

表 7-4 行為の確かさ - 15~17年目の看護婦 -

データ	サブカテゴリー	カテゴリー
絶対まちがってはいけない薬と そうではない薬の区別	注意の配分をする	意識的な慎重さ の取り入れ
自分できちんとしたつもりのものを他者に 確認をしてもらう	他者の目の取り入 れ	

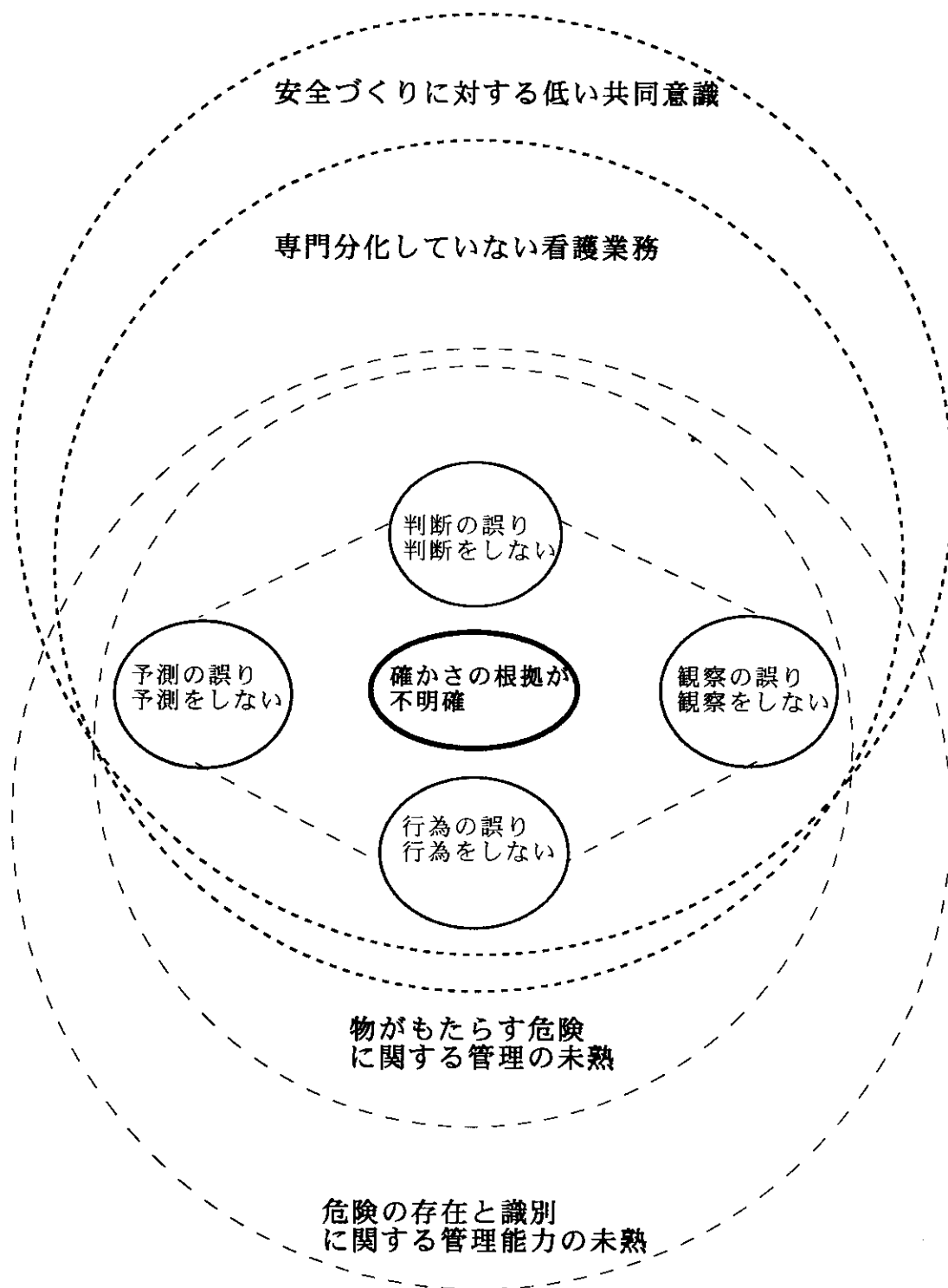


図1 看護・医療事故の構造

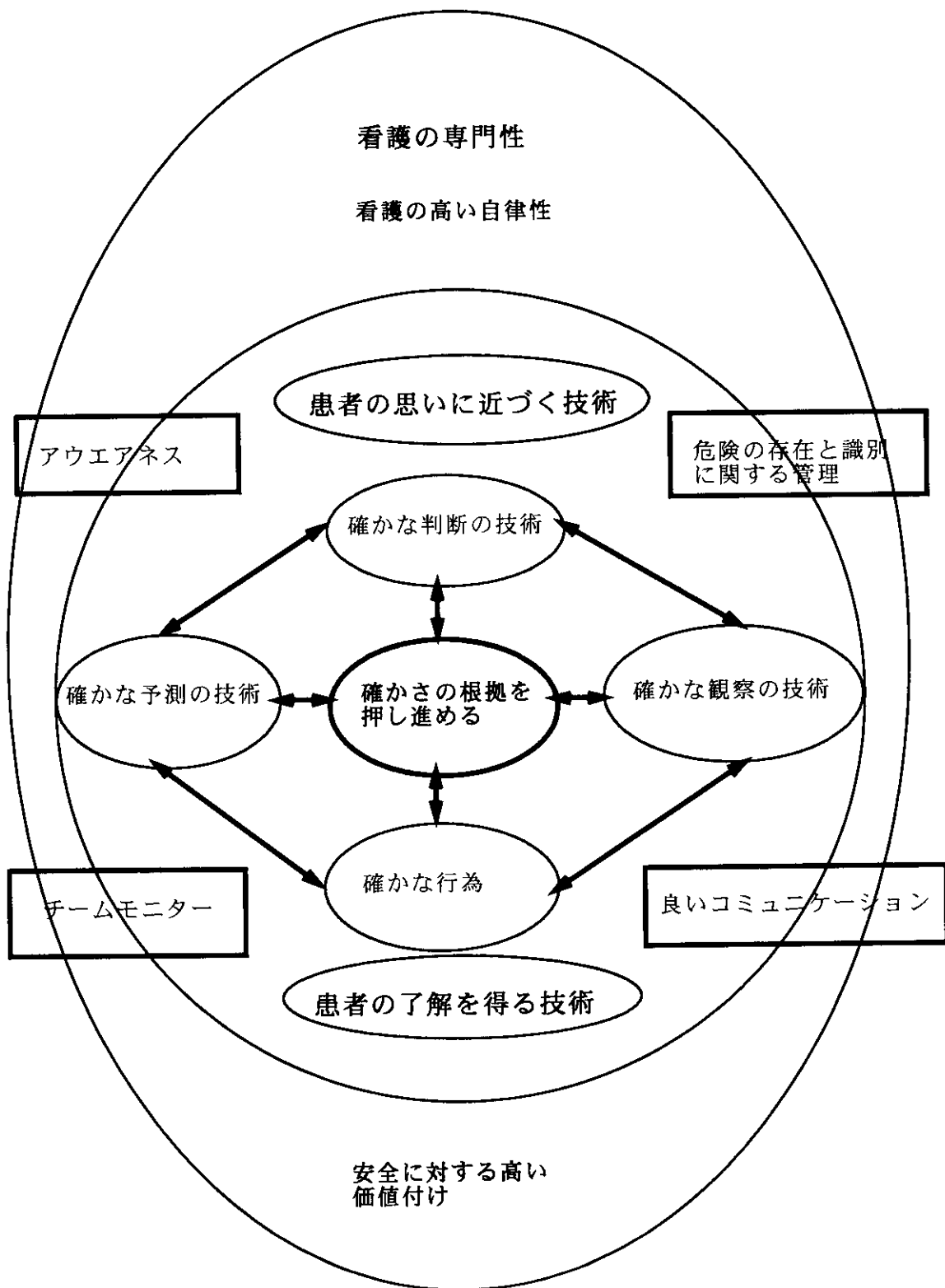


図2 事故防止・安全を守る技術

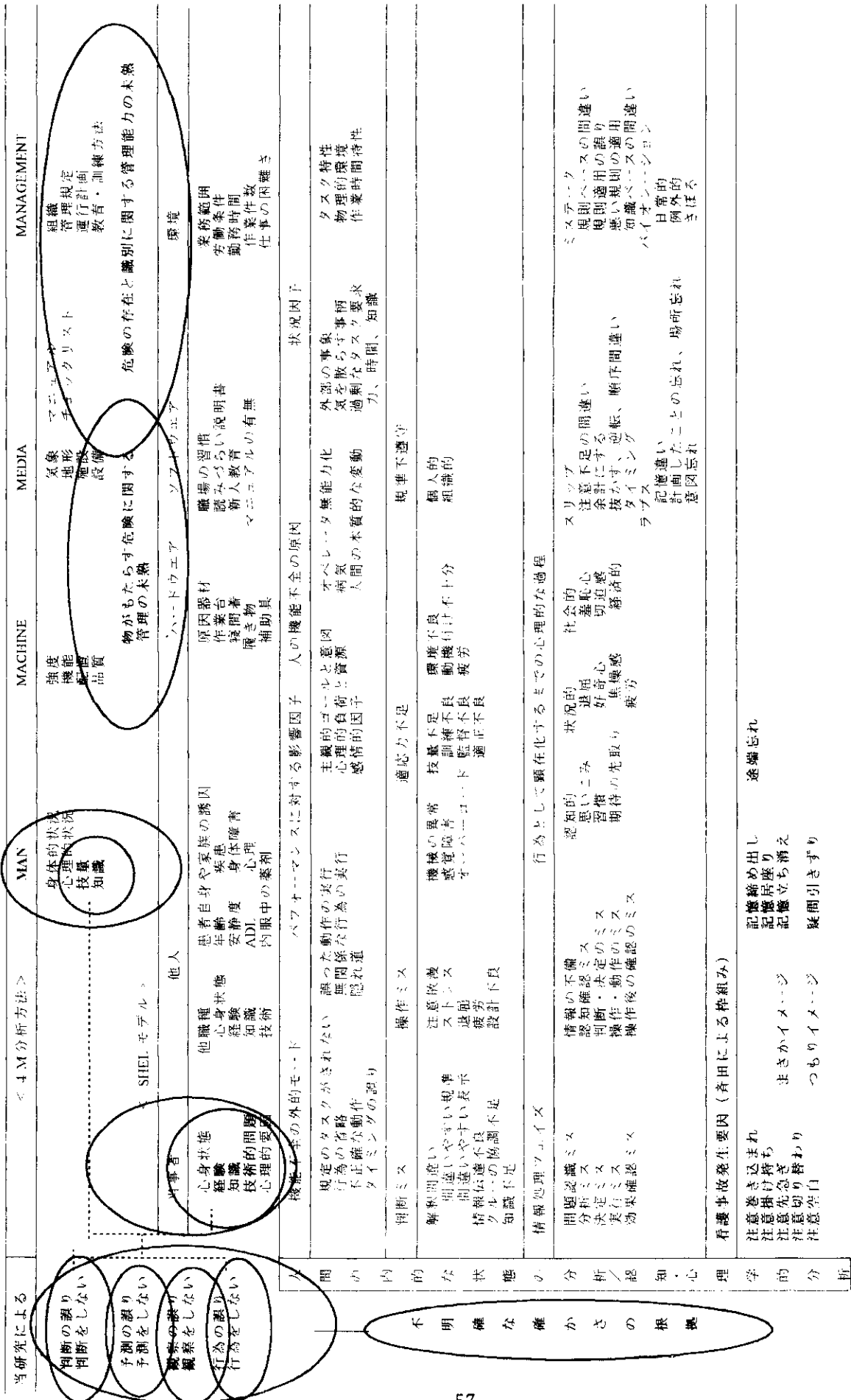


図3 看護・医療事故の分析枠組み（当研究による分析枠組みをSHELモデル/4M-4E分析方法との関連から位置づける）
 *当研究による分析枠組みは○楕円で示した。

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

検討対象テキスト

・系統看護学講座	基礎看護技術 衛生法規 関係法規	医学書院
・新版看護学全書	基礎看護技術	メヂカルフレンド社
・標準看護学講座	看護学概論 基礎看護技術 関係法規	金原出版
・看護学大系	看護の方法	日本看護協会出版
・考える基礎看護技術		廣川書店
・基礎看護学2	基礎看護技術	医学芸術社

1987~1999年 医学書院 系統看護学講座 基礎看護技術

3 事故防止

病院内には感染の危険だけでなく、放射線・酸素・高熱の器具など事故を引き起こすおそれのあるものがたくさんある。これら危険物には危険の標識をつけるとともに、患者の行動に注意を向けおこりそうなことを予測し、適切な助言を行う必要がある。

