

本研究の用語の規程においても、「事故」は、「人体への障害」という定義をしているが、侵襲との判別については問題意識はあるものの、根拠をもって定義できる段階にはない。看護教員はまず、明確な看護・医療事故の概念規定に向けての知識とそのための研究をすることが求められている。

また、事故を起こす人間の行動に関する知識については、「ヒューマンエラー」という言葉は急速に普及している。しかし、面接調査の結果(3)に述べたように、「事故を起こしてから」「ヒヤリとした体験をしてから」はじめて「自分も事故をおこす可能性がある」ということをリアルに認識するというものである。実際に事故やヒヤリとする体験をするまでは「まさか自分が事故を起こすことはない」「十分注意していれば大丈夫」という根拠のない思いを漠然と抱いており、これは、「人間は過ちを犯すものである」ということについて知識として単に知っているにすぎないことを露呈しているものである。さらに、「事故」を起こしてから初めて「事故」を意識し始めるということは、事故防止という観点からは常に後追いになることを意味しているだけではなく、単なる知識の導入だけでは、「事故」に関する確かな理解は得られにくいことを示唆している。

看護教員は、「人間は過ちを侵す存在である」ことに関して、いかに現実感覚を持って理解させるかについてその教育方法の開発が求められている。

## 2 看護・医療事故の構造

1) 確かさの根拠が不明確であることについて

190の看護・医療事件事例を分析した結果、看護実践における直接的な事故の構

造として「確かさの根拠が不明確」であることとその下位内容として「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」が抽出された。ここには、考える間もなく動いている看護者の姿があり、「自らの考え」に基づいて行動していないことが示されていると考える。そして、「事故」の核心として「確かさの根拠が不明確」であるということは、認知心理学的にはメタ認知<sup>9)</sup>(注)の機能が低いことを示している。

面接調査では、「根拠が不明確」な内容として「記録物(転記物)による確認」「先輩に聞く」「いつもと同じ」「一部の項目からおおよそ」などの内容が抽出された。また、看護実践において、何が確かな根拠か、どうすれば確かな根拠が得られるかについて、面接を通して問われるまで「考えたことがない」ということもあり、「確かさ」についての考えや知識のなさが窺えた。一つ一つ確かな行動をするというよりも、ひたすら「行動」のみにつき進んでいる看護者像が表れている。これは、これまでの看護基礎教育において、このような内容を明確に設定して教育してこなかったためと考える。また、新人看護者を指導する際にも、「先輩に聞く」ことを指導していることは、業務を知るためには意味があっても、必ずしも判断の確かな根拠とはなり得ないことをどれだけ認識されているであろうか。ここにも、まず、「業務をこなす」ことが優先されている姿が現れていると考える。

面接の結果からは「確かさの根拠が明確」である場合も抽出できた。多くは、「ヒヤリとした体験後」「他のスタッフが起こした事故を見てから」意識され始めたということが語られた。しかし、患者を確認する方法として、「名前を尋ねる」ということについて、それが本当に確かな方法で

あるかどうかについて疑いをもっている回答はなかった。面接者が「それで本当に確かですか」と再度尋ねると、「患者は、自分ではなくても‘はい’と言いますから駄目ですね」と気がつくことが多かったのである。毎日顔をあわせている患者を確認することの不自然さと、しかし、その確認が必要な時にどうするかが意識的に追求されていないことが窺われる。また、我が国の医療界全体が事故対策に取り組み始め、「ダブルチェック」「取り決めを守る」などが強調されている背景の中で、ダブルチェックが「分担作業」にすり替わり、「事故」を起こした例が語られたこととあわせて考えると、看護行為の中で、自らの思考過程、行動過程を通して、意識的に、しかも慎重に、確かさに基づいて行動するための考えや方法が極めて少ないことが推測される。

看護教員は、一つ一つの看護行為が確かな根拠に基づいて実施できるようにするための知識と人間の行為におけるメタ認知に関する知識を追求する必要がある。

#### (注) メタ認知

自らの、情意、認知、行為の状態を適切に認知すること、「ある状態を認知するための最適方略の選択とその実行、評価ができること」である。課題に対するメタ認知は「かなり難しそうなので慎重にやろう」とか、能力に対するメタ認知は「自分ではできそうにもないので、誰かに頼もう」、方略のメタ認知は「これをするにはこれをするのがよいはず」という認知をすることである。この方略のメタ認知は、「どうすれば自己モニタリングが最適化できるか」「どうすればエラーをしないか」などの知識を探ることである。

#### 2) 専門分化していない看護業務について

看護職は専門職であることを自認し、それに合致した知識技術や理念を教育内容

としてきていると考える。しかし、現実には、「専門性の未分化」の下位内容には「看護の原則の軽視」「担当ではない業務を行う」があり、「誰か他者への依存」の下位内容には「不確かさの放置」「意識されている危険の放置」が抽出され、専門職としての根幹である「自律性」のなさが浮き彫りにされている。前述した1)の自らの確かさについてのメタ認知の低さと相まって、病棟内における業務を取り込み、忙しく動き回っている看護職の姿がある。面接調査の中でも、検査の指示が医師から出された際に、その伝票を転記したり、単純な日付の間違いを確認するために多大な時間と注意を払い、エネルギーを使っていることが語られた。この過程で「事故」が起これば、看護職が起こした事故にされるというのである。看護職が看護本来の仕事に専心できたならば、はたしてどれだけの事故がおきるであろうか。

事故防止のためには、看護職に「権限」を与えることの重要性が指摘されている<sup>7)</sup>が、権限を与えられてその機能を発揮する前提には専門職としての自律性が確立されていることが必要である。ここでの問題は、看護管理上の問題も含めて、看護本来の業務内容の精選が自らの専門性という観点から為しえていないことにある。看護教員は看護の自律性について、理念のレベルだけではなく、看護実践のレベルで教育する必要がある。

#### 3) システムディフェンスの未熟さ

「物がもたらす危険に関する管理の未熟」「問題(危険)の存在と識別に関する管理能力の未熟」はシステムディフェンスの未熟さとして捉えられる。臨床においては、非常に急速な勢いで物がもたらす危険に対しては「フェール・プルーフ」「フェール・セーフ」の考え方が浸透している。

これは、前述したように、「ひたすら行動に突き進む」看護実践における「事故」を防止するためには効力を発揮することは容易に理解できる。しかし、「行動にのみつきすすむ」のが看護実践の本来の姿ではないことは言うまでもない。産業界では、フェール・ブーフ、フェール・セーフの考え方と機器・設備の導入により、業務内容を「規準化」「マニュアル化」する方向で事故防止が指向されるのに対して、看護・医療の場では患者への「個別対応」「状況対応」がより求められている。表面的に「事故」がなくなることにのみとらわれるならば、患者不在の対策となりかねない。本研究の検討過程で、このようなことへの危惧が臨床に携わっているメンバーから語られている。システムディフェンスにおいて、「患者の立場に立つ」ことが根幹に置かれることは、あえて強調しても、しすぎることはないと考えられる。

システムディフェンスが必要であるという知識は誰にも明らかではあるものの、現時点では、どこをどのようにすることがシステムディフェンスなのか具体的に検討されたものは少ない。施設内に事故対策委員会を設置したり、事故報告書を提出させることにエネルギーが注がれているのが現実であるように思われる。システムを変えるということは、それが文字通り「組織」であるが故に、ある一つの事柄の改善をするためには連動して他の事柄の改善も必要とする。つまり、根本的な改善策をうち立てるための、全体としての「システム」は分析されがたいと言える。

個人が起こした「事故」は如実であるのに対して、システムは事故を潜在させ、事故の原因として現れがたいことが特徴であるとも言えよう。事故防止の為に、このような「事故」を潜在させているシステム全体について根本的に解明していくことが

重要であると考えられる。看護教員にはこうしたシステム全体を見る力とシステムを分析する知識も必要である。

#### 4) 安全づくりに対する低い共同意識

抽出された内容には「危険性への意識の低さ」がある。この下位内容は「危険を犯すことへの意識の低さ」「改善しようとする意識の低さ」である。また、「共同意識が育ちにくい雰囲気」の下位内容には「望ましくない行為を容認する雰囲気」「自分の気づきを伝えない」などがある。前述のシステムの問題と重なり、複雑なシステムをいつのまにか作り上げ、その複雑さの中で、流れ作業的に業務が行われている現実がある。これはアウェアネスが低い状態であることを示している。言い換えれば、チームモニターが機能しにくい状態である。

