児科医がみる小児科外来カルテの母体の感染情報を転記する欄に、看護婦が誤ってHBs抗原陰性と○をつけていたため、母親Bにその後の感染予防措置（必要な注射のスケジュール）の指導が行われなかった。当院で行われた1ヶ月検診時も情報が見逃された。

調査によって明らかになったこと

- ① スタンプによる情報の集約という新しいシステム導入時に、看護婦の中にはリスクを危惧する声もあった。
- ② 作業（スタンプへの記入）の実施について、誰がいつするのかや、実施者のサイン記入のルールが不十分であった。
- ③ 事故後にコピー添付の新しいシステムが作られ、実施のルールが作られたが、新しいシステム導入時におけるリスク評価のあり方を検討すべき（コピー添付の新方式についても、一定期間実施した時点で、再評価する必要がある）

事例4 細胞診標本の取り違え

概要

患者Aの気管支ファイバー検査で気管支洗浄液採取をし、細胞診を出したところ、クラスIVの結果が出たため、入院させ、入院後気管支鏡下で気管支擦過細胞診と気管支洗浄液細胞診を行ったがいずれも、クラスIであった。同じ場所で同日に続けて気管支ファイバー検査をうけ、気管支洗浄液の細胞診のための検体採取をうけた患者Bの細胞診と取り違えられて標本が作成されていた可能性が高い。

調査によって明らかになったこと

- ① 検査科にもちこまれる検体の氏名表示は、検体の種類によって、その氏名が記入される状況によって、文字の種類（カタカナか漢字か）が異なる。また、何回かの（受付簿やプレパラートへの）氏名記入作業がある。カタカナか漢字かが状況によって使い分けられている。
- ② 技師は何種類もの検体を平行して扱い、その合間に検体を持ってきた（取りに来た）看護婦・士への対応も行っている。複数の作業が混在し、割り込み作業が多いと推察される。
- ③ 複数の技師が作業を分担するというより、引き継ぎながら実施している。
- ④ 疑問を持ったときの他部署への確認についてはマニュアルがない。

※「基本の氏名」は、どこに書いてあるどの情報かを明確にする必要がある。（漢字表記を使うのであればIDカードから正しい漢字表示が出てくるようなシステムが必要。現在は、技師が検査伝票の医師が手書きした漢字氏名とIDカードのカタカナ印字とを頭の中で組み合わせて使っている。）

※ 医師が書く文字が読みにくいことがある。医師の方は検査にかけられる時間が限られているために、丁寧に書くことができない面もある。医師への注意喚起のみでは改善されないだろう。

※ 検査科の技師と、内視鏡検査担当の医師や看護婦など、業務が引き継がれる複数の部署のスタッフが顔を合わせて業務を見直すような機会が定期的に設けられないか。

事例5 輸液ポンプのMRI吸着

概要

点滴輸液ポンプでヘパリン持続点滴中の患者Aを病棟よりMRI検査室に搬送した看護婦Bが、「点滴ははずせない」と言ったため、放射線技師Cは「いつもは自然滴下になっているんだけど」と言いつつ、「まあやってみようか」と磁性のある点滴輸液ポンプをつけたまま、MRI用寝台をMRIに近づけた。磁気に引かれてポンプが点滴スタンドから外れて飛び、MRIのドームに吸着してしまった。

調査によって明らかになったこと

当初、院内の検討で事故原因は、次のように「個人の問題」と認識されていた。

- ・放射線技師が、MRI検査の経験が少なく、磁気の強さの認識がやや薄く、また、優しい性格だったため、看護婦の点滴継続の希望を拒めなかった。
- ・看護婦は、ヘパリン持続点滴を止める危険性にだけ気持ちを奪われていて、医師に点滴を止める可否の連絡をしなかった。

調査により、次のような問題をチーム・組織の問題と考えるべきことが分かった

- ・MRIの磁性の危険性が周知されているか。新人放射線技師へのオリエンテーションが十分か。他職種への情報は十分か。
- ・検査室に持ち込める物品と、そうでないものの区分けが、一目瞭然になっているか。
- ・医師が検査オーダーを出す際の、指示内容が適切か。検査条件の明示がされているか。(ex. 点滴をこの間どうするのかの指示が出されていない)
- ・治療方針が、スタッフ間で共有されているか。