火災・台風・地震などの災害に対しては患者の安全をまもるための行動について、ふだんから訓練を受けておくことがたいせつである。とくに、患者を安全地帯に誘導する順路は、災害の種類や発生場所に応じて決定しておき、看護者全員が記憶しておかなければならない。また、事故の発生は、その頻度からいって院外でおこるものが70%をこえている。医療設備のないところで事故に遭遇した場合には、訓練された救急法が必要となるので、ふだんから救急法に習熟していなければならない。

積極的に事故の予防法を人々に教育しておくことも、また医療従事者が日常実践しなければならないことである。

4 医療上の過誤

医療は人類の健康に貢献する行為であるが、一歩ふみはずすと生命の危険を引き起こす機会が非常に多い。誤薬、処置操作上の間違い、設備の不備、火の不しまつなどの不注意な行動が大事を引き起こすことになるので、看護の基本的な方法を人手不足などの理由でくずしてしまうことのないよう、また看護者自身の健康を良好に保つ諸条件を確保するなど、積極的に対策を講じなければならない。患者の安全をまもるための看護者のはたらきかけに対しては、社会的にもっと多くの期待と支持が寄せられるように努力する必要がある。

1992年～ メディカルフレンド社 新版看護学全書 基礎看護技術

3. 患者の安全と事故防止