「満足できる程度に安全を維持するためには、絶えず警戒すること、長期に緊張し続けることが必要<sup>8)</sup>」なのである。「安全を指向した緊張」は、現在のところ、我が国の医療施設の中で培われているとは言えない。それは、安全であることよりもまず、目前の業務を終えようとする看護者の行為の中に現れている。これは、「安全」が業務を遂行する中に位置づけられていないとも言えよう。「事故」が大きく社会問題化しているなかで、何とか「事故」を減少させたい、させようとする動きは確実にあるものの、その根底にある自らの安全に対する価値付けがどのようなレベルにあるかについては考えられてはいないことが明らかである。

安全について高い価値付けがなされるということは、看護行為が安全であるかどうかについて第一優先事項として常に検討され、取り入れられるということを意味している。習慣とされている事柄であっても、安全かどうかを明確に追求され、安全でな

いことが判明したならば、即座に中止されること、そして、それが当然のこととして受け入れられることを指している。逆に、安全文化が築き挙げられていないところで「業務を改善すること」は、通常の業務ではない別の余分な仕事を行うという感覚になりやすいこと示唆している。「不便さや不都合を感じても積極的に改善しない」「人工呼吸器のアラームを切り、さらにその後の設定に誰も責任を持っていない」という現実の中で、安全に高い価値付けを置くように改善することは容易ではない。言い換えれば、臨床の現実において、安全についての価値観を変容することは、極めて困難なことであると推測できる。

安全であることは非常に快適で、仕事への意欲が湧いてくることを筆者らはこの研究の過程で体験している。そして、この「安全であることは快適である」という体験は看護基礎教育の場で積極的に教育内容としてとり入れる必要性を認識した。

文化はその構成員一人一人の価値観としてまた、共同体の価値として潜在的、顕在的に位置づけられ、さらにそれが構成員の行動様式として現れるものであり、一朝一夕では築けないことは言うまでもないが、教育の根幹として位置づけられことによって初めて、安全について高い価値付けをもった看護実践者が育成されるものと考えられる。

### 3 看護・医療事故を予防するための知識技術—事故防止の技術と安全を守る技術の相違

抽出された看護・医療事故の構造から、事故防止の為には「確かな観察技術」「確かな判断の技術」「確かな予測の技術」「確かな看護行為（技術）」によって看護実践がなされること、そしてそれらは常に確かさを根拠をつける「メタ認知」機能を働かせながら行使されなければならないこと

が明らかである。また、これらの技術はフェール・プルーフやフェール・セーフに関する管理システムや環境の改善と相まっている必要があることも明らかである。これらの技術は確かに「事故防止の技術」として位置づけられよう。

一方、面接調査の中で、「予測における確かさの根拠が明確である」時の内容として、「患者の思いに近づく」「患者を知ること」「患者の了解」があることについて考えてみると、これらは患者の転倒・転落を予測し予防する技術として語られた内容である。患者の思いに近づくとは、言い換えれば、「患者の内的時間を共有する」ことを意味している。このような技術は看護職が専門職として発揮することが期待されている技術であり、事故防止というより「安全」を守り、患者の意思を尊重し、安楽をもたらす技術として位置づけられるものとする。

安全を守る技術は、単に事故防止技術の裏返しではなく、事故防止の技術を包含したものとして位置づけられるものとする。

看護教員はこの二つの技術を明確に捉え、教授できなければならないと考える。

以上述べてきた「事故」の構造を踏まえて、看護・医療事故を防止するための知識技術を事故防止・安全を守る知識技術の構造として図式化したものを図2に示した。

「事故」防止と安全を守る技術の核心には、当然のこととして、「確かさの根拠を押し進める」を位置づけている。そしてこれは、「確かな判断の技術」「確かな予測の技術」「確かな観察の技術」「確かな行為」として現れること、さらに相互に密接に関連していることを実線で結びつけて示している。これらの技術と、さらに「患者の思いに近づく技術」「患者の了解を得る技術」が統合されることによって患者の安

全が保障されることを意味するために、両者を同一の円の中に位置づけている。

さらに、「看護の専門性」「看護の高い自律性」「安全に対する高い価値付け」は上記の技術の根底にあり、しかも「事故」防止にとっては、単なる理念ではなく、看護実践の姿として現れなければならないことを示すために、上記の技術を取り巻く実線の円の中に位置づけている。

さらに、以上の技術が看護実践の中で支障なく発揮されるためには、本研究で抽出した「危険の存在と識別に関する管理」および事故防止のためには欠くことができない要素として文献検討から得られた「チームモニター」「良いコミュニケーション」「アウェアネス」が位置づけられなければならない。これらは、「看護の専門性」「看護の高い自律性」「安全に対する高い価値付け」の中で、「確かさの根拠を押し進め」ながら看護が行れる過程において発揮されなければならないことを示すために、両者の円に架かるように位置づけた。

#### 4 看護・医療事故の分析方法に関して

本研究においては、看護医療事故特有の分析方法を探ることもねらいとしてあった。190の事例をまず SHEL モデル、4M-4E 分析方法により分析したことにより、これらのモデルでは、それらの分析枠組みが示すように、「事故を起こした人間の側面」「事故に関連する器械・器具の側面」「事故に関連した管理・システムの側面」「事故を誘発している環境の側面」から、事故が発生した状況を全体的に理解できることが確認できた。この点においては、これらのモデルは、看護・医療事故の分析方法としても適切であること明らかされた。

一方、産業界や航空界においても、これらの分析方法だけではなく、人間の認知的側面から分析する方法や大脳生理学的な分

析方法が追求されてきたことは、全体的な事故の状況把握とあわせて、事故を起こした時の個人の内的な状況を知らなければ、事故を根本的に解決出来ないからに他ならないと考える。齊田<sup>9)</sup>の研究は、人間の「記憶・注意・イメージ」にかかわる特性から事故の要因を追求し、「途端忘れ」「記憶立ち消え」「つもりイメージ」「まさかイメージ」など12の要因を抽出したものである。これは、事故の状況を説明する分析としては優れていると考える。しかし、「途端わすれ」という「事故」の状況を理解しても、それに対してどのような対策をたてればよいかはその状況からは導きだすことはできない。これは、「事故」の原因にたどり着いていないことを示すものである。

本研究で「看護・医療事故の構造」として抽出した5つの構造は、看護・医療事故の構造であると同時に、看護行為によって起こる「事故」の直接の原因を知るための分析枠組みとして意味を持っていると考えている。SHEL モデルや 4M - 4E 分析方法と併せて使用するならば、「事故」の全体と直接の原因が解明できると考える(図3)。しかし、これは臨床の現実において検証されなければならない課題である。

#### E 結論

本研究を通して、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ことが明らかにされた。

- 1 事故と看護・医療における患者の身体への侵襲を識別するための両者の明確な概念規定
- 2 確かな看護実践に必要なメタ認知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

看護・医療事故は次のような構造であることが明らかにされた。

1) 不明確な「確かさ」の根拠

この下位内容として、「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・観察をしない」「行為の誤り・行為をしない」があり、その核心に「不明確な確かさの根拠」がある。

2) 専門分化していない看護業務

この下位内容には「看護の専門性の未分化」「誰か他者への依存」がある。

3) 物がもたらす危険に関する管理の未熟

この下位内容は「危険を導く環境」「ものがもたらす危険」「間違いやすい状態の放置」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」がある。

5) 安全づくりに対する低い共同意識

この下位内容は「危険性への意識の低さ」「共同意識が育たない」がある。

4 安全を守る技術の構造を明確に捉え、教授することおよび技術の追求と確立

安全を守る技術とは「患者の思いに近づく技術」「患者の了解を得る技術」であり、直接的に「事故」を防止する「確かな判断技術」「確かな予測の技術」「確かな観察技術」「確かな行為」を包含している。

