

## はじめに

近年、多発する看護・医療事故に対し国民の不安・不信が高まり、看護職としての専門性や倫理が厳しく求められています。

国民に対する看護の責任と信頼を得るためには、臨床看護のみならず看護基礎教育における教育のあり方も問われており、看護行政においては早急にその対応が迫られています。

このような背景の中で、看護研修研究センターは厚生科学研究費補助金特別研究事業として「看護・医療事故防止のための看護基礎教育に関する研究」に取り組みました。

本研究は、看護・医療事故防止に向けて看護教員に必要な知識技術を明らかにするとともに、看護基礎教育の事故予防に関するカリキュラムを検討することを目的に二つの分担研究をおこないました。

看護基礎教育で使用されている 1989 年以降のテキストおよび看護事故に関する文献の分析検討をおこなうとともに、過去 30 年間の看護系雑誌から 190 の事故事例を選択し、「SHELモデル」「4M-4E分析方法」で質的・帰納的に分析しました。その結果、看護・医療事故を一専門領域とする看護教員に必要な知識技術を明らかにすることができました。

また、全国の看護婦学校養成所における看護・医療事故防止に関する教育の実態として看護・医療事故予防に関する能力、倫理に関する能力の教育状況および教員の認識、教育方法、安全文化の醸成状況等を調査しました。これらの教育実態を踏まえて看護安全学に関するカリキュラム試案を作成しました。

これらの研究結果を報告書にまとめましたので、看護基礎教育において、さらには臨床看護実践において活用していただければ幸いです。

当センターの機能として、看護の質の確保、看護教員の質の向上を果たすという観点からも、今後も本研究を継続して行く必要性を強く感じております。

次年度は本研究の課題である看護・医療事故防止の教育方法の開発に取り組む予定です。

最後になりましたが、本研究にあたりまして調査研究にご協力をいただきました全国の看護学校養成所の皆様、病院の看護婦の皆様、関係者の皆様に紙面をお借りしましてお礼を申し上げます。

平成 13 年 3 月

看護・医療における事故防止のための  
看護基礎教育に関する研究

主任研究者 丸山美知子  
(厚生労働省看護研修研究センター)

## 「看護・医療における事故防止のための看護基礎教育に関する研究」

主任研究者 丸山美知子(厚生労働省看護研修研究センター)

分担研究者 和賀徳子(厚生労働省看護研修研究センター)

坪倉繁美(厚生労働省看護研修研究センター)

### 目 次

総括研究報告 .....丸山美知子

#### 分担研究報告

1. 看護・医療事故防止に向けて看護教員に必要な知識技術 .....和賀徳子

2. 看護基礎教育の事故予防に関するカリキュラム検討 .....坪倉繁美

総括研究報告書

看護・医療における事故防止のための看護基礎教育に関する研究

主任研究者 丸山美知子

## 看護・医療における事故防止のための看護基礎教育に関する研究

主任研究者 丸山美知子 厚生労働省看護研修研究センター

### 研究要旨

近年、多発する看護・医療事故に対し国民の不安・不信が高まり、看護職に対する資質の向上及び専門性や倫理が厳しく求められている。看護・医療事故防止については臨床看護のみならず看護基礎教育における教育のあり方が問われている。

このため、事故防止の観点から看護教育カリキュラムを検討するとともに、全ての看護教員が事故防止に関する知識を習得する他、看護・医療事故防止やリスクマネジメントを専門領域とする看護教員を育成する必要がある。

これらのことから、本研究では看護・医療事故防止に向けて看護教員に必要な知識技術を明らかにするとともに、看護基礎教育の事故予防に関するカリキュラムを検討することを目的に二つの分担研究を行った。

#### 1. 看護・医療事故防止に向けて看護教員に必要な知識技術

看護・医療事故の発生を早急に防止するためには、看護教育のカリキュラムの改善と共に、適切な教育実践ができ、さらには、常に看護・医療事故について追求し、事故防止のための確かな知識技術を提示できるような看護教員が育成されなければならない。研究方法として、文献検討と過去30年間に亘る看護系雑誌から190の事故事例を選択し、質的・帰納的に分析した。その結果、看護教員が持つべき知識技術として、「看護医療事故の構造」「看護・医療事故の分析方法」「看護・医療事故防止の技術」「安全を守る技術」の内容を抽出した。看護・医療事故の構造として1) 不明確な確かさの根拠、2) 専門分化していない看護業務、3) 物がもたらす危険に関する管理の未熟、4) 問題（危険）の存在と識別に関する管理能力の未熟、5) 安全づくりに対する低い共同意識が抽出された。また、安全を守る技術は「患者の思いに近づく技術」「患者の理解を得る技術」であり、看護行為における事故を防止する「確かな判断の技術」「確かな予測の技術」「確かな観察技術」「確かな行為」を包含するものとして明らかにされた。

看護・医療事故の分析方法として、SHELモデルや4M-4E分析方法は「事故」全体を把握する方法として有効であり、さらに本研究で明らかにした看護・医療事故の構造と併わせるならば、看護行為による直接的な事故の原因が分析できることが明らかにされた。看護・医療事故を予防するためには、「看護の自律性」「看護の専門性に立ち返ること」が明確に示唆され、これらの内容を確かに教育できる教員を育成するため明確な示唆を得ることができた。

#### 2. 看護基礎教育の事故予防に関するカリキュラム検討

医療事故に対する認識は、「責任思考」から「原因思考」に変化している。また、医療事故防止と安全に対する社会的期待と安全文化の変革の時期にあることをふまえ、看護基礎教育における医療事故防止の教育の実態や課題を知り、医療事故予防に関するカリキュラムの改善のための検討を行った。全国の看護看護大学、短期大学、養成所941校を対象に調査を行った。（回答数432校、回答率45.9%）。その結果、安全文化は醸成されつつあるが、各学校養成所で事故防止に関する系統的な教育は行われていないことが明らかになった。卒業時点で到達困難と認識され、看護基礎教育で重視して教育されていない能力に「医