転落と転倒▶ 病院の中で、環境の不備によって起こりやすい事故で多いものは、ベッドからの転落、病室内あるいは廊下、トイレ、浴室等での転倒によるものである。健康な人であれば転ぶことのないような場所や状態であっても、入院している患者の場合は転倒したり、ベッドから転落してしまったりすることがある。また、転倒したり、ベッドから転落した場合でも、健康な人ならほとんどけがをしないような場合でも、患者の場合は大きなけがとなり、ひいてはもとの病気を悪化させたり、骨折などの合併症により回復を長引かせたりすることになる。そのような傾向は特に高齢な患者や衰弱した患者に起こりやすいものであることを知って対応することが必要である。

a) ベッドからの転落

転落の原因▶ ベッドからの転落は、高齢患者や運動機能障害患者、小児患者に起こりやすい。高齢患者の場合、入院したばかりで病院的ベッドに慣れていない時期や、手術などにより心身に大きな負担がかかっていると思われるようなときに起こりやすい。最近では家庭でのベッドの普及も進んできているが、高齢者の場合はまだベッドに寝るのは初めてという人が多い。ベッドの生活に慣れていない人が夜中に目が覚め、トイレに行くために、家にと同じようにふとんの上立ち上がりようとして転倒してしまったり、畳の上に立つつもりでベッドから滑り落ち転倒してしまうことも考えられる。たとえ自宅のベッドに寝ていた人でも、家庭用のベッドと病院的ベッドでは、高さが違ったり、キヌスター付のベッドであるために安定性が違ったりして事故につながることもある。特に高齢者の場合は、新しい環境への適応に時間がかかるので、入院当初や手術後など、新しい環境になじむまでは、ベッド柵をつけること、ベッドのストッパーをかけることを忘れないようにする。また、室内は真っ暗にしないで、小さな明かりを灯しておくことも大切なことである。