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

### 今後の課題

本研究では、看護教員に必要な知識技術として「教育内容に関する知識技術」を明らかにしたが、看護教員が看護・医療事故を一専門領域とするためには、さらに「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。特に今回の結果からは「事故の体験からの学習」を明確にとらえ、その教育方法の開発の必要性が強く示唆された。

### 謝辞

本研究を推進する過程で、現職看護職者の面接調査を必要としたが、本調査にご協力いただいた看護婦の方々ならびに各施設の看護部長はじめご協力いただいた皆様に心から感謝申し上げます。また、医療事故事例の選択にあたり、貴重なご意見を賜った、鹿内清三先生に感謝申し上げます。

### F 健康危険情報

なし

### G 研究発表

- 1 論文発表
- 2 学会発表

### H 知的所有権の取得状況

- 1 特許取得

- 2 実用新案登録
- 3 その他

引用文献

- 1) 柳田邦男：医療事故の政府臨調を設けよー実態の真因分析からの緊急提言ー GENDAI 2000.9 p.55 - 56 1)
- 2) 特集／医療事故と看護 看護教育 40(10) 1999
- 3) 中野絹子、和賀徳子：卒業時の看護学生が行う看護擬術に潜む安全を阻害する要因 一点一滴をしている患者の寝衣交換を通してー 日本看護学教育学会雑誌 6(2) 1996
- 4) 唐國真由美他：成人看護学実習における医療事故防止のための取り組みーロールプレイング導入による学習効果ー Quarity Nursing 5(3) 1999
- 5) 野村明美：事故を教育の問題として捉えるー基礎教育の立場でできることー 看護管理 9(8) 1999
- 6) 海保浩之他：ヒューマン・エラーー誤りからみる人と社会の深層ー新曜社 p87 - 89
- 7) 李 啓充：市場原理に揺れるアメリカの医療 医学書院 p.73 - 83
- 8) Charles Vincent 他/安全学研究会訳：医療事故 ナカニシヤ出版 1998(原文出版 /1993) p4 - 5
- 9) 齊田トキ子他：看護事故発生要因 12 看護 Vol.45(1) (2) (3) (6) (11) (13)

参考文献は省略する。

本研究の研究組織

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

岩本郁子

内村美子

平賀元美

(以上、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)

## 表、圖、資料



表1 分析事例一覧

番号	筆者	事例	事例をとりあげているテーマ	雑誌・出版社名	出版・発行年
1	杉谷 藤子	学生(生徒)の医療事故事例と注意義務	看護教育における記録の問題 特集 今求められる学生への医療事故防止教育	看護教育	vol.41, No.2, 2000.
2	杉谷 藤子	移動時の骨折	看護教育における記録の問題 特集 今求められる学生への医療事故防止教育	看護教育	vol.41, No.2, 2000.
3	杉谷 藤子	新生児を熱湯で沐浴させた事例	看護教育における記録の問題 特集 今求められる学生への医療事故防止教育	看護教育	vol.41, No.2, 2000.
4	杉谷 藤子	転落	看護教育における記録の問題 特集 今求められる学生への医療事故防止教育	看護教育	vol.41, No.2, 2000.
5	杉谷 藤子	陣痛促進剤使用時の児の重度仮死	看護教育における記録の問題 特集 今求められる学生への医療事故防止教育	看護教育	vol.41, No.2, 2000.
6	杉谷 藤子	陣痛促進剤使用時の子宮破裂	看護教育における記録の問題 特集 今求められる学生への医療事故防止教育	看護教育	vol.41, No.2, 2000.
7	杉谷 藤子	陣痛促進剤使用時の児の重度仮死	看護教育における記録の問題 特集 今求められる学生への医療事故防止教育	看護教育	vol.41, No.2, 2000.
8	杉谷 藤子	陣痛促進剤使用時の子宮破裂	看護教育における記録の問題 特集 今求められる学生への医療事故防止教育	看護教育	vol.41, No.2, 2000.
9	杉谷 藤子	陣痛促進剤使用時の死産と子宮破裂	看護教育における記録の問題 特集 今求められる学生への医療事故防止教育	看護教育	vol.41, No.2, 2000.
10	油井 香代子	胎盤早期剥離を放置	特集 産科医療事故を防ぐために 産科医療事故被害者の考えていること	助産婦雑誌	vol.48, No.11, 1994.
11	油井 香代子	陣痛促進剤使用時の子宮破裂	特集 産科医療事故を防ぐために 産科医療事故被害者の考えていること	助産婦雑誌	vol.48, No.11, 1994.
12	油井 香代子	試験分娩時の重度仮死	特集 産科医療事故を防ぐために 産科医療事故被害者の考えていること	助産婦雑誌	vol.48, No.11, 1994.
13	渡辺 富雄	臍帯脱出による胎児死亡	特集 産科医療事故を防ぐために 産科医療事故総論 賠償科学の立場から助産婦に係わる過失の認否について	助産婦雑誌	vol.48, No.11, 1994.
14	渡辺 富雄	助産婦の観察不足による胎児死亡	特集 産科医療事故を防ぐために 産科医療事故総論 賠償科学の立場から助産婦に係わる過失の認否について	助産婦雑誌	vol.48, No.11, 1994.
15	渡辺 富雄	妊婦経過観察を看護婦に任せきりにしたことによる胎内死亡	特集 産科医療事故を防ぐために 産科医療事故総論 賠償科学の立場から助産婦に係わる過失の認否について	助産婦雑誌	vol.48, No.11, 1994.
16	渡辺 富雄	RH不適合による核黄疸・脳性麻痺が発症した例	特集 産科医療事故を防ぐために 産科医療事故総論 賠償科学の立場から助産婦に係わる過失の認否について	助産婦雑誌	vol.48, No.11, 1994.
17	渡辺 富雄	低酸素による重度仮死	特集 産科医療事故を防ぐために 産科医療事故総論 賠償科学の立場から助産婦に係わる過失の認否について	助産婦雑誌	vol.48, No.11, 1994.
18	渡辺 富雄	早期破水後の胎児死亡	特集 産科医療事故を防ぐために 産科医療事故総論 賠償科学の立場から助産婦に係わる過失の認否について	助産婦雑誌	vol.48, No.11, 1994.
19	渡辺 富雄	帝王切開既往の産婦の子宮破裂	特集 産科医療事故を防ぐために 産科医療事故総論 賠償科学の立場から助産婦に係わる過失の認否について	助産婦雑誌	vol.48, No.11, 1994.
20	渡辺 富雄	新生児の緑膿菌感染増悪	特集 産科医療事故を防ぐために 産科医療事故総論 賠償科学の立場から助産婦に係わる過失の認否について	助産婦雑誌	vol.48, No.11, 1994.
21	大伍マサヨ	患者間間違いの誤薬	リスクマネジメントの体制づくりと看護管理者の役割	看護展望	vol.24, No.10, 1999.
22	大伍マサヨ	思いこみと不注意により内服薬を渡し忘れる	リスクマネジメントの体制づくりと看護管理者の役割	看護展望	vol.24, No.10, 1999.
23	森 功	人工心肺の蛇腹のはずれ	リスクマネジメントにおける看護職の責	看護展望	vol.24, No.10, 1999.
24	森 功	挿管チューブの自己抜去	リスクマネジメントにおける看護職の責	看護展望	vol.24, No.10, 1999.
25	森 功	同姓同名の患者の取り違え	リスクマネジメントにおける看護職の責	看護展望	vol.24, No.10, 1999.
26	森 功	患者の取り違え	リスクマネジメントにおける看護職の責	看護展望	vol.24, No.10, 1999.
27	中村 栄子	シーツ交換時の尿道カテーテル抜去	特集 事故報告書の中から見えてきたもの 個、管理者、システムについて	看護教育	vol.40, No.10, 1999.
28	中村 栄子	インシュリンの単位間違い	特集 事故報告書の中から見えてきたもの 個、管理者、システムについて	看護教育	vol.40, No.10, 1999.
29	中村 栄子	採血管ラベル名違い	特集 事故報告書の中から見えてきたもの 個、管理者、システムについて	看護教育	vol.40, No.10, 1999.
30	中村 栄子	抗ガン剤倍量混入	特集 事故報告書の中から見えてきたもの 個、管理者、システムについて	看護教育	vol.40, No.10, 1999.
31	中村 栄子	手術説明書の名前間違い	特集 事故報告書の中から見えてきたもの 個、管理者、システムについて	看護教育	vol.40, No.10, 1999.
32	中村 栄子	看護助手が針金を刺す事故	特集 事故報告書の中から見えてきたもの 個、管理者、システムについて	看護教育	vol.40, No.10, 1999.
33	中村 栄子	転落	特集 事故報告書の中から見えてきたもの 個、管理者、システムについて	看護教育	vol.40, No.10, 1999.
34	中村 栄子	思いこみによる誤記	特集 事故報告書の中から見えてきたもの 個、管理者、システムについて	看護教育	vol.40, No.10, 1999.
35	中村 栄子	患者が廊下に倒れていた	特集 事故報告書の中から見えてきたもの 個、管理者、システムについて	看護教育	vol.40, No.10, 1999.