事例6 透析洗浄用酢酸の誤納入・誤使用

概要

透析機器洗浄用の氷酢酸が数日前(?)に業者より誤納入され、透析室の棚に保管されていた(同じ形態の瓶に入ったキシレンが納入されていた)が透析室の看護婦は気づいていなかった。担当の看護婦が透析機のタンク内で希釈するため原液を注入したあとに、臭いの異常から誤りに気づいた。

調査によって明らかになったこと

院内の検討で個人の問題として認識されていたこと

- ・希釈作業をした看護婦が、ラベルの確認をせずに氷酢酸と思い込んで作業を開始した。

透析室チームの問題として、問題と認識されていたこと、改善が検討されたこと

- ・酢酸による洗浄の頻度を減らす
- ・保管場所で薬剤名の表示が良く見える置き方をする
- ・冬季は氷酢酸の融解の負担も大きい
- ・コンピュータで打ち出されたラベルは文字が小さく、色・デザインは同じで区別がつきにくい

調査により、組織の問題として検討すべきことと考えられた課題

- ・業者から納入された氷酢酸を、用度係は検収せず、業者が直接透析室の保管棚に納品するシステムだった。病棟婦長も十分確認せずに受領していた。
- ・業者が病棟に直接納入するシステムでよいのか。
- ・納入の受け入れにあたっては、薬剤について専門知識のある者が立ち会うべきでないか。
- ・透析機器のメンテナンスを看護婦がするのは適切か。
- ・薬剤の知識の少ない看護婦が換気等不十分な場所で希釈作業をするのは危険ではないか(看護婦の労働衛生の面からも)。薬剤科が行えないか。
- ・病院内の薬剤・物品の管理が一元化されていない。把握されていない。
- ・機器や薬剤の扱い方など、合理的理由ではなく習慣で行われていることがないか。

参考調査(電子カルテシステムにおける看護業務の改善)

電子情報化による看護業務の支援について、今後の検討の資料を得るため、電子カルテシステムを採用している病院を訪問し、看護業務との関連の視点で調査した。システムの特徴、導入までの経緯について副院長と看護局長より説明を受けた後、病棟、手術室などの実施状況を見学。看護婦たちにも新システム利用の感想などをインタビューした。システムの導入にあたり、2年近くの前職員による討議を

重ね、その中で徹底した業務の整理を行い、職種間の調整等も行った。そのプロセスで、職員に業務見直しや安全への意識の高まりが見られた。このことが本システムを運営していく上で重要であるとのことであった。

現場看護婦や婦長からは、新システムのメリットとして以下のようなことが挙げられた

- ・転記の仕事がなくなった
- ・Drの字が読みにくいという問題が解消
- ・ベッドサイドで処置や指示が確実にできる、自信を持って処置ができる（以前は自分なりのワークシートを作って実施）
- ・OP室で術前の情報収集ができる（以前は病棟に行かないと行けなかったが、今はOP室で自分たちのペースでできる）
- ・スタッフ間の電話連絡が減少
- ・自分で情報を見る習慣がついた
- ・カンファレンスのとき、写真やデータを見ながら説明が受けられる。他部門の人もあらかじめパソコンでカルテを見てからカンファレンスに参加するようになった。
- ・皆が見るので、何でもかんでもは書けない、恥ずかしくないカルテにという気持ちがある
- ・物流と転記の仕事がないことで仕事が整理された
- ・在院日数が減少しているにも関わらず、時間外勤務が減っている