師の指示や看護計画に対して批判的に思考する能力」「看護行為をする上でジレンマを感じた時に勇気をもって発言・主張する能力」「危険を回避するために看護行為の優先度を決定する能力」「対象に不利益な状況が生じている場合に対象に情報提供できる能力」「対象が不利益を被らないように、対象の人権を護り代弁する能力」「対象が受ける治療、処置に伴う有効性や危険性について理解できるように説明する能力」であった。また、医療事故防止に関する教育の実態は市販のテキストを用いた講義を中心とするものであり、エラーの要因を排除し、自己の行動をコントロールできるような自己モニタリングが有効に働く一メタ認知能力が働くような教育はなされていないことも明らかになった。これらのことから総合的で系統的なカリキュラムの作成と、教授・学習方法の再検討が必要であるということが示唆された。

分担研究者 和賀徳子  
坪倉繁美  
(厚生労働省看護研修  
研究センター)

#### A. 研究目的

看護・医療事故防止にむけて、看護教員に必要な知識・技術を明らかにするとともに、看護基礎教育の事故予防に関するカリキュラムを検討することを目的とする。

#### B. 研究方法

研究に関わる研究者全員により、1989年以降の看護基礎教育で使用されているテキストおよび看護事故に関する文献の分析検討を行うとともに、本研究で使用する用語の規定を行った。その後、研究目的に従って2つの分担研究を行った。

1)看護・医療事故防止にむけて看護教員に必要な知識技術

(1)看護教員が医療・看護の事故について教育が可能になるための知識・技術を明らかにするため、国内・外の文献を通して、事故(事例)の種類に応じた分析方法やヒューマンエラーに関する社会・心理的な知識などの内容を検討した。

(2)文献および判例から収集した190件の看護事事故例を選択して「4M-4E分析方法」「SHELモデル」による分析を実施した。

(3)上記の分析結果の確証のために、4ヶ所の病院の看護婦18名を対象に経験年数別に事故防止に重要な「確かさの根拠」について聞きとり調査を行った。

(4)看護・医療事故の構造と看護・医療事故の分析方法および事故防止の技術、安全を

守る技術を抽出し看護・医療事故を一専門領域とする看護教員を育成するための内容を明確にした。

2)看護基礎教育の事故予防に関するカリキュラム検討

(1)看護・医療事故予防のための安全な看護実践力に関する概念枠組みを検討した。

(2)上記の結果を踏まえて、看護基礎教育の実態を把握するために、全国の看護大学・短大・養成所941校(平成12年度において最終学年を教育している)を対象に郵送法による自記式質問紙調査を行った。調査内容は、①看護・医療事故の予防・安全文化の醸成とカリキュラムの考え方 ②看護・医療事故予防に関する能力の教育および看護の倫理教育に関する教員の認識と教育の実態

③看護・医療事故のなかで多い与薬、転倒・転落のエラー要因の教育の実態 ④看護・医療事故予防に関する教育内容の基礎教育、卒後教育の必要性の認識 ⑤臨地実習における看護技術の体験状況などとした。

(3)看護・医療事故に関して、先駆的な授業の取り組みをしている看護大学3名、看護短大4名、看護婦養成所3年課程2名、看護婦養成所2年課程2名で、合計11名の授業実施者に面接し、詳細な内容を聞きとり調査をし、質的に分析した。

(4)上記(1)から(3)の結果を踏まえて、カリキュラム試案を作成した。

#### 用語の定義

本研究における用語の定義は次の通りである。

看護・医療事故：看護を実践する全過程に

において発生する人身への障害の一切を包含する言葉として使う。看護の実践過程においては、看護のみを特定して人身への障害をもたらしたとすることは困難である。たとえば、患者の転倒・転落のような事故は、直接看護職者が引き起こした事故とは言い難いものであるが、一方では、看護の観察やコミュニケーションなどと切り離しては考えられない面もある。このように、看護が何らかの形で関連して引き起こされる人身への障害を看護・医療事故とした。この中には患者ばかりではなく、看護職者が被害者である場合も含む。本研究では、法的な意味における過失の有無は考慮していない。

アクシデント：インシデントに気づかなかつたり、適切な処置が行われず、人身に障害が発生した場合、すなわち、「事故」を意味する。

インシデント：看護・医療の中で、人身に障害を及ぼすことはなく、事前に誤りが訂正されて事故に至らなかった場合をいう。事前に誤りに気づいたり、訂正する過程で「ヒヤリ」としたり「ハッ」とする当事者の体験をも含んでいる。

事故防止：看護・医療事故を防ぎ止めることを意味する。事故の発生を防ぐことと、ある事故が発生した以後に、類似した事故の発生を止めることは、その考え方や行動において、「予め」防ぐことと同義であると考え、「防止」と「予防」は同義で用いている。

### C. 研究結果

1) 看護教員が看護・医療事故について教育が可能になるための内容として、看護・医療事故の概念、事故を起こす人間の行動に関する知識、看護・医療事故の種類や分析方法に関する知識技術、看護・医療事故を予防するための知識技術を検討し、これらの内容として次のような結果を得た。

(1) 看護・医療事故の概念規定が不明確であることおよび航空界、産業界における事故の分析方法として開発されている「4M-4E分析方法」「SHELモデル」は事故の全体を把握する方法として、看護・医療事故を分析する方法としても適切であることが確認できた。しかし、看護の直接的な行為による事故を分析する為には、看護・医療に特有の分析方法が必要であることが明確になり、こ

れを本研究で明らかにすることができた。また、産業界では事故防止は「標準化」「マニュアル化」を指向し、それが可能であるのに対して、看護・医療においては、「個別対応」「状況対応」がその特徴であること、事故の発生とその防止のみを問題にした場合、患者不在の事故対策を招き易いことが明らかになった。

(2) 看護・医療事故の構造として「確かさの根拠が不明確である」こと、この下位内容には「観察の誤り、観察をしない」「予測の誤り、予測をしない」「判断の誤り、判断をしない」「行為の誤り、行為をしない」がある。これは、自らの考えに基づいて行動していないこと及びメタ認知の機能が低いことを示している。どうすれば確かな根拠が得られるかについての考え方や知識を教育する必要がある。

さらに、「専門分化していない看護業務」「システムディフェンスの未熟さ」「安全づくりに対する低い共同意識」が取り出され、看護の自律性と密接に関連していることが分かった。