表1 分析事例一覧

番号	筆者	事例	事例をとりあげているテーマ	雑誌・出版社名	出版・発行年
36	中村 栄子	患者の洋服を汚した	特集 事故報告書の中から見えてきたもの 個、管理者、システムについて	看護教育	vol.40, No.10, 1999.
37	中村 栄子	インシュリン注射の重複施行	特集 事故報告書の中から見えてきたもの 個、管理者、システムについて	看護教育	vol.40, No.10, 1999.
38	中村 栄子	トレーに薬がなく、与薬済みと判断	特集 事故報告書の中から見えてきたもの 個、管理者、システムについて	看護教育	vol.40, No.10, 1999.
39	中村 栄子	尿の入ったガラス管を破損	特集 事故報告書の中から見えてきたもの 個、管理者、システムについて	看護教育	vol.40, No.10, 1999.
40	中村 栄子	同室の同姓の患者へ与薬間違い	特集 事故報告書の中から見えてきたもの 個、管理者、システムについて	看護教育	vol.40, No.10, 1999.
41	中村 栄子	同姓患者のカルテの出し間違い	特集 事故報告書の中から見えてきたもの 個、管理者、システムについて	看護教育	vol.40, No.10, 1999.
42	外山 和枝	患者の不在	夜勤時の事故への対策	看護技術	vol.42, No.12, 1996.
43	外山 和枝	ベットからの転落	夜勤時の事故への対策	看護技術	vol.42, No.12, 1996.
44	外山 和枝	患者の自殺未遂	夜勤時の事故への対策	看護技術	vol.42, No.12, 1996.
45	外山 和枝	トイレに歩行して行くときの気分不良	夜勤時の事故への対策	看護技術	vol.42, No.12, 1996.
46	木村 美智子	観察不足による褥創	事故防止に関する授業の展開 私の授業体験を中心として	看護教育	vol.34, No.2, 1993.
47	島中 浩吉 他	電話による中断のための誤薬	インシデントレポート報告制度の導入にあたっての問題点とその方策案	日本赤十字社 幹部看護婦研 修所紀要	No.14, 1999.
48	島中 浩吉 他	二重の与薬	インシデントレポート報告制度の導入にあたっての問題点とその方策案	日本赤十字社 幹部看護婦研 修所紀要	No.14, 1999.
49	島中 浩吉 他	絶食患者へのインシュリン注射	インシデントレポート報告制度の導入にあたっての問題点とその方策案	日本赤十字社 幹部看護婦研 修所紀要	No.14, 1999.
50	島中 浩吉 他	薬の渡し忘れ(誤薬のニアミス)	インシデントレポート報告制度の導入にあたっての問題点とその方策案	日本赤十字社 幹部看護婦研 修所紀要	No.14, 1999.
51	島中 浩吉 他	検査を患者一人でいったことによる未検査	インシデントレポート報告制度の導入にあたっての問題点とその方策案	日本赤十字社 幹部看護婦研 修所紀要	No.14, 1999.
52	島中 浩吉 他	抗生剤倍量混入	インシデントレポート報告制度の導入にあたっての問題点とその方策案	日本赤十字社 幹部看護婦研 修所紀要	No.14, 1999.
53	島中 浩吉 他	手術台からの転落	インシデントレポート報告制度の導入にあたっての問題点とその方策案	日本赤十字社 幹部看護婦研 修所紀要	No.14, 1999.
54	島中 浩吉 他	指示量の誤り	インシデントレポート報告制度の導入にあたっての問題点とその方策案	日本赤十字社 幹部看護婦研 修所紀要	No.14, 1999.
55	島中 浩吉 他	側管中のクレンメの開け忘れ	インシデントレポート報告制度の導入にあたっての問題点とその方策案	日本赤十字社 幹部看護婦研 修所紀要	No.14, 1999.
56	島中 浩吉 他	患者の性別の間違い	インシデントレポート報告制度の導入にあたっての問題点とその方策案	日本赤十字社 幹部看護婦研 修所紀要	No.14, 1999.
57	島中 浩吉 他	プレメド時間の未確認	インシデントレポート報告制度の導入にあたっての問題点とその方策案	日本赤十字社 幹部看護婦研 修所紀要	No.14, 1999.
58	島中 浩吉 他	検査食の時間遅れ	インシデントレポート報告制度の導入にあたっての問題点とその方策案	日本赤十字社 幹部看護婦研 修所紀要	No.14, 1999.
59	島中 浩吉 他	術前患者の騒音による不眠	インシデントレポート報告制度の導入にあたっての問題点とその方策案	日本赤十字社 幹部看護婦研 修所紀要	No.14, 1999.
60	小島 照子 他	牽引中の絆創膏のずれを放置	看護の安全性に関する教育について —医療訴訟判例から考える—	三重大医短部 紀要	vol.4, 1995.
61	小島 照子 他	吐血による窒息死	看護の安全性に関する教育について —医療訴訟判例から考える—	三重大医短部 紀要	vol.4, 1995.
62	小島 照子 他	手術後の患児が高熱をだし死亡	看護の安全性に関する教育について —医療訴訟判例から考える—	三重大医短部 紀要	vol.4, 1995.
63	小島 照子 他	胆嚢造影によるショック死	看護の安全性に関する教育について —医療訴訟判例から考える—	三重大医短部 紀要	vol.4, 1995.
64	小島 照子 他	ピリン禁の患者のショック死	看護の安全性に関する教育について —医療訴訟判例から考える—	三重大医短部 紀要	vol.4, 1995.
65	小島 照子 他	インターフォンの故障	看護の安全性に関する教育について —医療訴訟判例から考える—	三重大医短部 紀要	vol.4, 1995.
66	小島 照子 他	外出中の自殺	看護の安全性に関する教育について —医療訴訟判例から考える—	三重大医短部 紀要	vol.4, 1995.
67	石井トク	先天性風疹症候群児出生事件	周産期医療事故総論	助産婦雑誌	vol.54, No.3, 2000.
68	石井トク	陣痛促進剤使用時の児の重度仮死	周産期医療事故総論	助産婦雑誌	vol.54, No.3, 2000.
69	石井トク	会陰切開による感染と肛門括約筋断	周産期医療事故総論	助産婦雑誌	vol.54, No.3, 2000.