また、運動機能障害のある患者などの場合は、床頭台の上にあるものを取ろうとしてからだのバランスを崩し、床頭台につかまろうとしたところ、床頭台が動いたためにベッドから落ちてしまうことも起こりうる。床頭台の上を整理し、湯呑み、ちり紙、メモ、鉛筆、眼鏡等、その患者にとって必要な日常的に使うものは取りやすい位置に置く。また、キヌスター付の床頭台の場合はストッパーをかけておくことや、安定のよい場所に置く、その人に合った置き方を考慮することが必要になる。

ベッド柵の配慮▶ 小児患者のベッド転落にも注意しなければならない。小児用ベッドは、転落などによる事故を防止するために四方に柵がついている。病院では小児には小児用ベッドを使うのが普通である。小児が眠っているのを見ると、自分で寝返りを打てるような幼児は一晩中ベッドの真ん中でおとなしく眠っているということはずまない。ベッドの真ん中に大の字になって眠っているときもあれば、ベッドの端に寄って柵に頭をくっつけるようにして眠っていることもある。また、ベッドを横断するようにして眠っていたり、いつの間にか頭と足の位置が逆になっていたりというように、たえず動きながら眠っている。このような状態なので、転落防止のためにはベッド柵をすることが絶対必要になる。ベッドに柵があるということが重要なのではなく、ベッドの柵をすることが重要なのである。

子供への配慮▶ それとともに小児の特徴を知ることが重要である。たとえば何か処置をするためいったん柵を下げ、処置中に近くのものを取ろうとしてベッドのそばを1、2歩離れたとする。その間に柵の下りていたところから小児が落ちてしまうなどということも考えられる。それは、子供には、自分の世話をしていた人が急にそばを離れたり背中を向けたりすると、そちらを追おうとする行動の特徴があるということであろう。そのとき、たとえ1、2歩ベッドを離れるとしても柵を上げるか、子供から目を離さずにその行為を行うようにすれば、子供がベッドから落ちることを防止することができ

る。

小児、老人、運動機能障害のある人等の転落防止のための環境づくりには、特に気をつけなければならない。

b 転 倒

転倒の背景▶ ベッドからの転落と同じように転倒による事故も高齢患者や運動機能障害患者に多い。転倒の原因となる要素は、患者の運動機能の衰えや注意力の衰えもあるが、環境の不備が大きな原因となることも見逃せない。運動機能や注意力が衰えているという患者の状態をよく理解して環境を整える必要がある。

どのような環境の状態がその原因となるかについて考えてみよう。まず、ベッドサイドの空間が狭く、整頓が悪い場合である。ベッドサイドには、少なくとも床頭台、椅子、くず物入れ等が置いてある。それらのものがベッドの上り降りにじゃまにならないように置かれていれば、つまずいたり、足をとられたりすることもないであろう。そして生活するうえで不便のないような位置に置くことも大切である。

また、室内を歩くときに、つまずきの原因にならないようにベッドのキャスターが内側に入っていること、ギャッチベッドのハンドルはベッドの下に入っていることを常に確認する必要がある。椅子に坐ろうとして椅子が動いてしまって転倒することがないように、椅子は背もたれのある安定のよいものが設備される必要がある。

転倒の原因▶ 床に水がこぼれていたりするのも転倒の原因となる。ほんの小さな水たまりで、健康な人なら何でもなく遊けて通れるものでも、見えなかったり、あるいは気がついていて避けたつもりでも、その上に足が下りてしまって、すべって転倒するという事象も考えられる。運動機能が衰えている場合には、上げたつもりが思ったように上がっていなかったなどということは珍しいことではない。床の上は常に乾いた状態にしておくことが必要である。清掃時にワックスを塗る、あるいは水拭きをするようなときも、すべらないワックスを使う、水分は完全に拭きとるなど十分気をつけなければならない。また、転倒防止のために、廊下やトイレ等には手すりなど、つかまるところを付けておくことが必要である。同じように、床のちょっとした階段でつまずくこともある。病室の出入口、トイレや洗面所の出入口などの段差は、できるだけ少なくしたり、安定の悪い敷物は敷かないようにするなどの配慮が必要になる。

安全への配慮▶ 病室内、廊下等、患者の歩くところはすべて整理整頓され、車椅子、ストレッチャー等が決められたところに置かれていることも事故の防止につながる。また、ベッド、椅子、床頭台、車椅子、歩行器等、患者の使用するものは常に点検し、危険のないように整備しておく。院内での履き物、装着の着方などによって転倒することもあるが、それは「H 病衣」の項で述べる。

c その他の事故の防止

転落や転倒だけでなく、病院の中には環境整備の不備や職員の不注意によって事故につながりうる状況はいくつかある。たとえば医師や看護婦が患者のベッドサイドに注射針やメスなど危険なものを置き忘れてきたことによって、患者がけがをすることもありうる。あるいは、電気スタンドなどにつないだコードにつまずいてけがをすることも考えられる。患者の生活する周囲の整理整頓は大切なことである。