表1 調査実施概要（2000年8月～12月）

調査病因	調査日時	病院内の参加者	調査内容
a病院	8/28	院長、副院長、看護部長、 副看護部長、関係部署婦長、 検査担当医師、検査科主任	・病院の概要についての説明 ・事例の概要説明と調査の進め方 ・各事例についての詳細説明 ・事故現場の現地調査
	8/29	院長、副院長、看護部長、 副看護部長、各科婦長、事務部長、 庶務課長、検査科長	・各事例についてのフィードバックとディスカッション ・当事者看護婦へのインタビュー調査 ・関係者へのインタビューと現地調査
b病院	9/1	副院長、看護局長、副看護局長	・病院の概要についての説明 ・電子カルテシステムの説明
	9/2	薬剤師、検査室技師、看護局長、副看護局長、 看護部長、婦長、副婦長(臨床実習指導者)	・病院施設の見学 ・まとめ
c病院	9/25	副院長、医師、看護婦	・病院の概要についての説明 ・今後の研究についての検討 ・事例について説明後、現場見学
	9/26	院長、医師	・研究倫理についての検討
d病院	9/29	看護部長、関係部署婦長、 看護婦(リスクマネジメントサブ)、 リスクマネージャー	・重大事故後の対応についての説明 ・当事者看護婦へのインタビュー調査 ・病棟見学、事故当時の器材等の再現 ・調査のまとめ
e病院	12/15	総看護婦長、副総看護婦長、関係部署の看護婦、 関係部署婦長、放射線技師、放射線技師長、 事務担当者、医師、事務担当者(用度係)、 薬剤師、放射線技師(当事者とは別の人)	・病院の概要についての説明 ・事例検討の意義についての説明 ・事故現場の現地調査
f病院	12/25	看護部長、副看護部長、婦長、関係部署婦長	・重大事故後の対応・現状 ・警察による捜査、その後の当事者看護婦の状況について ・事例検討と病棟見学 ・事例検討の意義についての説明

図3 東海大病院事故事例（イベントレビューによる）

事例：輸液ポンプが磁気(MRI)に吸着（1999年〇月〇日）

事例概用：MRI検査時に磁性のある点滴輸液ポンプをつけたまま検査しようとして、磁気に引かれてポンプが飛び、ドームに吸着された。後日検査をやり直した。

事例に関わった人物	時間	事故発生(16:00ごろ)									
主治医 (A)	↑	患者EのMRI調査を指示									
放射線科医師 (B)	↓	患者EのMRI調査を依頼									
放射線技師 (C)											
当事者の看護婦 (D:36歳女性) 経験15年	↓		○車椅子で病棟から搬送	○車椅子からベッドに移し換える	○時計をはずすよう要請	△「いつも自然滴下しているけど…」	△「まあ、やってみようか」	○ゆっくりベッドを操作			
患者 (E:51歳男性) MH挿入、O2使用中						※主治医に報告の上点滴を一時停止したほうがいいのでは…	※大丈夫だろうか				
事故の経過						患者E、D看護婦MRI室に入室					※二度とこの検査は受けたくない
疑問点・問題点											一台のポンプがドームの部分に密着

〈凡例〉

- ・△：情報伝達
- ・◎：医療行為
- ・○：療育上の世話など
- ・↓：直接的実行
- ・⇄：対面伝達
- ・⇅：文書伝達
- ・☎：電話・インターホン伝達
- ・※：その他（考えたこと）

表2 重大事故における患者安全センターの機能〔調査とサポート〕

	誰が[送り手]	調査・サポートの内容	備考
被害者 (患者、家族)	患者安全センター (調査チーム)	・事実確認	備考
	患者安全センター (サポートチーム)	・法的助言 ・カウンセリング	
	病院(管理者)	・説明、謝罪 ・治療、賠償	
	家族、友人等	・情緒的支援	
スタッフ (当事者)	患者安全センター (調査チーム)	・事実確認	
	患者安全センター (サポートチーム)	・カウンセリング	
	病院(管理者)	・保護、処分	勤務はどうするか？
	家族、友人、同僚等	・情緒的支援	当事者が求めるサポートは？
病院管理者	患者安全センター (調査チーム)	・調査、原因究明	
	患者安全センター (サポートチーム)	・行政、警察、マスコミへの対応について助言 ・当事者への対応について助言 ・職員等への説明について助言 ・その他のコンサルテーション	
	行政、職能団体	・種々の助言、指導	

(山内隆久、山内桂子)

事例7 医療事故発生後に生じる法的・社会的・心理的諸問題への対応と 事故後の看護部のリスクマネジメント活動

はじめに

2000年4月9日東海大学医学部付属病院（以下当院と略す）で発生した、「静脈内点滴ルートへの内服薬誤注入」による医療事故により、犠牲になられた患者様ならびに筆舌に尽くし難い悲しみを受けられたご家族に、心から哀悼の意を表します。

事故の概要ならびに原因については、外部評価委員会による詳細な報告書¹⁾が提出されておりそちらを参照していただきたい、ここで取り上げるテーマは、事故発生後に生じる法的、社会的、心理的諸問題に対してどのように取り組んだかということである。さらに看護部としてその後事故防止のためにどのようなことに取り組んだかについても述べる。医療施設で事故が生じた場合に、組織として看護部としてどのように対応し、取り組むべきかの示唆になればと思う。同じ事故を2度と繰り返さないためにも、医療事故を起こした病院の看護職からのメッセージとして受け止めていただければ幸いである。