表1 分析事例一覽

番号	筆者	事例	事例をとりあげているテーマ	雑誌・出版社名	出版・発行年
70	石井トク	新生児の観察と保健指導に対する注意義務違反	周産期医療事故総論	助産婦雑誌	vol.54, No.3, 2000.
71	佐藤 洋子	ベットからの転落	転倒と転落、どこまでがナースの責任か	Nursing Today	vol.15, No.9, 2000.
72	高橋知子、川村治子	ペインコントロール患者の転倒	多様な背景要因から転倒・転落を予測する	Nursing Today	vol.15, No.9, 2000.
73	高橋知子、川村治子	リハビリ中の患者のトイレでの転倒	多様な背景要因から転倒・転落を予測する	Nursing Today	vol.15, No.9, 2000.
74	高橋知子、川村治子	車椅子での排泄介助時の転倒	多様な背景要因から転倒・転落を予測する	Nursing Today	vol.15, No.9, 2000.
75	高橋知子、川村治子	車椅子での排泄介助時の転倒	多様な背景要因から転倒・転落を予測する	Nursing Today	vol.15, No.9, 2000.
76	高橋知子、川村治子	手術中のベットからの転落	多様な背景要因から転倒・転落を予測する	Nursing Today	vol.15, No.9, 2000.
77	高橋知子、川村治子	検査時ベットからの転落	多様な背景要因から転倒・転落を予測する	Nursing Today	vol.15, No.9, 2000.
78	高橋知子、川村治子	雨水による転倒	多様な背景要因から転倒・転落を予測する	Nursing Today	vol.15, No.9, 2000.
79	高橋知子、川村治子	スリッパのつまずきによる転倒	多様な背景要因から転倒・転落を予測する	Nursing Today	vol.15, No.9, 2000.
80	高橋知子、川村治子	下痢便排泄による転倒	多様な背景要因から転倒・転落を予測する	Nursing Today	vol.15, No.9, 2000.
81	猪俣さとみ	精神科患者の自傷事故	精神科における医療事故と看護婦の責	精神科看護	No.51,1995.
82	猪俣さとみ	精神科患者の自傷事故	精神科における医療事故と看護婦の責	精神科看護	No.51,1995.
83	猪俣さとみ	精神科患者の許可外出時の自殺	精神科における医療事故と看護婦の責	精神科看護	No.51,1995.
84	猪俣さとみ	精神科患者の自殺	精神科における医療事故と看護婦の責	精神科看護	No.51,1995.
85	猪俣さとみ	精神科患者の自殺	精神科における医療事故と看護婦の責	精神科看護	No.51,1995.
86	猪俣さとみ	精神科患者の自殺	精神科における医療事故と看護婦の責	精神科看護	No.51,1995.
87	猪俣さとみ	精神科患者のリクレーション時の自	精神科における医療事故と看護婦の責	精神科看護	No.51,1995.
88	猪俣さとみ	精神科患者の殺人	精神科における医療事故と看護婦の責	精神科看護	No.51,1995.
89	猪俣さとみ	精神科患者の殺人	精神科における医療事故と看護婦の責	精神科看護	No.51,1995.
90	猪俣さとみ	精神科における看護人の暴行	精神科における医療事故と看護婦の責	精神科看護	No.51,1995.
91	浅野としえ	転倒事故で頸椎損傷になったS氏 不十分な監視体制下の突然の分娩による児の頭蓋内出血	特集:「事故報告書」の生かし方—リスクマネジメントとケアの質向上へ 事例検討することで教訓を引き出し共有化 授業活性化のワザとコツ 医療事故判例を使用した授業の試み	Nursing Today 看護展望	vol.15, No.2, 2000. vol.24, No.10, 1999.
92	良村貞子				
93	石井トク監 修・作	気管支炎で入院中の乳児の死亡	医療事故と看護の責任	Expert Nurse	vol.16, No.10, 2000.
94	石井トク監 修・作	出産直後の多量出血で死亡した産婦	医療事故と看護の責任	Expert Nurse	vol.16, No.8, 2000.
95	石井トク監 修・作	重症新生児の入院中におけるMRSA感染	医療事故と看護の責任	Expert Nurse	vol.16, No.9, 2000.
96	石井トク監 修・作	下顎骨形成手術を受けた患者の死亡	医療事故と看護の責任	Expert Nurse	vol.14, No.10, 1998.
97	石井トク監 修・作	手術直後に鎮咳去痰剤が経口投与された二歳児の死亡	医療事故と看護の責任	Expert Nurse	vol.16, No.7, 1998.
98	石井トク監 修・作	分娩経過の観察と胎児死亡	医療事故と看護の責任	Expert Nurse	vol.14, No.11, 1998.
99	石井トク監 修・作	窓からの転落死	医療事故と看護の責任	Expert Nurse	vol.13, No.9, 1997.
100	石井トク監 修・作	乳児の脳障害と乳児突然死症候群(SIDS)	医療事故と看護の責任	Expert Nurse	vol.14, No.7, 1998.
101	石井トク監 修・作	鬱病患者の抑制帯による自殺	医療事故と看護の責任	Expert Nurse	vol.14, No.1, 1998.
102	石井トク監 修・作	滅菌消毒剤の点滴による患者死亡	医療事故と看護の責任	Expert Nurse	vol.15, No.7, 1999.
103	深谷 翼	分娩監視装置による観察の適否	判例にみる看護過誤	看護	vol.47, No.7, 1995.
104	深谷 翼	高圧酸素治療室内での(輸液)事故	判例にみる看護過誤	看護	vol.47, No.8, 1995.
105	深谷 翼	看護婦の静脈注射事故	判例にみる看護過誤	看護	vol.47, No.12, 1995.
106	深谷 翼	入院患者の自殺と看護上の過誤の有	判例にみる看護過誤	看護	vol.47, No.13, 1995.
107	深谷 翼	心・呼吸停止と蘇生措置の適否	判例にみる看護過誤	看護	vol.47, No.11, 1995.
108	深谷 翼	人工呼吸器の接続不備による入院患児の死亡事故	判例にみる看護過誤	看護	vol.47, No.8, 1995.
109	深谷 翼	早産未熟児の無呼吸発作による死亡事故	判例にみる看護過誤	看護	vol.47, No.15, 1995.
110	深谷 翼	硬膜外血腫による死亡と経過観察の適否	判例にみる看護過誤	看護	vol.48, No.2, 1996.
111	深谷 翼	麻酔担当看護婦の過失の有無	判例にみる看護過誤	看護	vol.48, No.8, 1996.
112	深谷 翼	脳出血で入院中の患者の病室の窓からの転落死亡事故	判例にみる看護過誤	看護	vol.48, No.13, 1996.
113	深谷 翼	3歳児がベットから転落死	判例にみる看護過誤	看護	vol.48, No.1, 1996.
114	石井トク監 修・作	新生児をうつぶせ寝させることによつておきた窒息事故	医療事故と看護の責任	Expert Nurse	vol.15, No.14, 1999.
115	深谷 翼	妊娠の子宮破裂による失血死	判例にみる看護過誤	看護	vol.15, No.10, 1999.
116	深谷 翼	看護婦の血圧測定と過誤の有無	判例にみる看護過誤	看護	vol.15, No.9, 1999.