(3) 看護・医療事故の分析方法に関して、本研究で抽出できた看護・医療事故の構造はそのまま事故の分析方法として可能であるが、さらに、臨床の場で検証される必要がある。

(4) 看護・医療事故を予防するための知識技術-事故防止の技術と安全を守る技術の相違-看護・医療事故の構造から、「確実な観察技術」「確実な判断技術」「確実な予測の技術」「確実な行為(技術)」と、これらの知識技術をメタ認知することが事故防止の知識技術である。一方、「患者の思いに近づく」「患者の了解」を大切にする知識技術は「安全を守る技術」として前者とは明確に異なる技術として抽出された。両者の差違を明確に教授する必要がある。

2) 全国の看護学校養成所の教育実態を調査した結果、

(1) 看護・医療事故に関する教育内容についての話し合いは、約7割の看護学校養成所で実施されているが事故予防を教育目標にあげているのは約2割と少ない。しかし、今後、事故予防を目標にすべきと8割が考えていることから安全文化は醸成されつつあると考える。

(2) 卒業時において到達が困難と認識され、

看護基礎教育では重視して教育されていない看護・医療事故予防に関する能力は「批判的に思考する能力」「発言・主張する能力」「優先度を決定する能力」であり、看護の倫理に関する能力は「情報提供ができる能力」「人権を護り代弁する能力」「有益性、危険性を説明する能力」であった。

(3)看護技術教育については、最も事故が多い「与薬」や「転倒・転落」についてはエラー要因の教育を約9割の学校養成所で実施されていた。その教育方法は講義が中心である。

(4)さらに、看護・医療事故予防について系統的に教育されていない実態が明らかになったことから、看護・医療事故予防に関わるカリキュラムを作成する必要性が明らかになった。

#### D. 考察

1) 看護・医療事故に関する概念規定の困難さは、看護・医療の過程において、患者の心身への侵襲を避けられないために、どこまでが看護・医療として正当な行為であり、どこからが事故であるのかその判別がし難い点にある。教育にあたっては、この両者の差異は明確にされなければならない。これは、単に操作的に定義できるものではなく、十分な研究によって導き出されるものとする。このような研究が看護教員には課せられている。

2) 事故を分析するのは、第一に事故の発生状況や原因を明確にすることであり、第二には、事故防止対策を的確に打ち出すためと考える。本研究で明らかにした看護・医療事故の構造は、「事故」の原因を端的に示しているだけではなく、看護行為における直接的な事故防止・安全を守る技術を明確にしたものとして看護実践の場でも、また、教育の場でも即取り入れることが可能なものであると考える。看護教員は、新たに発生する「事故」を分析できることと、それに基づいた防止対策を打ち出すことができなければならない。

3) 本研究を通して、看護・医療事故の原因として、看護職者は自らの行為についてのメタ認知する機能が低いこと、看護の自律性が低いこと、および、安全に関する価値付けが低いことが取り出された。産業界のように、技術の対象が「機械」であるならば、事故防止は規格化、マニュアル化し

てもよいのであろう。しかし、看護は患者一人一人の個別対応をより強く求められるのである。専門的知識をもった看護職者に必要なのは、患者一人一人、状況毎に的確に判断する技術である。これは言うまでもなく、一人一人の看護職者が「自律性」をもって行為することである。自律した行為とは、理念ではなく、実践する行為として現れるものである。メタ認知機能は、自律的行為の中においてこそ発揮されるものである。看護教員は、メタ認知を高めるための教育と「看護の自律性」について、理念のレベルとしてより、実践レベルの行為として教育できなければならない。

4) 安全を守る技術は、患者の思いに近づく技術と患者の理解を得る技術である。これは、言うまでもなく、看護の専門的な技術である。言い換えれば、看護職者が看護本来の技術を発揮することは、「事故」の防止につながることを示唆している。看護のシステムの改善によって、業務の多忙さを極力軽減するだけではなく、「患者に近づくこと」、その技術を的確に教授できなければならない。

5) 全国の看護学校養成所において看護・医療事故予防に関する教育内容の話し合いはかなりの学校で実施されていることから安全文化は醸成されつつあるが、個人の安全意識や意欲の向上は「風土」や「制度」などの安全文化の醸成が鍵といわれていることから、学校養成所での組織的取り組みが重要と考える。

6) 卒業時において到達が困難と認識され、看護基礎教育では重視して教育されていない看護・医療事故予防に関する能力は、「批判的に思考する能力」「発言・主張する能力」「優先度を決定する能力」であり、看護の倫理に関する能力は「情報提供ができる能力」「人権を護り代弁する能力」「有益性、危険性を説明する能力」であるが、これらの教育方法の中心は講義であることから、事故の認知活動をモニタリングし、その行動をコントロールできるような訓練、メタ認知能力を強化する疑似体験等の演習が必要である。特に「事故の体験からの学習」を明確に捉え、その教育方法の開発の必要性が強く示唆された。

7) 看護・医療事故予防に関わるカリキュラム試案として、「水平軸」に健康の維持と増進、安全のためのシステム、看護過程、看

護独自の機能と相互依存的機能、看護の責任と責務、看護の倫理、ヒューマンエラー、「垂直軸」にオートノミー、意志決定、安全、技術とし、学習の進捗や内容の順序性の方向を示す自由度のあるカリキュラム試案とした。これらを従来の科目の中に分散させたり、「看護安全学」などの科目を立てることもできるように組み立てた。

8) 看護教員が看護・医療事故を一専門領域とするためには、「教育方法」と「研究方法および研究を推進していく能力」を育成する必要がある。

#### E. 結論

1) 看護・医療事故を一専門領域とする看護教員には次のような知識技術が必要である。

- (1) 事故と看護・医療における患者の身体の侵襲を識別するための両者の概念規定
- (2) 確かな看護実践に必要なメタ認知能力を持った学生を育成するための教育方法
- (3) 看護・医療事故の構造を明確に捉え、それを教授することおよび臨床現場で発生する事故を適切に分析できること、さらにより適切な分析方法の追求
- (4) 事故防止の技術と安全を守る技術の差違を明確に捉え、教授することおよび両者の技術の追求と確立
- (5) 看護・医療事故と看護の自律性の関連性を明確に捉え、看護の自律性について実践レベルでの教育
- (6) 事故防止の観点から、看護・医療のシステム全体を捉え、システムを分析する知識
- (7) 看護・医療における安全文化の追求とその教育