また、そのような物理的環境だけではなく、感染を防止するためには生物的環境も整備しておかなければならない。患者のベッドの周囲、床頭台の中などは清潔にしておくことが大切である。食べ残しや飲み残し、汚れた食器を放置したり、血液や排泄物で汚れたものを放置したりすることのないように、常に清潔を心がけておく必要がある。また、汚染物の扱いなどは決められたルールに従って処理することは、患者の安全を守るとともに職員の安全を守ることにもつながる。(本章II節B項「感染防止の各種方法」参照)

「看護過程」の「実施」の部分

a 実施記録

記録の意義▶ どんなに立派なケアが行えたとしても、それが記録に残されなければ確かな情報にはならない。医療チームは記録を情報として共有し、また、記録によって実践行為を評価する。実施記録は研究や教育の資料としても有益である。以上のような理由から、正確に記録が残される必要がある。万が一医療事故が生じた場合も、記録は事実の証拠物件として提出を求められるのである。

とりわけ患者に直接かかわるケアの記録は、経時的な対象の状態の変化をとらえるので非常に意味がある。特に問題解決を志向した記録は、その過程における対象の反応、看護婦の判断、実際のかかわりを系統的に述べるので、総合的に対象の状況を理解するのに有益である。所定の処置と対象の状態の観察事項のみを記す方式では、上にあげたようなプロセスは十分に写し出されない（本章VIII節参照）。

「看護記録」の「意義と目的」の部分

d 医療行為の法的証拠資料

1) 診療録

医療過誤*の訴訟の際には、医師の作成する診療録（病歴・診療記録）が重要な証拠文書となる。診療録については医師法第24条により記載が義務づけられ、5年保存が定められている（表1-10）。診療録の記載事項については医師法施行規則第23条により、次のように定められている。

- (1) 診療を受けた者の住所・氏名・性別および年齢
- (2) 病名および主要症状
- (3) 診療方法（処方および処置）
- (4) 診療の年月日（処方および処置）

2) 診療に関する諸記録

診療に関する諸記録は、医療法施行規則第20条に「過去2年間の病院日誌、各科診療日誌、処方箋、手術記録、検査所見記録、エックス線写真並びに入院患者および外来患者の数を明らかにする帳簿」とされている。

1991年~1998年 金原出版 標準看護学講座 看護学概論

■ 3) 院内感染と事故防止につとめる

院内感染や事故は起こってからでは遅い。その大部分は未然に防ぐことができるといわれている。院内感染防止のためには、面会人や面会時の見舞品などにも十分注意をはらい、流行性感冒の流行時は面会人を制限し、かぜで咳のひどい看護婦はなるべく患者のそばに近づかせないようにするなど、看護婦の健康にも十分考慮し、細心の注意をはらう必要がある。また、看護婦自身も、個人衛生に十分気をつけることはいうまでもない。

看護業務上の事故や、火災などの災害のほかに、ささいなことでも思わぬ事故が発生することもあるので、婦長は、これを未然に防ぐために看護業務の正確なチェックをすること、機械器具の操作ミスなどのないよう、ゆきとどいた教育、監督を行うこと、さらに、事故発生時の対策を立案し、患者への障害を最小限度にくいとめるよう日頃から防災訓練を徹底させるなどして、事故防止につとめることは大切である。

1991年~1998年 金原出版 標準看護学講座 基礎看護技術

□ 1) 事故防止

a) 事故防止に対する心がまえと準備

危険な状態は予測できるものもあるが、できない場合もいろいろあるので絶対安全ということは不可能である。しかし正しい心がまえと準備体制が整っていれば、少なくとも事故を最小限にとどめることができる。そこで次のような点に留意し、危険に対する備えを十分しておくことが大切である。

(1) 事故防止に対する責任を自覚し、常に専門的立場からの注意を怠らない

(2) 事故の原因についてよく学習する

前述のように、まず安全を阻害する危険因子の存在を広く熟知していれば、その因子が事故の原因にならないように常に注意点検するようになり、事故防止が可能となる。次にその危険因子が何を介して事故に発展するのか、すなわち危険因子を事故につなげる原因は何なのかを追究し考えられるようにしておくことによって事故防止の可能性はさらに大きくなる。また患者の安全を阻害する最大原因である疾病に関しては、専門的知識（基礎医学・病態生理・看護学など）を十分習得しておくことが患者を安全に守る必須条件であることはいうまでもない。

(3) 起こりやすい事故をあらかじめ周知する

① 現在もっとも多い事故の種類・発生頻度・内容などについての統計資料¹⁾をみておく。

② 病院内で事故が発生しやすい時刻・場所などを知っておく。

③ 個々の患者の背景や疾病の状態によっても事故発生条件が異なるので、患者個々に注意する点も違ってくることに留意し、その条件についても調べておく。

(4) 危険を感知する能力、それを実践に移す判断力を自己開発する

危険をとっさに感じたり見ぬいたりする直感や注意力、そして危険と感じたらすぐ行動に移す判断力、これらの能力は自分で体験学習をしなければ身につかないので、普段から各自の努力と訓練の積み重ねによって開発していくことが大切である。