表1 分析事例一覧

番号	筆者	事例	事例をとりあげているテーマ	雑誌・出版社名	出版・発行年
117	深谷 翼	新生児の核黄疸による脳性小児麻痺と助産婦の責任	判例にみる看護過誤	看護	vol.49, No.15, 1999.
118	深谷 翼	胃腸管出血による気道閉塞における窒息死	判例にみる看護過誤	看護	vol.49, No.1, 1997.
119	深谷 翼	麻疹で入院後肺炎を合併して心不全	判例にみる看護過誤	看護	vol.49, No.3, 1997.
120	深谷 翼	カニューレの装着とその管理の適否	判例にみる看護過誤	看護	vol.49, No.8, 1997.
121	深谷 翼	高齢入院患者のベットからの転落死亡事故	判例にみる看護過誤	看護	vol.49, No.6, 1997.
122	深谷 翼	入院患者の褥創と看護婦の責任	判例にみる看護過誤	看護	vol.49, No.9, 1997.
123	深谷 翼	入院中の精神分裂病患者の院外散歩中の無断離院時の殺人	判例にみる看護過誤	看護	vol.49, No.12, 1997.
124	深谷 翼	虫垂炎手術時の麻酔事故	判例にみる看護過誤	看護	vol.49, No.13, 1997.
125	深谷 翼	心内修復術後の患者管理の適否	判例にみる看護過誤	看護	vol.50, No.2, 1998.
126	深谷 翼	乳児のうつぶせ寝保育中の窒息死	判例にみる看護過誤	看護	vol.50, No.1, 1998.
127	深谷 翼	看護婦の採血行為と前腕皮神経損傷	判例にみる看護過誤	看護	vol.49, No.10, 1997.
128	深谷 翼	入院中患児の脱水症による死亡事故	判例にみる看護過誤	看護	vol.50, No.3, 1998.
129	深谷 翼	閉鎖病棟に収容中の精神分裂病患者の時間開放許可中の自殺	判例にみる看護過誤	看護	vol.50, No.5, 1998.
130	深谷 翼	褥創事故と損害賠償責任	判例にみる看護過誤	看護	vol.50, No.6, 1998.
131	深谷 翼	新生児の緑膿菌感染	判例にみる看護過誤	看護	vol.50, No.11, 1998.
132	深谷 翼	常位胎盤早期剥離による胎児の死亡と経過観察の適否	判例にみる看護過誤	看護	vol.51, No.1, 1999.
133	深谷 翼	アキレス腱縫合手術後の足指壊死	判例にみる看護過誤	看護	vol.51, No.6, 1999.
134	深谷 翼	気管支喘息患者の治療中の死亡事	判例にみる看護過誤	看護	vol.51, No.1, 1999.
135	深谷 翼	新生児をうつぶせ寝させることによつておきた窒息事故	判例にみる看護過誤	看護	vol.51, No.5, 1999.
136	深谷 翼	出生児の頭蓋内出血と出産介助助産婦の責任	判例にみる看護過誤	看護	vol.51, No.15, 1999.
137	深谷 翼	インターフォンの機能不備による事故	判例にみる看護過誤	看護	vol.50, No.8, 1998.
138	深谷 翼	反射性交感神経性胃栄養症罹患と看護婦の注射行為の過失の有無	判例にみる看護過誤	看護	vol.52, No.5, 2000.
139	深谷 翼	精神病院入院患者の急死と経過観察の適否	判例にみる看護過誤	看護	vol.52, No.6, 2000.
140	深谷 翼	麻酔の事後管理の適否	判例にみる看護過誤	看護	vol.52, No.7, 2000.
141	深谷 翼	陣痛促進剤投与中の分娩監視の適	判例にみる看護過誤	看護	vol.52, No.10, 2000.
142	深谷 翼	入院患児の入浴中の発作溺死事故	判例にみる看護過誤	看護	vol.52, No.11, 2000.
143	編集部	褥創をめぐる過失の責任	医療事故と看護の責任	Expert Nurse	vol.14, No.10, 1998.
144	編集部	心筋炎と脱水の誤診	医療事故と看護の責任	Expert Nurse	vol.14, No.14, 1998.
145	編集部	別の患者の点滴を実施	医療事故と看護の責任	Expert Nurse	vol.14, No.14, 1998.
146	編集部	点滴用ルートにミルクを誤注入	医療事故と看護の責任	Expert Nurse	vol.14, No.14, 1998.
147	編集部	手術中酸素のバルブを誤って閉めた	医療事故と看護の責任	Expert Nurse	vol.14, No.14, 1998.
148	編集部	心電図アラームを切り、女児死亡	医療事故と看護の責任	Expert Nurse	vol.14, No.14, 1998.
150	編集部	栄養チューブの自然抜去による誤嚥	医療事故が起きたその時あなたは	Expert Nurse	vol.14, No.14, 1998.
151	編集部	点滴ルートに経管栄養を接続した事	医療事故が起きたその時あなたは	Expert Nurse	vol.14, No.14, 1998.
152	編集部	抗生剤テストを施行せず点滴実施	医療事故が起きたその時あなたは	Expert Nurse	vol.14, No.14, 1998.
153	編集部	利尿剤を誤薬	医療事故が起きたその時あなたは	Expert Nurse	vol.14, No.14, 1998.
154	編集部	ベットからの転落	医療事故が起きたその時あなたは	Expert Nurse	vol.14, No.10, 1998.
155	杉谷 藤子	誤薬	医療事故と看護記録	看護	vol.52, No.7, 2000.
156	杉谷 藤子	誤薬	医療事故と看護記録	看護	vol.52, No.7, 2000.
157	塚本 泰	採血時空気を挿入	医療事故はなぜ起こった?	Expert Nurse	vol.14, No.14, 1998.
158	塚本 泰	電気メスによる熱傷	医療事故はなぜ起こった?	Expert Nurse	vol.14, No.14, 1998.
159	塚本 泰	高圧酸素治療室内での(輸液)事故	医療事故はなぜ起こった?	Expert Nurse	vol.14, No.14, 1998.
160	塚本 泰	全身麻酔後に湯たんぽによる熱傷	医療事故はなぜ起こった?	Expert Nurse	vol.14, No.14, 1998.
161	山口美代子	針刺し事故	「あつ針刺し」私たちのヒヤリ体験	Expert Nurse	vol.13, No.11, 1997.
162	高井今日子 他	歩行障害をもった見当識障害患者の度重なる転倒	私たちの悩みと取り組み	Nursing Today	vol.15, No.9, 2000.
163	高井今日子 他	塩酸モルヒネを多量使用中のターミナル期患者の転倒	私たちの悩みと取り組み	Nursing Today	vol.15, No.9, 2000.
164	高井今日子 他	痴呆・不穩のある高齢患者の転倒	私たちの悩みと取り組み	Nursing Today	vol.15, No.9, 2000.
165	高井今日子 他	催眠鎮静剤使用中の患者の転落	私たちの悩みと取り組み	Nursing Today	vol.15, No.9, 2000.
166	高波澄子	安静にできないための結核の増悪	看護業務の検討 医療(看護)過誤裁判例の考察から	看護管理	vol.8, No.2, 1998.
167	高波澄子	観察不足による転倒後の死亡	看護業務の検討 医療(看護)過誤裁判例の考察から	看護管理	vol.8, No.2, 1998.
168	高波澄子	鼻出血による死亡	看護業務の検討 医療(看護)過誤裁判例の考察から	看護管理	vol.8, No.2, 1998.
169	高波澄子	術後患者の管理過誤	術後患者を管理する看護婦の責任 医療(看護)過誤裁判例の考察から	看護管理	vol.8, No.3, 1998.
170	高波澄子	腰椎麻酔後のショック死	術後患者を管理する看護婦の責任 医療(看護)過誤裁判例の考察から	看護管理	vol.8, No.3, 1998.
171	高波澄子	帝王切開後の出血死	術後患者を管理する看護婦の責任 医療(看護)過誤裁判例の考察から	看護管理	vol.8, No.3, 1998.

表1 分析事例一覧

番号	筆者	事例	事例をとりあげているテーマ	雑誌・出版社名	出版・発行年
172	高波澄子	子宮筋腫摘出術中の死亡	「医療行為の代行」と医師の指示への対処の仕方	看護管理	vol.8, No.4, 1998.
173	高波澄子	入院中の脳動脈瘤破裂による脳出血	「医療行為の代行」と医師の指示への対処の仕方	看護管理	vol.8, No.4, 1998.
174	高波澄子	人工呼吸器の接続不備による入院患児の死亡事故	結果の予見と安全確認	看護管理	vol.8, No.5, 1998.
175	高波澄子	3歳児がベットから転落死	結果の予見と安全確認	看護管理	vol.8, No.5, 1998.
176	高波澄子	人工呼吸器の観察不足	結果の予見と安全確認	看護管理	vol.8, No.5, 1998.
177	高波澄子	褥創予防に法的義務を認めなかった事例	看護業務に対する評価の変化	看護管理	vol.8, No6., 1998.
178	高波澄子	褥創予防の注意義務を明確化した事	看護業務に対する評価の変化	看護管理	vol.8, No6., 1998.
179	高波澄子	ベットからの転落	患者の「適切な看護を受ける期待」に応える	看護管理	vol.8, No7, 1998.
180	編集部	薬剤の取り違え	「ナースの責任」を問われた最近の事故報道からみえてくるもの	ナース専科	No6, 1999.
181	木下 安子	体重計からの転落	看護事故はなぜ起きたか 母子の安全を守る	ゆるみ出版	1985
182	木下 安子	抑制帯による窒息死	看護事故はなぜ起きたか 母子の安全を守る	ゆるみ出版	1985
183	高田 利廣	抑制帯による窒息死	看護の安全性と法的責任	日本看護協会出版会	1976
184	高田 利廣	診察台からの転落	看護の安全性と法的責任	日本看護協会出版会	1976
185	高田 利廣	検査台からの転落	看護の安全性と法的責任	日本看護協会出版会	1976
186	高田 利廣	許可外出時の自殺	看護の安全性と法的責任	日本看護協会出版会	1976
187	リスクマネジメント検討委員会	誤薬	組織でとりくむ医療事故防止	日本看護協会出版会	2000
188	リスクマネジメント検討委員会	誤薬	組織でとりくむ医療事故防止	日本看護協会出版会	2000
189		3歳児がベットから転落死		判例時報	1536号
190		帝王切開手術適応事例の経膈分娩による脳障害		判例時報	1550号
191		RH不適合による核黄疸・脳性麻痺が発症した例		判例時報	1285号