2) 全国の看護学校養成所における看護・医療事故予防に関する教育において、卒業時において到達が困難と認識され、看護基礎教育では重視して教育されていない看護・医療事故予防に関する能力は、「批判的に思考する能力」「発言・主張する能力」「優先度を決定する能力」であり、看護の倫理に関する能力は「情報提供ができる能力」「人権を護り代弁する能力」「有益性、危険性を説明する能力」であった。また、その教育方法は講義が中心であることから、事故の認知活動をモニタリングし、その行動をコントロールできるような訓練、メタ認知能力を強化する疑似体験等の演習が必要であ

る。

3) 看護・医療事故予防・安全文化は醸成しつつあるが、系統的に教育されていない実態から看護・医療事故予防に関わるカリキュラム試案を作成した。

4) 今後の研究課題として、看護・医療事故予防を意識した安全文化の醸成と系統だったカリキュラムの精選が必要である。さらに、看護教員が看護・医療事故を一専門領域とするためには、「教育方法」と「研究方法および研究を推進していく能力」を育成する必要がある。特に「事故の体験からの学習」を明確に捉え、その教育方法の開発の必要性が強く示唆された。

F. 健康危機情報 なし

#### G. 研究発表

- 1、論文発表 なし
- 2、学会発表 なし

#### H. 知的所有権の取得状況

- 1、特許取得 なし
- 2、実用新案登録 なし
- 3、その他 なし



## 1. 看護・医療事故防止に向けて看護教員に必要な知識技術

分担研究者 和賀徳子(厚生労働省看護研修研究センター)

研究協力者 岩本郁子(厚生労働省看護研修研究センター)

内村美子(厚生労働省看護研修研究センター)

平賀元美(厚生労働省看護研修研究センター)

今村保次(社会経済生産性本部 メンタル・ヘルス研究所)

菊地ひとみ(国立がんセンター中央病院)

宗村美恵子(虎ノ門病院分院)

丸山美知子(厚生労働省看護研修研究センター)

## 目 次

	ページ
研究要旨 .....	1
A 問題の所在および研究目的 .....	2
B 研究方法 .....	4
1 文献検討	
2 「事故」の事例分析	
3 現職看護婦への面接調査	
C 研究結果 .....	5
1 看護・医療事故に関する概念規定および他領域における事故に関する知見	
2 看護・医療事故の構造	
D 考察 .....	9
1 看護・医療事故の概念および事故を起こす人間の行動に関する知識	
2 看護・医療事故の構造	
3 看護・医療事故を予防するための知識技術—事故防止の技術を安全を守る技術の相違	
4 看護・医療事故の分析方法に関して	
E 結論 .....	14
今後の課題 .....	15
謝辞 .....	15
F 健康危機情報 .....	15
G 研究発表 .....	15
H 知的所有権の取得状況 .....	15
引用文献 .....	16
本研究の研究組織 .....	16

## 表、図、資料 目次

表1	分析事例一覧	18
表2	看護・医療事故の構造	23
表3	看護行為における確かさの認識と行動	31
表4-1	判断の確かさ-1年目の看護婦-	33
4-2	判断の確かさ-3~5年目の看護婦-	34
4-3	判断の確かさ-6~8年目の看護婦-	36
4-4	判断の確かさ-15~17年目の看護婦-	37
表5-1	予測の確かさ-1年目の看護婦-	39
5-2	予測の確かさ-3~5年目の看護婦-	40
5-3	予測の確かさ-6~8年目の看護婦-	41
5-4	予測の確かさ-15~17年目の看護婦-	42
表6-1	観察の確かさ-1年目の看護婦-	43
6-2	観察の確かさ-3~5年目の看護婦-	45
6-3	観察の確かさ-6~8年目の看護婦-	48
6-4	観察の確かさ-15~17年目の看護婦-	49
表7-1	行為の確かさ-1年目の看護婦-	51
7-2	行為の確かさ-3~5年目の看護婦-	52
7-3	行為の確かさ-6~8年目の看護婦-	53
7-4	行為の確かさ-15~17年目の看護婦-	54
図1	看護・医療事故の構造	55
図2	安全を守る技術	56
図3	看護・医療事故の分析枠組み	57
資料1	看護基礎教育で用いられている主なテキストにおける 「事故」防止、「医療過誤」の内容	59
資料2	看護・医療事故に関する文献(1994年~1999年)	79

平成12年度厚生科学研究費補助金（厚生科学特別研究事業）

看護・医療における事故防止のための看護基礎教育に関する研究  
(H12-特別-008)

### 分担研究報告書

看護・医療事故防止に向けて看護教員に必要な知識技術

分担研究者 和賀徳子 厚生労働省看護研修研究センター

#### 研究要旨

看護・医療事故の発生を早急に防止するためには、看護教育のカリキュラムの改善と共に、適切な教育実践ができ、さらには、常に看護・医療事故について追求し、事故防止のための確かな知識技術を提示できるような看護教員が育成されなければならない。

本研究では、看護・医療事故を専門領域とする看護教員を育成するための知識技術を明らかにすることを目的とした。研究方法として、文献検討と過去30年間に亘る看護系雑誌から190の事件事例を選択し、質的・帰納的に分析した。

看護教員が持つべき知識技術として、「看護医療事故の構造」「看護・医療事故の分析方法」「看護・医療事故防止の技術」「安全を守る技術」の内容を抽出した。

看護・医療事故の構造として次の内容が明らかにされた。1) 不明確な確かさの根拠、2) 専門分化していない看護業務、3) 物がもたらす危険に関する管理の未熟、4) 問題（危険）の存在と識別に関する管理能力の未熟、5) 安全づくりに対する低い共同意識

また、安全を守る技術は「患者の思いに近づく技術」「患者の了解を得る技術」であり、看護行為における事故を防止する「確かな判断の技術」「確かな予測の技術」「確かな観察技術」「確かな行為」を包含するものとして明らかにされた。

看護・医療事故の分析方法として、SHELモデルや4M-4E分析方法は「事故」の全体を把握する方法として有効であり、さらに本研究で明らかにした看護・医療事故の構造と併わせるならば、看護行為による直接的な事故の原因が分析できることが明らかにされた。