(5) 安全の技術を的確に実践する能力を養う

安全の技術は知識として理解するだけでなく、すべての患者ケアに実際に活用できるように、各自が必要性を認識して技能として習得し、さらに上達させていこうとする意欲を常にもち続けることがきわめて重要である。

b) 安全対策とその実施

(1) 患者の生活行動上の安全について

病院での起居動作はベッド上の生活に慣れない患者にとって種々の危険がともなう。ベッドからの昇降には備えつけの椅子を利用するが、安定のよい踏み台代わりになるものを用意し、足の弱っている患者や初めて歩行が許された患者は必ず支えて援助する。またベッド上で立ちあがらないようによく指導する。意識障害・麻痺などのある患者、老人・小児などはベッドからの転落に注意し、ベッドの両側に柵を取り付ける。意識が明瞭であっても夜間だけ柵を用いたり軽い抑制を行うのも患者に安心感を与える（抑制の項参照）。

また患者特有の精神的意欲喪失に対しては患者の身になって、ともに考え励まし、自殺行為などに走らぬよう心を配る。精神障害者の場合は全面的に代行して保護する。その他、生活行動すべての安全についても看護者側の援助（第3章の各項参照）はそれぞれにあるが、すべて患者自身の参加が重要なので、疾病の受けとめ方や医療・看護に対して正しい認識をもつように教育指導し、療養生活を通して悪い習慣を改善するようにしむける。

(2) 病院の設備または管理体制の充実

病院は患者のために便利で安全に設計されたものではあるが、高層建築が多く、窓・ベランダ・階段などからの転落などには細かい配慮と注意が必要である。床はリノリウムやタイルのところも多くすべりやすいので、スリッパや下駄はゴム製のものを備え、床に水をこぼしたままにしたり障害物を置いたりしない。病院内の酸素や爆発性ガスなどの取り扱いには十分注意し、面会人や患者にもよく説明指導し注意や規則などを徹底させる。災害時の消火・防煙・患者の避難場所・避難方法・相互の連絡などについては常時の訓練と各自の役割を徹底させる。また外部からの不法侵入や危険物の持ち込みなどがなく、とくに守衛・ハウスキーパーとの連絡を密にし、入院患者の確認、産科における新生児の確認など、入院中の患者の移動についても安全を確認し、全員一致協力して徹底した安全管理体制をとる。

(3) 医療過誤の防止

もっとも多い事故は誤薬である。与薬に際しては医師の指示を確認し与薬上の原則を厳守する（第4章「4. 与薬」参照）。病棟にある薬品の管理にはできれば鍵のかかる戸棚を用意し、患者および面会人が薬品のある処置室などに無断で出入りしないように規定を設けておく。治療処置や検査は間違いのないよう注意し、とくに注射や輸血の援助にあたっては医師の指示・患者氏名・薬剤・方法を照合して少なくとも3回以上確認し、絶対に間違いの起こらないようにする。危険をとまぬ処置は1人でなく複数の人の目でチェックする方法がきわめて有効である。また年々新しい医療器械の使用も多くなっていることから取り扱いには十分注意し、使用前の点検や使用中の観察も怠ってはならない。故障時（たとえば直接患者の体に接続してある持続吸引器や酸素 TENT などの停電時）の速やかに行うべき処置についても科学的な知識にもとづいて判断し善処する。

c) 事故発生時の対応

事故はどうしても防ぎきれない場合がある。事故を予防するとともに、事故の速やかな発見と敏捷な処置がきわめて重要である。そこで人工呼吸法、止血法、ショック時の適切な体位、その他の応急処置など、救急法を十分習得しておくことが必須である。被害を最小限に食い止め生命を守ることができるからである。もちろん医師や他のメンバーへの連絡など、手順よく対処する適切な判断と沈着な態度がその基本である。

また事故を安易に考えたり、責任を逃れようとしたりすることは事故をますます大きくする元である。できるだけ速やかに医師や他のメンバーに知らせ、最善の策を履行しなければならない。また二度と同じ事故をくり返さないために、チーム全員で検討して事故に対する改善策を立て、事故防止に役立てていくことが大切である。

1991年～ 日本看護協会出版 看護学大系 看護の方法

② 病院環境に関連した事故の危険性

医療施設内における危険は感染のみでなく、火災、地震、台風をはじめ、医療という特殊環境から放射線、各種のガス、熱源、医薬品、医療器材によるものなどさまざまなものがある。また、患者の運動能力、感覚能力、体力の低下などから、さまざまな要因によって思わぬ事故がおこる。各種災害に対しては医療法施行規則、建築基準法、消防法に合った建物であることはもちろん、日ごろの建物の管理が大切である。また病院職員の災害に対する訓練、医療行為、看護行為において個々の患者の状況に応じて判断し、具体的な技術では原則を守り、注意事項に意を用いて行うことが大切である。

病院の環境にかかわる事故および事故をおこしやすい患者は次のとおりである（放射線にかかわるものは、本大系第9巻「治療に伴う看護の方法」の「放射線治療と看護の方法」の章を参照されたい）。

- ・歩行時、起立時の転倒
 - 下肢の不自由な患者、松葉杖・装具使用患者、視力障害者、高齢患者など
- ・ベッド、ストレッチャーからの転落
 - 意識障害・麻酔下の患者、麻痺・失見当識のある患者、乳幼児・高齢患者、下肢の不自由な患者
- ・火災・爆発・火傷などの危険
 - 喫煙患者（タバコ）、酸素使用中の患者、引火性のあるいは発火点が低いガス・薬剤などを使用中の患者
- ・感電による障害
 - 電気器具・ME機器を使用中の患者、体内特に心臓やその近くにカテーテルや導線が入っている患者