表2. 看護・医療事故の構造

「事故」の原因	サブカテゴリー	「事故」の内容
判断の誤り	<p>判断時期を見過ごす (転機を見過ごす) 判断の時期をのぼす</p>	<p>正常から異常に変わる転機の 見落とし 正常から異常に変わる転機の つかみ方の未熟 大丈夫の経験がある 失敗の経験がない</p>
判断をしない	<p>他者の判断を鵜呑みにする 自らの判断をしない 思いこみ 権威者の判断に依存する</p>	<p>そうしていない人もいるのに「みんなこうしている」といわれ て、同じようにする。 危険と気づきながら言われたとおりにシーツ交換中は児を体 重計に乗せている。 痛みをラミナリアの痛みと思いきみ観察せず、子宮破裂をお こしている。 医師の「ラミナリア挿入のための痛み」をいつまでもそう思っ ている。</p>
予測の誤り	<p>安全だと思いきも偏った予測</p>	<p>経験に依存した原因の予測を する 産婦の個別性を無視し、どの分娩も痛いものだ、出血はある もの等経過の的確な判断を予測する。 心音低下原因を確かめず、酸素吸入をしている。 患者の観察の必要性は理解しているのに、患者から離れて ガ一ゼを片づけている。行動がパターン化している。</p>
予測をしない	<p>自分の行動の結果を考えない 患者の行動の予測をしない</p>	<p>児を裸のまま体重計に乗せている。 不備な抑制帯を使用することの危険性 知識のない人に列ステル胎児圧出法をさせている ペインコントロール開始になった際にふらつきがあることを 説明していない。 裸の児は不安で泣き、動き体重計は危険である。 3歳児の人と遊びたい、興味があれば行動することを予測し ていない。児の後追いを予測していない。 ペインコントロール開始になり、転倒の危険がある。トイレに 自分で行くという患者の行動を予測せずに転倒 尿量を増やすような治療をしているのであるから、患者の行 動は予測できるはずである。 モニター類のアラームには機械の故障と患者の異常がある が、機械の故障とおもい、アラームを切る。患者を直接観察 せず、アラームがなければ異常でないとおもう。</p>
観察を誤る	<p>核心にふれられない表面的な観 察</p>	<p>患者に情報を提供していない 患者の情報不足 人間の反応に対する予測をし ない 治療の結果に対する反応の予 測不足 患者に触れて確認行為をしな い</p>

表2. 看護・医療事故の構造

「事故」の原因	サブカテゴリー	「事故」の内容
観察をしない	患者の示す危険のサインを無視する	「ひどく苦しむ」痛みを訴えているにもかかわらず、患者に触れて観察をしていない。 経管栄養のチューブを静脈ルートにつないで、すぐ気がついたが、クレンメをあげるときには気づいていない。 患者に「飲むの？」ときかれてはいるのに、自信をもって誤った与薬をしている 患者の疼痛の訴えがあつたにもかかわらず、同一部位に注射をしている。 痛みをラミナリアの痛みと思ひこみ観察せず、子宮破裂をおこしている。
	何も起こらなかったことに価値をおかない	何もおきないことを予測して、観察しない アラーム音に対して、確認行為をおこさず、「またか、わかっている」という対応をする。 医師へ連絡するとき、その後「何もなくてよかった」ではなく、「何も無いのに連絡した」となり何も起こらないように観察することをおこなうかあつたとき対処するために観察している。
	確認のための看護婦間のコミュニケーション不足	リーダー業務の内容を新人の看護婦が行っているのを黙っている。 消毒液入りの沐浴槽をお湯がためたためと思ひこんで、確認せずに沐浴をしている。又、消毒中であることの提示がない。 分娩経過を知り尽くしているという過信がある 墜落分娩になるまで観察しない、産婦のそばにいない。 自分が準備しなかつたため、経管栄養という認識がうすく注意して観察しない。 お湯を入れた人と、沐浴する人が異なっている
	複数の事象を関連づけて観察しない	耳漏と発熱が関連づけて考えられていない。
	いつもと異なる変化についての注意不足 行為後の患者の反応を確認しない・確かめない	体重測定前から泣いているのに、注意をしていない 人工呼吸器装着患者の清拭後の観察をしていない。アラームで異常に気がついている。 再装着後、40分患者を観察していない 再装着時に設定の確認が不十分である。 入浴後の再装着時に接続部がゆるんでいた。 人工呼吸器の正しい取り扱い方
行為の誤り	行為の未熟 正しい行為の方法を知らない 危険の回避のために看護婦が手を出せる距離にいない	患者を体重計に寝かせたままシーツを交換している。手が届く距離や身体の向け方でない。 患者を体重計に寝かせたままシーツを交換している。このときは「注意して」いてもシーツを見ていることになる。
	行為に危険回避行動が欠如している 行為時の視野狭窄	患者が視野・意識内にならない

表2. 看護・医療事故の構造

「事故」の原因	サブカテゴリ	「事故」の内容
		同室にいたにも関わらず、緊急入院の患者に注意が向いていない。
手元が狂う	筋肉運動の誤り 動作が類似しているために間違える	使用した針にキヤップはしないが、その針の処理をボトルに刺すというリキヤップとおなじような行為で代償しようとしたために、誤って刺した。
似た動作と間違える 対象物を間違える	方法、テクニックには誤りはないが、行為を行う対象を誤っている	自分で準備したものでない栄養剤を、輸液ルートに接続し流し始めた。 採取した検体を誤ったスピッツにいれる
行為の組合せ方の誤り 行為選択の誤り	適切な援助を選択できない	抗生剤混入時、二本あった点滴瓶の二本にそれぞれの抗生剤を両方いれてしまった。 体重測定とシーツ交換は同時にする看護基準ではないのに同時にしている。
事後の対処の誤り 誰かへの行為へ依存	おこしたミス・事故に対する対処の不適切さ (スイッチ)の入れ忘れ	転落後の処置 褥創を予防するための援助を選択していない。 墜落分娩後、母親と看護助手の間で見のやりとりをしている。
原則通りの行為をしない	行為の省略	看護婦3人のうち、誰が呼吸器のアラームを切ったかは不明確である。同時に誰かがスイッチをいれるものと思ってスイッチを入れている、責任の所在を確認する行為をしていない 準備した人が実施するというルールが守られていない 消毒を行った看護婦が、消毒中であることを他者に示していない 与薬時に確認行為をしていない 与薬の原則である確認行為が抗ガン剤の混入の場面ではなされていない。
行為が完了していない	行為の代行行為への依存	1薬剤、1トレイの原則が守られていない。 実施サインを確認すべきことを、口頭で確認している。 消毒液入りの沐浴槽をお湯がためてあると思いいこんで、確認せずに沐浴をしている。 安全柵を途中までしかあげていない。 患者と散歩時役割分担ができていない。
専門分化していない看護業務	看護の専門性の未分化 看護の範囲をこえた行 他職種の実務の未分化 他職種との連携の不十分さ	「中耳炎」と看護婦が診断している 抗ガン剤のミキシングを看護婦が行っている 点滴の刺入は医師が行うべきことであるが看護婦がおこなっている 看護婦が看護教員と学生にまかせてその場にいなかった 医師との相談システムがない