看護・医療事故を予防するためには、「看護の自律性」「看護の専門性に立ち返ること」が明確に示唆され、これらの内容を確かに教育できる教員を育成するため明確な示唆を得ることができた。

## A 問題の所在および研究目的

看護・医療事故は決して新しい問題ではなく、古くから医療過誤として問題にされてきていた。しかし、柳田邦男氏の指摘によれば、我が国においては、発生した事故に対して「誰が起こしたか—処罰—一件落着」という対応のしかたをする傾向にあり、一方、欧米では「なぜ起きたか—どうすればよいか—対処の方法の蓄積」という対応をするという。

これは、我が国では「事件事例から学ぶ」ということがなされていないだけでなく、それは、事例から学ぶということに関心がないためであるとも述べている<sup>1)</sup>。

「確かな事故防止の方法は未だ確立されてはいない」とは言われるものの、欧米における事故への対応は、「人間は過ちを犯すものである」といういわゆるヒューマンエラーの考え方を根底にし、「把握—分析—対応—評価」というシステムの中で行われている。

横浜市立大学の事故(1999.1月)以来、我が国においても欧米のような対応の必要性が理解されはじめ、既に日本看護協会から「組織で取り組む医療事故防止—看護管理者のためのリスクマネジメントガイドライン」(1999.9月)が出版されている。この中では、単に、起きた事故への対応のしかただけではなく、「リスクマネジメント」という考え方が明確に打ちだされている。しかし、事故の原因が追及されていないために、現時点においては事故は減少しているどころか、情報公開を背景にして大きな社会問題となっている。

この問題に取り組むにあたって、「看護教育はこのままでいいのだろうか」<sup>2)</sup>という危惧が臨床の側から投げかけられているように、事故の当事者が資格を得た看護婦であっても、どのような看護基礎教育が行

われていたか(いるか)は当然検討されなければならない。

患者の安全を確立するためには、質の高い看護教員によって教育が行われなければならない。看護・医療事故について高い専門性をもって教育できる教員の育成は、看護教員を養成する当センターにとって、当然の課題である。

事故に関してこれまでどのような教育がなされてきたかについて、看護基礎教育において一般にテキストとされている書籍の内容をみると、「安全を守る技術」として、「基礎看護学」「小児看護学」「老年看護学」「看護技術」のいずれにおいても「転倒防止」に関する記述がみられる。その内容はベッド柵、ベッドのストッパーの確認等、「注意」をすることの大切さが述べられているにすぎないものである(資料1)。

また、1989年以後、すなわち、平成元年のカリキュラム改正以後の研究報告では、数的には少なくないものの、そのほとんどの内容は学生の「感性」や「二度と繰り返さないように」という意見を述べているものである(資料2)。具体的な教育の内容が述べられているものは、臨床実習について「安全を阻害する要因」<sup>3)</sup>、「成人看護実習における医療事故防止のための取り組み」<sup>4)</sup>として教育方法の効果を見たものが1~2例ある。1999年8月の時点での最新文献として、「事故を教育の問題として捉える—基礎教育の立場でできること」というテーマで、看護短大の教員が述べているものがある<sup>5)</sup>。この中では「生命への畏敬」の大切さ、「問われる看護の目」「リスクマネジメント」を強調した上で、「裁判事例を用いた授業の構成」を提示し、「看護の専門性と責任」を学ぶ「学生の主体性」の重要性が述べられているが、「リスクマネジメント」という新しい内容以外は、前述の資料1に示した旧来

の内容と何ら変わらないものであった。教材として用いている判例が「褥創裁判」であることは、現在起きている事故の種類、内容と看護実践とを結びつけてその行動をイメージすることにおいて妥当性があるとは思われないものである。これは、単に一教員がこのような考え方をしているというよりは、これまでの看護基礎教育では、安全についても、事故についても、「責任」や「倫理」面の強調に止まってきたことの現れとしてみるべきものであると考える。言い換えれば、看護基礎教育においても、「個人の責任」のみを問う我が国の傾向がそのまま持ち込まれ、適切な教材、事故それ自体の概念、事故の種類とその要因、事故分析の考え方と方法、そして、安全を守る技術と事故防止の技術が果たして同じかどうかの吟味・検討など何ら蓄積された知識技術がないために、教育を変える必然性は理解したとしても、どのように変えて行けばいいかの知見がないことが顕著に現れていると考える。つまり、現時点では、看護教員は、看護・医療事故（以下、「事故」とする）を教育するにあたっての必要な知識技術が明確になっていないと言える。これが第一の問題である。

「事故」の発生を極力防止し、患者が安全であることは質の高い看護実践の基盤であり、核となる内容として、すべての学生が基礎教育終了時には確実に修得していなければならないことである。また、「事故」発生時における的確な反応・対処行動、および患者・家族への説明などの知識技術もより質の高いものとして確立されなければならない。そのためには、すべての看護教員が「事故」に関する基本的な知識技術を持ち、それぞれの専門領域において事故防止のための指導ができるようになる必要がある。さらに、「事故」を専門領域とする看護教員が育成され、「事故」が研究さ

れ、患者の安全がより追求されることも必要である。これは、「事故」を的確に分析・意味づけし、解決方法・方向を提示する能力およびこれらの知識を蓄積し体系づける能力をもった看護教員の存在を必要とすることを意味している。しかし、このような看護教員は未だ育成されていない。これが第二の問題である。

第一の問題において、「事故」防止の観点から、看護教員が持つべき知識技術としては次の3点が演繹的に設定できる。すなわち、1. 看護・医療事故の教育内容に関する知識技術、2. 看護・医療事故の教育方法に関する知識技術、3. 看護・医療事故の研究方法に関する知識および研究の実践である。しかし、前述のように、これら3点のいずれの内容についても、未だ何ら明確にされていないのが現実である。この3点のうち、1. 看護・医療事故の教育内容に関する知識技術としては次のような内容が必要であることが本研究にあたっての文献検討から設定された。