1. 事故発生後の法的、社会的、心理的問題に対する取り組み

事故発生後の対応は前述の報告書に時系列で詳細に記載してあり参照していただきたい。

ここでは特に

- 1) 法的、社会的側面 看護管理上どのようなことが問題となるのか
 - 2) 心理的側面 事故の当事者への関わり、心理的サポート、職員への対応
- の2つの側面について述べる。

1) 法的、社会的側面

所轄の警察署からは事故の報告を行った発生当日の夕刻には、第一回目の当該看護婦の事情聴取が行われている。以後看護部長、病棟婦長、病棟看護婦を含め20名を越える関係者が事情聴取を受けている。その中で看護管理職にある者達に繰り返し問われた内容は、当該看護婦が事故当日に与薬業務を行った事への、法的な裏付けに関してであった。どのような法律、規則の元に与薬業務を行わせたのかという事を問われたのである。つまり普段私たちが法的な側面を意識せずに行っている事が多い看護業務を、法律や規則を元に制度として説明することを求められた。私たちも今回の事故で初めて知った事であるが、事故が発生した際には、行為を行った当事者の該当行為（当院の事例では与薬業務）の法的妥当性がまず問われるのである。該当看護婦が与薬業務を行ったのは何故か、誰がどのような根拠のもとに決めたのか、どのような手順か、そもそも当日に勤務していたのはどうしてかなどという事柄に関しても、管理者として規定や基準を基にして答えることが求められる。

幸いなことに当院看護部では行政レベルから大学の理念までも含めた、看護部としての理念、方針、看護体制、看護基準、業務基準、質保証活動に関する明文化した規定が作成してあったので、これらの内容と関係を表1のようにまとめて提示し説明したことで理解を得ることができた。

私たちの日々の看護行為には、まず行政レベルで資格取得（免許の交付）があり保助看法が法律として存在し、職能団体として看護協会があり、看護専門職としての社会的責任に関する声明や倫理規定が示されている。その下にそれぞれが所属する医療施設がある。そこには施設の理念や方針があり、組織上はその中に看護部が位置しているのである。看護部として決めた業務基準や業務遂行基準があり、看護行為の内容や方法を定めたいわゆるマニュアルがある。さらにその下に各看護単位があり、個々の看護単位にも方針や看護業務基準がある。これらの概念が互いに整合性が取れていることが法的には必要なのである。その整合性のもとに、普段私たちが行っている看護実践が成り立っているのである。このことを看護管理者は充分理解することが重要なことである。看護管理者には基準やマニュアルを定める義務があり、守らせる義務があるのである。またスタッフには日々の看護業務の法的な意味づけを教育し、これらの基準やマニュアルを守る義務があることを、繰り返し伝え教えていかなければならないの

である。そして何をもって、これらの内容が伝達、周知徹底がされたかを客観的に示せるようにしておく必要がある。さらに加えるならば基準やマニュアルは、内容通りに守られて実践されるものでなければならないのであり、形だけのマニュアルを整備しても何の意味もない。

基準やマニュアルには法的、社会的に非常に重要な意味を持っている事を、看護管理者は認識していただきたい。事故が起きても慌てないようにするために基準やマニュアルを整備するという本末転倒な取り組みではなく、本質的な仕組みを見据えた取り組みが求められるのである。

2) 心理的側面

事故を起こした当事者に対しての心理的サポートについて述べる。当事者の動揺はパニック等という言葉で表現できるようなものではないことはご理解いただけと思う。患者に対する処置が行われている間も、必ず誰かが当事者の傍に付き添うようにしていた。事故当日の警察による事情聴取の際には看護部の次長が付き添っている。当事者の家族にも協力を得た。4月12日には当院の精神科医師にカウンセリングを依頼し、以後週に1～2回の頻度でカウンセリングは継続している。事故の当事者である事実は揺るぎようもないものであるが、一人の人間として守り支援することは重要なことである。

4月11日の夕刻には、全職員を対象にした説明会が開催された。説明会には勤務終了直後にも関わらず医師、技術職、事務職を含む600余名の職員が出席した。起きた事実を職員全体で受け止め、病院一丸となって安全管理に努力していこうという意志統一に果たした役割は大きかった。4月26日には第二回の説明会も行われた。得てしてこのような重大な事故が発生すると、各方面から様々な憶測や推論が飛び交うことも稀ではないのであろうが、早い時期からなにより病院が事実を隠すことなく職員に示したことで、組織に対してのある種の安心感や信頼感を持つことができたように思う。