表2. 看護・医療事故の構造

「事故」の原因	サブカテゴリー	「事故」の内容
		<p>医師の患者についての判断が看護婦に伝えられていない (逆もある) 他の看護婦がすべき薬の照合を昼食帯におこなっている 本来リダーが行う業務をメンバーがこなしている 「助け合う」と「ルールを守る、原則を守る」ことをスタッフが混同している</p>
看護の原則の軽視又は無視	<p>私の担当でない業務を行う 妙な助け合い 看護の原則が実施されていない 看護の原則が守られていない 通常行われていること、病棟のきまりが実施されない</p>	<p>全身の抑制に帯状のものを使用している 抑制帯の固定位置が不適切 薬剤(鎮痛、鎮静、睡眠剤)を使用している患者に対する観察と安全を守るための援助がなされていない 伝票での確認をしていない 一薬剤、1トレー、一人ずつの原則が守られていない 実施者が確認するという手順が守られていなかった 基準通りに観察されていない 人工呼吸器を装着せず手動で呼吸させていた 体重計とそれをのせるワゴンの大きさがあわない(小さすぎ)</p>
誰か他者への依存	<p>不確かさの放置 責任所在の不明確 業務分担の不明確 職員配置の不明確 原因追及の甘さ 突発事の対処の不明確さ</p>	<p>入浴後アラームの確認を誰がするのか不明 3人の看護婦で入浴させているが責任者は誰か不明確 複数でかわり、看護婦の責任の所在が不明確 与業務の分担が不明確 与業務内容によって分担が異なっている一複雑 看護婦と看護教員の指導上の役割が明確でない 離院する可能性を考えた人員配置がなされていない 人工呼吸器が外れた原因が不明 夜間排尿について患者にどの様に説明し、了解したのか不明 転倒時医師の診察を受ける対応をしていない</p>
意識されている危険の放置	<p>安全だと思いたい (安全だと思う方向へ流れる思考) 何時もそうしているという習慣の優先 放置することに違和感をもたない雰囲気</p>	<p>抑制帯をしていれば大丈夫だという先入観があり注意が私にわたらない 分娩管理装置を過信し実際の観察を軽視している 二つの行為を一人の看護婦が実施することが習慣となっていた 患者の異常行為に気づいても放置する習慣が以前にもあった</p>

表2. 看護・医療事故の構造

「事故」の原因	サブカテゴリ	「事故」の内容
物がもたらす危険に関する管理の未熟	危険を導く環境	<p>故障している柵を使用することによる違和感をもたない雰囲気抑制帯の紐が取れているのにそのまま使用しているベッド柵がおりていて、看護者が放置している異常に気づいてもすぐに対処していない（インターフォンで呼ばれてもすぐに行かない）という雰囲気がある）</p> <p>新生児室からNICUが見えない位置関係にある保護室が常時観察できる設計になっていない</p> <p>産婦が大声を出しても聞こえない構造</p> <p>ガラス越しでのやりとりで確認し合わない</p> <p>病室が狭く、体重計や床頭台での作業がしにくい</p>
ものがもたらす危険	<p>看護婦から見えない（見えにくい）環境</p> <p>患者が見えない環境</p> <p>患者の声、物音が聞こえない環境</p> <p>看護婦が自由に動けない環境</p> <p>病棟の構造・設備 物品の配置</p> <p>部屋の構造・設備</p> <p>物品の不足（必要量ない）</p>	<p>必要数のトレイが置かれていなかった</p> <p>小児病棟に体重計が一台しかない</p> <p>褥そう予防のためのベッド、分圧マット、エアーマット等の設備がない</p> <p>救急処置時に必要な点検がなされていない</p>
問題（危険）の存在と識別に関する能力の不足	<p>間違い易さの放置</p> <p>間違いやすい色、容器、配列</p> <p>必要なものが一塊りになっていない</p> <p>同じものが違うものに見える</p> <p>管理者の現状把握の不足（何が起きているかわかっていない）</p>	<p>人工呼吸器装着時のケアのマニュアルがなかった</p> <p>腰椎麻酔で手術を受ける患者の看護についてマニュアルが</p> <p>沐浴槽が消毒中であることを表示がなかった</p> <p>沐浴槽に用いた消毒薬が無色透明で水と同じ</p> <p>同じ容器の者が同じ棚に並んでいる</p> <p>入院患者と退院患者の内服薬が区別されて置かれていない</p> <p>2つのルートの違いが一目でわからない</p> <p>薬が処方箋に合わせて一人づつ置かれていない</p> <p>退院指導用のパンフレットと一緒に内服薬の準備がなされていない</p> <p>経管栄養のルートと点滴のルートが同じコネクタで接続で環境把握が不十分（網戸がない、小児病棟において建物の外側に柵が踊り場が設置されていない）</p> <p>看護の現状を管理者が把握していない</p>

表2. 看護・医療事故の構造

「事故」の原因	サブカテゴリー	「事故」の内容
	管理者の気づき、力量の不足	小児病棟におけるベッド配置の重要性について認識不足 患者の訴えに対して看護婦が十分な対処をしたのか確認していない 急変があった時、たの患者へのケアの提供が怠らないような 対処のあり方が管理者として考えられていない 注射の刺入を看護婦がするという業務内容を放置している 除去した針をビニール袋に入れることになっていない 感染症の針をポットに刺すようになっていない インターホンの点検がなされていない 感染予防に関する新しい知識を入手するための努力をして いない 同様の事故が多発している状況をスタッフに周知させていない 新しい看護方法を選択するための教育がなされていない 本来のきまり通りのオリエンテーションがなされていない 緊急時の連絡を含めた処置のトレーニングが日頃から行わ れていない
スタッフ教育の不十分さ	不適切なマニュアルの放置 内容が不適切 実践との不 一致の放置 定期的チェックシステムの欠 新しい、必要な知識・情報の提 供不足 教育がなされていない ・安全を守るための教育 ・新人教育・再就職教育・緊 急時ケア	2つの内容(血圧測定とリネン交換)を一度でするようにオリ エンテーションされていた 経管栄養について準備したひとが行うというルールがあった にもかかわらず守られていない 操作手順を決められたところに置いていない 麻酔中、患者の側を離れないような業務分担であったが実施 されていない分担であったが実施されていない 前勤務者の申し送りを聞く前に、しなければならぬ業務が 準備されている 深夜帯に分娩第1期の援助ができる勤務体制ではない 昼食時看護婦の数が少ないときの勤務体制に無理がある 深夜勤に一人の看護婦が10名の新生児および重症新生児 を看護している 看護業務量と看護力のバランスを考慮した人員配置がなさ れていない 児の出生から挿管まで10分も要している。医師待機など新 生児の処置を行う体制がない 助産婦一人の体制で救急時に対処している
効率が優先された勤務体制	勤務者数と業務内容が妥当で ない 一人で多量の業務 二人でなく一人でする 規定されている勤務時間外 で業務を行う 勤務者数の少ない時間帯の業 務内容	緊急時の体制の不備
安全づくりに対する低い共同意識	危険性への意識の低さ(感覚 の鈍磨)	危険を犯すことへの意識の低 さ

表2. 看護・医療事故の構造

「事故」の原因	サブカテゴリー	「事故」の内容
	<p>抑制帯の不備を放置している 「人工呼吸器は外れるんだ」という認識にたっていない 流れ作業といわれることが日常行われている 効率を重視して流れ作業になっている 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 看護婦は抑制帯の不備に気づきながら他のスタッフに情報を提供していない</p> <p>注射した看護婦は患者の身体に異常をきたした由を報告していない 出血測定を外回り看護婦でなく、血圧測定看護婦が行っている</p> <p>アラームを切って人工呼吸器を外す習慣だった 配属になった新しいメンバーの意見を採り入れようという意識やシステムがない 患者から離れる時、どの様な注意が必要かスタッフ全員で話し合っていない 付き添いについての問題点や指導内容についてカンファレンスをもたれていない 鬱病患者の外出が妥当であるかのカンファレンスをもたれていない アレンスがもたれていない</p> <p>6歳の幼児への抑制帯の着用の妥当性が検討されていない</p> <p>病棟全体の看護に一貫性がない 観察と処置が継続して行われる体制ではない 業務のオリエンテーション内容を個人に任せている 一人の新人看護婦の判断だけに任せている</p>	<p>流れ作業的意識</p> <p>改善しようとする意欲の欠如 自伝の気づきを伝えていない (疑問に対する自己防衛)</p> <p>報告の欠如</p> <p>業務見直しへの取り組みがな 望ましくない行為を容認する病 棟の雰囲気</p> <p>危険を排除するためのとりき めの欠如</p> <p>必要時カンファレンスが行われ ない</p> <p>その患者に対するケアの妥当 性・安全性の検討</p> <p>ケアの継続性の欠如</p> <p>個人への寄りかかり</p>
共同意識が育たない		