- 1) 看護・医療事故の概念
- 2) 事故を起こす人間の行動に関する知識
- 3) 看護・医療事故の種類や分類に関する知識
- 4) 看護・医療事故の分析方法に関する知識技術
- 5) 看護・医療事故を予防するための知識技術
  - (1) 安全を守る知識技術
  - (2) 事故防止の知識技術
  - (3) システム・管理に関する知識技術
- 6) 看護・医療事故発生時の対処行動に関する知識技術

しかし、これらの内容も、項目が挙げられるだけであり、具体的な内容は全く不明であるのが現実である。これは、これまで「事故」を分析し、その結果から得た知識

が極めて少ないことを如実に示している。現時点では、航空界など他の産業界における事故の分析によってもたらされた〔SHELモデル〕や〔4M-4E分析方法〕が紹介されているが、このような分析モデルで看護・医療事故が的確に分析できるかどうかは明らかではない。これが第三の問題である。

以上の問題を整理すると、第一の問題である看護教員が学生を教育するための知識技術を明らかにすること、および第二の問題である「事故」を専門領域とする看護教員を育成しなければならない現実において、まず、第三の問題である看護・医療事故それ自体の分析から立ち上がらなければならないことが明確である。

したがって、本研究の目的は、看護・医療事故の種類に応じた分析の視点を追求し明らかにすること、この分析を通して、看護・医療事故の構造をとらえること、ならびに、事故防止のための看護技術、安全を守るための看護技術の相違を追求し明らかにすること、さらには、それらの結果を看護教員に必要な知識技術としての観点から考察することにある。

#### [用語の定義]

本研究における用語の定義は次の通りである。

看護・医療事故：

看護を実践する全過程において発生する人身への障害の一切を包含する言葉として使う。看護の実践過程においては、看護のみを特定して人身への障害をもたらしたことは困難である。たとえば、患者の転倒・転落のような事故は、直接看護職者が引き起こした事故とは言い難いものであるが、一方では、看護の観察やコミュニケーションなどと切り離しては考えられない面もある。このように、看護が何らかの形

で関連して引き起こされる人身への障害を看護・医療事故とした。この中には患者ばかりではなく、看護職者が被害者である場合も含む。本研究では、法的な意味における過失の有無は考慮していない。

本文中においては「事故」と表現している。アクシデント：

インシデントに気づかなかつたり、適切な処置が行われず、人身に障害が発生した場合、すなわち、「事故」を意味する。

インシデント：

看護・医療の中で、人身に障害を及ぼすことはなく、事前に誤りが訂正されて事故に至らなかった場合をいう。事前に誤りに気づいたり、訂正する過程で「ヒヤリ」としたり「ハッ」とする当事者の体験をも含んでいる。

事故防止：

看護・医療事故を防ぎ止めることを意味する。事故の発生を防ぐことと、ある事故が発生した以後に、類似した事故の発生を止めることは、その考え方や行動において、「予め」防ぐことと同義であると考え、「防止」と「予防」は同義で用いている。

## B 研究方法

### 1 文献検討

事故の概念（考え方、用語など）、事故を起こす人間の行動に関する心理・社会的知識およびこれまでの研究成果の現状を把握する目的でおこなった。

### 2 「事故」の事例分析

分析方法：解釈的アプローチによる質的・帰納的分析

分析事例：190例（表1）

過去30年間における看護系雑誌および著書の中で取りあげられた事故事例のう

ちその事例が事実であること、事故の発生状況が詳細に記述してあることを条件にして取りあげた。結果として、訴訟対象となった事例が多い。したがって、分析にあたっては、判決結果とは無関係に、事故の発生状況や発生過程に焦点をあてた。

### 3 現職看護婦への面接調査

研究方法2によって出された結果に基づいて、その結果をもたらししている看護職の認識・行動を質的に明らかにするために、次の方法で面接調査を実施した。

#### 1) 調査対象

臨床看護経験年数別に18名を抽出。4施設の看護部長に依頼し、看護部長による推薦者4名、本人希望14名である。経験年数別では、1年(5名)、3~5名(6名)、6~8年(4名)、15年以上(3名)である。

#### 2) 調査内容

看護行為にあたって、事故を予防するための確かさの根拠をどのように意識して行動しているかについて尋ねた。

#### 3) 面接時間および面接場所

面接時間は勤務時間外に60分前後。面接場所は、対象者が勤務する施設の面接室等で行った。

#### 4) 倫理的配慮

調査対象者には、研究の目的、面接の目的を面接のはじめに再度説明し、協力の確認と録音の許可を得た。また、質問の内容に回答するかどうかは自由であることを説明し、了解を得た。

#### 5) 分析方法

逐語録に起こした録音内容について、研究方法2の結果で得られた「判断」「予測」「観察」「行為」を半構成的枠組みとして、意味を読みとり、その意味をコードとして質的・帰納的に分析した。

## C 研究結果

### 1 看護・医療事故に関する概念規定および他領域における事故に関する知見

1) 看護・医療事故は明確に概念規定されていない。特に「ヒヤリ・ハット」「アット・ハット」「インシデント」「ニアミス」「アクシデント」「ミス」「エラー」「過誤」「事故」は研究者、著者によって一応の概念規定がされてはいるものの、医療特有の、すなわち、治療や看護の過程で必然的に患者の心身への侵襲が避けられないということと事故との判別について明確な問題意識をもって設定されているものは極めて少なかった。

2) 航空界および産業界の事故事例の分析から出されている次のような分類と対策に関する知識はおおむねどの著書においても共通している。

#### (1) 事故の原因に関する分類

- ①事故の記述による解明
- ②事故の現象からの分類
- ③事故を起こした人間の心理過程からの分類
- ④事故をおこした人間の脳の情報処理からの分類
- ⑤理論的構成

#### (2) 事故の対策を志向した分類

- ①事象のチェーン
- ②SHELモデル
- ③4M-4E分析方法

#### (3) 対策に関して

- ①エラートレランスを向上させる
  - \*セルフモニターの向上
  - \*チームモニターの向上
  - \*円滑なコミュニケーション
  - \*アウェアネスの向上
- ②システムディフェンス
- ③器具・機材の設備に関するフェール・プルーフ、フェール・セーフ