さらに看護部では、4月18日から約1ヶ月をかけて看護部長自ら各病棟を回り各病棟スタッフに直接事故の経緯を説明した。5月からは約3ヶ月をかけて病院長と看護部長で同様に全病棟をまわり、事故防止対策についての意見交換会を行った。このような病院執行部の活動が、各職員とりわけ看護職員に対しては心強いものであったと感じている。

2. 看護部としてその後、事故防止のためにどのようなことに取り組んだか

当院では2000年1月に当時の厚生省から公布された、特定機能病院の安全管理体制の確保を受けて、危機管理組織（図1参照）を構築した矢先の今回の事故であった。看護部内では、看護部医療安全対策委員会を設置して、各看護単位の主任を看護部のリスクマネージャ（RM）に任命し、主任を中心とした組織を構築した。（図2参照）主任をRMに任命したのは、主任が日々の看護実践に現場レベルで取り組んでおり、現場に基づいたリスクマネジメント活動を目標としたものである。

主任達は看護部内に主任会という公的な活動を行う組織を持っており、2000年度の主任会の活動目標を事故防止対策の実践と決め活動を行った。

主任会では図3のように、9つのグループにわかれて、それぞれのグループが現状の問題点を洗い出し解決策や改善策を検討していった。特筆すべきことはいずれのグループも自分達の活動する臨床の視点から問題点を見つけ、その問題を自分達で解決できるもの、看護部で取り組むもの、病院全体で取り組むものと、問題の所在を明らかにしていき、まずは自分達が解決できるものを、それぞれの臨床の場で病棟スタッフに働きかけ、指導教育し安全対策の啓蒙活動を行い解決していったことである。

この3月に全看護職員への報告会、ならびにRMの全体会議での報告会を行った。その活動報告のいくつかを示す。

1) 患者誤認グループ

患者誤認を起こしそうになった状況を調査し、その原因に確認方法の不徹底があることを明らかにした。対策として、リストバンドの活用の重要性和、確認行為の徹底を図ることを改めて、全職員に呼びかけている。患者の状態に応じた確認の為のフローチャートの作成を試みている。

グループからの提言

確認は何をもって確認とするのか？



決められた方法での患者確認はできていますか？

目で見ただけ？耳で聞いただけ？



100回確認を行っても、患者に何か行うときに間違えたら

それは「確認した」とは言えないのではないかな？

認識しなければ確認したことにはならない



確認行為をただ行うだけでなく、自分の行動に責任を持つことが重要！

2) 内服薬グループ

提出された内服薬に関するインシデントレポートを分析し、内服薬に関する問題点を明らかにした。

看護婦側の問題

内服薬に関するプロトコル、手順書がまだ充分浸透していない

ソフトの問題

内服薬のカードックスの見にくさ

医師の問題

入力上の問題、処方に対する医師の意識について

薬剤部の問題

定時処方、臨時処方、緊急処方の正しい活用の検討

このグループは、毎月の処方箋枚数が12000件を超え、その内の76%が臨時処方であることを明らかにした。この問題は入力する医師の背景、12000枚の処方箋を調剤する薬剤師の問題、なにより12000件の内服薬を取り扱う看護婦業務の3つの側面から、システムティックに解決しなければならない事を示唆するものであった。これらのことを踏まえて、まず臨床の現場で看護婦が行うこととして以下の内容のポスターを作成し各病棟に配布した。

与薬（内服）安全確認

- ・患者名・薬剤名・与薬量・日時の確認
- ・リストバンドで患者確認
- ・延食・禁食は？内服の有無は？
- ・与薬経路は指示通りですか？
- ・内服終了まで確認しましたか？

3) 医療機器グループ

院内で使用されている人工呼吸器の安全な管理運用を目標として活動した。

呼吸器に関する問題として、台数の不足、回路の不足がある。運用上の問題と院内の呼吸器の年間稼働状況を調べて、医療機器センターと協議を重ねて適正な配置と運用基準を作製した。