④ 手術室内における事故防止対策

手術室では、引火性の麻酔ガスや多量の酸素を使用しており、あわせて各種ME機器を使用するので、引火や過熱による爆発の危険が潜んでいる。このため、手術室内では合成繊維やウール製品等、静電気を発生しやすいものは使用しないで綿製品が用いられている。また、麻酔ガスは空気より重いものが多いので、スイッチの開閉やプラグの差し込み、引き抜きを床近くでしないように、手にしごかりもってする。

このほか、手術室内では数種のME機器を使用するために相互の機器間に電位差を生じて電流が発生したり、ME機器から漏れるわずかな電流がショックの原因となる。このわずかな電流（10～20 μ A）が心臓カテーテルなどを介して血管内を流れて直接心臓に流れ、心室細動をおこす電撃をマイクロショック（micro shock）といい、これに対して、体外から皮膚を通して身体に電流が流れ込んでおこる電撃をマクロショック（macro shock）という。また、電気メスを使用するとき、封極板の密着不良やコードの断線、皮膚と封極板の間への消毒薬の流入などが火傷の原因となることがある。

こうした事故を防ぐために、機器の使用前後には必ず点検をして、使用に際しては、随爽にアースをとる。手術室や病棟では電源コンセントが3本の穴で、機器の電源プラグは3本足の3Pプラグになっていて、プラグを挿入すると、自動的にアースがとれるようになっていたり、アースを1点に集めて接地する等電位化方式（EPR）を設け、より安全を期している。電気メスを使用するときには、テコボコした鉛板は使用しないで、十分な大きさの封極板を用い、ゼリーは均一にぬって患者の体表に密着させる。このとき、電流が心臓に流れないように胸郭の下は避ける。マイクロショックを確実に排除するには、機器に電力を供給する電源回路と、患者に直接触れる部分が完全に電氣的に絶縁されるようなアイソレーション入出力回路方式をとる必要がある。

臨床工学技士など専門技術者による機器の定期的安全点検の実施も大切である。

1997年 初版 廣川書店 「考える看護技術」

II 医療過誤

1. 医療過誤, 医療事故の原因

看護者は患者の身近にあって診療の介助や日常生活上の援助に深く関与しているため事故に遭遇する機会も多いといえる。

医療事故の発生は患者側の因子として、運動麻痺や体力の減退などの身体機能の低下や思考力、意識障害などの病態から来るもの、また患者自身の疾患に関する知識不足などが考えられる。また一方、事故発生の看護者側の因子としては医療や看護の専門知識の不足や技術の未熟、観察力や判断力の不足を挙げることができる。そしてこの場合重要なことは常に患者の安全を第一的の使命とし、かけがえのない生命への畏敬の念に根ざした看護観が看護行為の監視機能として働いているかどうかである。

そのほか病院の施設、設備の不備や不足、人員配置、安全対策システムの不備などの病院管理面から考えられる危険因子もある。

看護者が関与する事故として多いと考えられているものは

- ① 患者のベッドからの転落
- ② 床上の転倒事故
- ③ 与薬ミス
- ④ 異型輸血
- ⑤ 注射ミス
- ⑥ 保温器による火傷

が挙げられている¹⁾。

2. 医療事故防止の安全対策

1) 看護の安全管理

医療事故を防止するために病院全体的な組織として医療事故対策委員会などを設置し、その下部組織として、看護部が看護の事故対策に関する専門委員会を持って事故防止にあたっている病院が多い²⁾。そこでの主な役割は、職員の教育と啓蒙、組織や看護体制の検討などである。事故が発生した場合は報告を義務づけ、事例などを基にした学習会などを催し、事故原因の対策にあたる。

2) 事故防止のための看護技術

(1) 患者のベッド上の安全

看護の関与する事故として、患者のベッドからの転落や転倒が挙げられている。このような事故が発生する場合、考えられる患者の状態としては

- ① 老人や小児のような体力や認知、判断能力、環境適応などの低下あるいは乏しい患者。
- ② 小脳失調症状や運動神経麻痺、筋無力症などの運動機能の低下した患者
- ③ 手術後の麻酔覚醒期や意識障害の回復期などの意識や見当識の不安定な時期の患者
- ④ 不穏状態の患者

など³⁾が考えられる。このような場合には特に注意が必要である。

ベッド欄の金枠を上げて止め糸を最後までかけることや防護柵を設け、万が一の場合の外傷の予防のためにベッドを低くし、床に弾力のあるカーペットやマットを敷くなどの配慮が必要である。また抑制も必要に応じて行われるが、必要最低限とする。部分的に抑制する場合は、手関節や肘関節をフェルト状の弾力性のあるひもでしっかり固定する。全身の抑制が必要な場合は、シーツを用いて、肩関節や股関節、膝関節などを抑制する。抑制を行う場合には褥瘡や末梢神経麻痺を起こらないように細心の観察が必要である。

(2) 患者の移送や移動時の安全

車椅子の安全点検(ストッパー、タイヤの磨耗の確認、足台のネジの緩み)はもちろんのこと、その操作にあたって十分な知識と技術を必要とする。危険な箇所、特に段差やスロープを昇降する場合、エレベーターでの昇降時など患者に安全な操作の指導を行う必要がある。