#### ④安全文化

### 2 看護・医療事故の構造

#### 1) 事事故例の分析結果

事事故例の分析は、文献検討で得られた一般（産業界）における事故の分析方法（SHELモデル、4M－4E分析方法）によって、看護・医療事故も矛盾なく分析できるかどうかを明らかにすること、また、看護・医療事故の種類に応じた特有の分析方法を探ること、さらには、その過程を通じて、看護・医療事故に特有の事故の構造を探ること、そしてそれに基づいた事故防止の技術および対策を探ることをねらいとしている。

190の看護・医療事故事例を看護・医療の内容から分類してみると、「誤薬」「患者を間違える」「経過観察の誤り」「転倒・転落」「自殺・自殺未遂」「器具・器械の誤作動・停止」「器具・器械の破損による損傷」「行為・技術の誤り」「ケアの誤り」「感染」「核黄疸」「その他」であった。これらの事故の内容は、他の研究や文献にみられる事故の内容とおおむね同様であった。

この分類の各項目の中から、3～4事例ずつ選択して、第1段階としてSHELモデル、4M－4E分析方法を使用して分析を行った。次に、第1段階で抽出した事故の原因と考えられる内容を整理してコード化し、その意味を分析した。その結果、看護・医療事故の原因として、次の5つの構造が取り出された（表2）。

##### (1) 不明確な「確かさ」の根拠

この内容として、「判断の誤り・判断をしない」「予測の誤り・予測をしない」「観察の誤り・観察しない」「行為の誤り・行為をしない」という看護行為における直接的な原因が取り出された。

「判断の誤り」の下位内容には、「判断の時期を見過ごす」などがあり、事例は「墜落分娩になり、児が娩出しても助産婦はそばにいて、産婦が児を股間に抱えた状態で助産婦を探し歩いた」というものである。これは正常から異常に変わる転機をつかめていないことを示している。また、患者の訴えから、異常の兆候と患者の個別性との識別がつけられないまま、安易に「個別性」として受け止め、異常の判断を誤っている。

「判断をしない」の下位内容には、「他者の判断を鵜呑みする」などがあり、一度は危険を感じたにも関わらず、「みんなこうしている」と言われると、危険であることについて何ら判断を加えず、言われたとおりするというものである。

「予測の誤り」の下位内容には、「大丈夫だろう」と根拠がないままに決めてしまっている。この予測の誤りは、これまでの経験から導き出されているものの、「大丈夫」であった過去の経験と当該事例との関連づけが誤っているものである。つまり、当該事例について十分な検討もせず、安易に類似した過去の経験を当てはめていることによる誤りである。

「予測をしない」の下位内容には、「自分の行動の結果を考えない」「患者の行動の結果を予測しない」がある。これは、「抑制帯の結び紐がとれていることを気づきながら使用し、児の動きを予測していない」ために、抑制帯による絞扼死を招いた事例である。

「観察を誤る」の下位内容には、「核心に触れず表面的な観察で済ませる」がある。これは「経管栄養のチューブを静脈ルートにつないで、その時はすぐ気がついたが、接続部にのみに注意が行き、クレンメの操作時には単に手の感覚だけで操作し、静脈点滴のクレンメを解放した」というもので

ある。

「観察しない」の下位内容には、「患者の示すサインを無視する」がある。これは「患者から疼痛の訴えがあったにも関わらず、同一部位に注射をした」「児が体重測定前からいつもと違う泣き方をしているのに、全く無視して放置した」というものである。また、「モニター類のアラームを何ら観察もせず切ってしまう」というものもある。

「行為の誤り」の下位内容には、「行為の未熟」「中途半端な状態で行為を終える」などがある。これは「ベッド柵をするがその患者の動きを考えずに単に取り付けたために患者が転落した」「人工呼吸器の取り付け方を正しく知らない」まま誤った装着をしたというものである。また、「乳児を体重計にのせたまま、一方でシーツ交換をし、児を転落させた」ものである。

「行為をしない」の下位内容には、「誰かの行為へ依存」がある。これは、「人工呼吸器を装着した患者の入浴介助をした際に、一緒に行為をした看護婦の誰も再度アラームのスイッチを入れていなかったし、その確認を誰もしなかった」というものである。

以上、「判断の誤り、判断をしない」「予測の誤り、予測をしない」「観察の誤り、観察をしない」「行為の誤り、行為をしない」は相互に関連しつつ事故の原因となっていることが抽出された。さらに、これらの核心には、その判断、予測、観察および行為が「確かである」かどうかについての疑いがなく、根拠が不明確であること、すなわち、「確かさの根拠が不明確である」ことが抽出された。

## (2) 専門分化していない看護業務

この下位内容として、「看護の専門性の未分化」「誰か他者への依存」が取り出された。前者の下位の項目には「看護の原則の無視」「看護の範囲を超えた行為」があり、その内容には「全身の抑制に紐状のも

のを使用」したり、「私の担当ではない行為を行う」「妙な助け合い」の内容には、「他の看護婦の業務である薬の照合を自分の昼食時間帯にして、誤った照合をした」「抗ガン剤のミキシングを看護婦がする」などがある。

後者、すなわち「だれか他者への依存」の下位内容には「不確かさの放置」と「意識されている危険の放置」がありその内容には「業務分担の不明確」「責任の所在が不明」があり、「故障している柵を使用することに違和感を持たない雰囲気」や「いつもそうしているという習慣の優先」「危険を放置することに違和感を持たない」などがある。この内容には「無理な行為であると知りつつ、複数の行為を同時に（効率よく）一人で行うことが‘この職場の習慣’として、そうすることを強要される」というものがある。

## (3) 物がもたらす危険に関する管理の未熟

この下位内容には「危険を導く環境」「ものもたらす危険」「間違い易い状態の放置」がある。これらの下位の項目には「看護婦からは見えにくい構造」「患者の声、物音が聞こえない環境」「不十分な保守点検」「表示の欠如」「関連する物が散在している」などがある。これらの内容には、「産婦が大声を出しても聞こえない構造」「病室が狭く、体重計を適切に置く場所がない」「必要な物品不足のまま放置され、緊急時の対応に間に合わない」「入院中の内服薬と退院患者の内服薬が区別なく置かれている」などがある。