呼吸器運用基準

1. 呼吸器一台につき必ず予備の回路を1つ確保しておく

使用中の呼吸器があるときは、使用中のもの他に、常に新しい回路を1つ予備として保管しておくこと

未使用で組み立てて保管している呼吸器でも、できるだけもう一つ回路を準備しておく

2. 呼吸器の貸借時、組立がされていないときは必ず新しい回路を添える
3. 呼吸器の保管病棟は、呼吸器を貸し出しているときは、新しい回路を保管しておく必要はない

いずれのグループも自分達で決めたことを、主任会の決め事として、自らが率先してそれぞれの病棟に伝達し浸透していくことを行った。今やその活動は病院全体にまで及ぼうとしている。現状に対する批判ではなく、今自分達ができること、やらなければならないことから取り組んだ、まさに草の根運動とも呼べる活動である。この一年で病院職員のリスクマネジメントに対する意識は大きく変貌を遂げたと思う。その要因のひとつに主任会の活動が寄与していることは紛れもない事実である。

3.おわりに

事故後に生じる法的社会的心理的諸問題に対して、看護管理者として何を行い、準備しておかなければならないかと言うことと、事故後の当院看護部の活動について報告した。

まとめとして当院の看護部長から病棟責任者に示された、日常業務の中の安全管理について紹介し稿を終えることとする。

1. 職業倫理を守り、医療従事者としての責任を認識する
2. 安全の基本は習慣化である。しつけである。
3. 知識や認識があっても、行動しなければ責任を果たせない
4. マニュアル、基準、手順を守る
定めない責任、守らせなかった責任→管理者にある
守らなかった責任→現場にある
実践できないマニュアルは評価の対象外
5. チームメンバーの信頼関係と連携
6. コミュニケーション 不器用でも誠実な会話と対応
7. 過去の事例を教訓にする

最後にお亡くなりになられた患者様のご冥福を心からお祈り申し上げます。

参考文献

- 1) 東海大学医学部附属病院内服薬誤注入事故外部評価委員会著
東海大学医学部附属病院における静脈内点滴ルートへの内服薬誤注入による医療事故に関する外部
評価委員会報告書 2000. 9. 21

表1 東海大学病院看護部・看護実践の法的、社会的、組織的背景

	資格・組織の一員として	専門職としての成長・確率	
行政レベル	<p>資格（免許）取得 教育：保健婦助産婦看護婦養成所指定規則（カリキュラム） 試験：国家試験</p> <p>資格：看護婦・看護師免許</p> <p>法律：保健婦助産婦看護婦法第5条（職務） 職務：「診療の補助」「療養上の世話」 就職</p>	<p>看護専門職能として社会的責任の声明宣言（倫理規定や行動指針など）</p> <p>国際看護婦協会「看護婦の規律」</p> <p>日本看護協会「看護婦の倫理規定」</p> <p>日本看護協会「看護業務基準」 保助看法で規定されたすべての看護職者に共通の看護実践のレベルを示すもの</p>	看護職能団体
東海大学病院・看護部	<p>東海大学</p> <p>組織及び業務分掌規定 伊勢原校舎勤務規則 医学部付属病院組織図 →看護部</p> <p>看護部</p> <p>看護部理念・方針 看護部組織化 看護単位（病棟・外来など） 看護体制（勤務体制、要員配置） 看護方式（モジュラーナーシング） 委員会活動 業務 教育 研究 調査</p> <p>東海大学人事制度 看護職能資格制度</p>	<p>専門職として看護の質向上・標準化のための院内での活動</p> <p>付属病院看護部 看護婦・看護師業務基準 看護婦・看護師階層別業務基準 看護婦・看護師階層別業務遂行基準</p> <p>全看護単位共通のケア項目の標準化 プロトコル（看護活動指示書） 手順書（看護技術指示書） 現在 378項目</p>	専門職としての質向上・看護の標準化
看護単位／病棟・外来	<p>看護単位（病棟・外来など）</p> <p>方針 組織化 各係活動 各看護単位内教育</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center; border: 1px solid black; padding: 5px;">看護実践</p> <p style="text-align: center;">実践における機会教育（OJT） 看護実践モデル（プリセプター制）</p>	<p>看護業務基準 （日課、シフト別業務内容、職種別（看護婦・看護助手）業務内容など）</p> <p>専門領域の技術や疾患特有の看護基準 （成人、小児、母性、老人、救急ICU、手術室、その他） クリティカルパス導入 （標準的な診療・看護の計画書）</p>	各看護単位での看護の質向上・標準化