## (4) 問題（危険）の存在と識別に関する管理能力の未熟

この下位内容には「危険な事象を識別する能力の不足」「スタッフの教育の不十分さ」「効率性が優先された勤務体制」がある。これらの下位の項目には「管理者の現

状把握の不足」「不適切なマニュアルの放置」「業務内容と勤務者数があわない」などがある。これらの内容には、「病棟内で具体的に看護がどのようになされているか把握していない」「小児病棟におけるベッドの配置の重要性についての認識不足」「患者の訴えに対して看護婦が十分な対処をしたかの確認をしていない」「昼食時の看護婦の数が少ない時の勤務体制に無理があるのを放置している」などがある。

#### (5) 安全づくりに対する低い共同意識

この下位内容には、「危険性への意識の低さ」「共同意識が育たない」があり、その下位の項目には、「危険を犯すことへの意識の低さ」「改善しようとする意欲の欠如」「流れ作業的意識」「望ましくない行為を容認する病棟の雰囲気」「必要時カンファレンスが行われぬ」「患者へのケアの妥当性、安全性の検討がされない」「ケアの継続性の欠如」などがある。この内容には、「不便や不都合を感じながら、それを積極的に改善しようとする意欲がスタッフ全員にない」「患者の看護上の問題を話し合う場を持たない」「血圧測定のみを係りとする業務分担をし、患者の全体を把握するようになっていないことに違和感を持たない」「6歳の幼児へ抑制帯をする妥当性が検討されていない」「新人に対して、個人の誤った考え方や危険があることを承知のままそれを受け入れることやあきらめがオリエンテーションされていることをしらない」などがある。

以上、看護・医療事故の構造の(1)～(5)までを図式化したものが図1である。図のなかで、「確かさの根拠が不明確である」ことが看護・医療事故を発生させる核心であることを示すために、図の中央に位置づけた。そして、「判断の誤り、判断をしない」「予測の誤り、予測をしない」「

観察の誤り、観察をしない」「行為の誤り、行為をしない」ことは「確かさの根拠が不明確である」ことの現れとしてその周辺に位置づけた。そしてさらに、「事故」の発生時には、これらが行為者の中では相互に関連していることが予測されるものの、その関連のしかたは本研究では明確にしていけないので、破線で表した。

「物がもたらす危険に関する管理の未熟」「危険の存在と識別に関する管理能力の未熟」および「専門分化していない看護業務」「安全づくりに対する低い共同意識」も相互の関連性を明らかにしていない意味において破線で示している。しかし、図の中では、これらの内容が、中央の「確かさの根拠が不明確である」ことと必ず関連していることを表している。

## 2) 面接調査による結果

上記の研究結果として出された『確かさ』の根拠が不明確』について、報告された事例からだけでは確認できないものがあるため、現職看護婦への面接調査を行なった。事故の生起に関わらず、実際の看護の実践過程において、その行為が確かであること、「こうすれば大丈夫」であることをどのようにして得ているのかについて尋ね、その内容を質的・帰納的に分析した。その結果、確かさの根拠が明確であるものと、不明確であるものとに分類された(表3)。

### (1) 確かさの根拠が明確であるもの

ア：観察において

「2つ以上のものや情報との照合」「意識的なアクションの付加」「医師の指示表にもどる」「患者本人が言う自分の名前」など。

イ：予測において

「直前の患者の状態」「患者の思いに近づく」「類似した経験の吟味」など。

ウ：判断において

「患者を知ること」「患者の了解」「看護の原則」「医師の指示」など。

エ：行為において

「他者に任せない」「行為の計画、結果を他者の目で見てもらおう」「行為を順序立てる」「目と手の感覚の活用」「行為（技術）の練習」「注意の配分」「支障なさについての知識」「物の形状や数にあわせた行為」「取り決めを守る」「器機を信用しない」など。

#### （2）確かさの根拠が不明確であるもの

ア：観察において

「アラームに依存」「ネームバンド」「自分の経験」「いつもと同じ」「記録物（転記物）との照合」「前者の行為の結果」「自分の記憶」「頻回であること」「常に視野の中に置く」など。

イ：予測において

「典型やパターンからだいたい感じる」「一般的な人間の行為を当てはめる」「他者との意見の一致」「自分の性格と勘」「患者が動かないこと」など。

ウ：判断において

「ナースコールに依存」「先輩の判断」「一部の項目からおおよそ」「起きる結果の価値付け」「自分の信念」「患者が眠っていること」など。

エ：行為において

「確認行為を複雑に重ねる」「器機に依存」など。

#### （3）事故を実際に起こした体験、「ヒヤリとした体験」による「事故に関する鮮明な意識化」

この面接調査の中から、すべての調査対象者に共通した言葉として「事故を起こしてから」「ヒヤリとした体験をしてから」、「本当に事故を意識し始めた」、「それまでは他人事であったのに、自分も事故を起こすことを初めて認識した」という内容が語られた。

#### （4）経験による差違

確かさの根拠について、「明確である」「不明確である」の両者において、看護の経験年数による違いが見られたのは、1年目の看護者は何かを確かめる際に、「先輩に聞く」というものである。他の内容では、経験による違いは見いだせなかった。

なお、面接調査の結果の詳細は表4-1から表7-4までに示している。

## D 考察

### 1 看護・医療事故の概念及び事故を起こす人間の行動に関する知識

看護・医療事故の概念及び用語については、共通した用語の使用には至っていない。特に、看護・医療の中では、医療行為自体が患者の身体への侵襲行為を伴っているために、どこからが事故に相当するのかその明確さが問われている。たとえば、薬剤の溶解液として生理的食塩水と蒸留水を取り違えたり、明らかに異なる薬剤を服用させた場合でも、患者の身体に直接の異常が発生しなければ、「事故を起こした」という認識が薄いというのが事例を分析する過程で読みとれた。昨今、情報公開に伴って、医療事故の「多発」が社会的な問題となり、事故防止に関する意識の向上が叫ばれている中において、医療の内部におけるこのような認識は、事故防止の観点からは決して無視できない問題であると考えられる。特に、前述の例のように、本来は誤薬したことが明らかであるにも関わらず、それが「事故」であるのかどうか不明のまま、「ヒヤリ・ハット」すなわち「インシデント」としてよいかどうかは、教育に当たる場合には明確になっていなければならないと考えられる。