(3) 温熱法時の安全

湯たんぽや電気あんかなどによる温熱法時におけるやけどの事故も多い。特に注意を要する患者の状態として、

- ① 全身麻酔や腰椎麻酔後の不覚醒
- ② 老人や新生児、小児
- ③ 脊髄損傷患者の知覚鈍麻
- ④ 糖尿病患者の末梢神経障害

などの場合がある。

貼用する前に湯たんぽに欠陥がないかを確認する。湯割れはやけどの原因になる。湯の温度は一般に成人においては60～70℃、小児や老人患者の場合は60℃程度に調整する⁴⁾。厚めの布または大きめのタオルで被い、患者から10cm以上離して貼用する。20～30分後の皮膚温や寝床温度を観察し、血管拡張の目的が達成されれば温熱療法を中止する。知覚鈍麻のある脊髄損傷患者では体温程度はかなり低い温度でも低温やけどを起こす場合がある。温湿布などはこの点に注意し相同の観察を怠らない。また、酸素療法を受けている患者では、電気温熱器などの使用は火災を引き起こす危険があるので避ける。

3. 与薬事故を防止するための留意点

看護過誤の事例で「投薬ミス」として薬物の量を間違えたり、乳幼児に錠剤を飲ませようとして窒息させたという例もある。医療過誤にならずとも薬の種類・量・方法・時間・与薬する対象者の間違いなど基本的なミスも報告されている。薬物は生体にとって治療効果もあり、反対に「異物」で危険な作用がある。与薬は生命に直結した診療補助行為であることを念頭に十分な注意力、集中力をもって援助することが看護者の責任である。

経口的与薬法で誤薬を防止するために注意する行動について、与薬プロセスをおって述べる。

(1) 医師より処方箋を受取り、処方箋の内容を確認する。一処方箋発行の責任は医師にあるが、同じ治療に関わるチームの一員として看護者はその内容を確認し、必要であれば医師に確認する義務がある。

① 薬品名とその作用を知り、対象の病態と一致しているか（処方される理由と薬の効果の一致）。

薬品の名称は一般名、公定名または局方名（日本薬局方に記載されている薬品）、商品名（市販名）が用いられている。処方箋に用いられる名称は商品名が多い。略名や綴りが似ている薬品も多いので、処方する目的と関連させ慎重に内容を読む（表 3.33 参照）。薬の作用などが分からない場合は、薬の添付文書（能書）や薬に関する参考書で確認する習慣をつける。

② 用量が常用量と著しく違っていないか。ただし処方箋の劇薬や毒薬の分量の後に「！」が表示されているときは、極量（最大投与量）を超えて処方されていることに注意する。

③ 服用時間、回数が薬物の性質から適切か。

④ 剤形の指示が対象に服用可能か（錠剤やカプセル剤が服用できるか）。

(2) 処方箋により薬剤師によって調剤された薬物を受け取ったとき、処方箋をもとに薬袋薬物に誤りがないか確認する。

① 処方箋と薬袋の対象氏名、用量、1日量、1回量、服用方法が一致しているか。

② 薬袋から薬を取り、指示の薬と一致しているかを色・剤形で確認する。薬品会社によって薬の剤形、色が異なる。初めてみる薬は薬剤の識別のために記されている会社のマーク、数字、欧文文字のコードを参考図書で確認する。

* 参考図書の例：日本病院薬剤師会編、医薬品識別コード一覧、薬事日報社

高杉益充監修、薬剤識別コード辞典、医薬ジャーナル社

木村繁、医者からもらった薬がわかる本、社会保険法規研究会

③ 薬の全体量があるか。

例：ニトロール 3Tab/3×5TD → 一日量3錠で5日間分なので全体量は15錠

散剤などの粉末剤は1包に分量されているので、服用日数の包数があるか確認する。

(3) 処方箋、薬袋を確認しながら薬を準備する（内容は与薬方法に記述）。

(4) 全体のプロセスを通しての留意点

① 与薬の準備から実施まで、原則として1人の看護者が行う。

② 医師の処方箋に疑問がある時は必ず確認する。

③ 対象者が薬物を服用する時、せかしたり強制しない。服用することを拒否する場合はできるだけその理由を確認し、必要時医師に相談する。

④ 嚥下反射が弱い対象者の場合は、薬物が気管に吸引され気道閉塞を起こす危険性がある。嚥下反射能力を観察しながら与薬する。

⑤ 処方箋に準備、実施のサインを忘れずにする。サインは二重の与薬を防止できる。

⑥ 対象の状態、服用した薬物名、用量、与薬方法、時間を看護記録に記載する。

1998年 初版 医学芸術社 基礎看護学2 (基礎看護技術)

C 安全を守る方法

患者の安全を守るために、危険因子をよく知り、未然に事故を防ぐ。また、患者の不安や緊張を取り除き、看護婦に信頼感をもたせ、患者が安全だと思える人間関係をつくる。

(1) 事故防止

①転倒の防止

- ・床は滑らないように清潔にする。
- ・床や廊下の整頓をする。
- ・患者のはき物はクツが望ましい（スリッパはぬげやすく、歩行姿勢がすり足）。
- ・倒れやすい棚などは固定する。
- ・照明は適度にし、スイッチ類のわかりやすいものにする。
- ・階段・廊下などに手すりを取り付ける。

②ベッドからの転落防止

- ・ベッド柵をつける。片方を壁につける。患者の状態によりベッドの高さを選ぶ。
- ・ベッド柵やオーバーテーブルは患者の手の届く範囲にあること。
- ・ベッドの上の整頓（本や雑誌などが乱雑にあると転倒の危険性がある）。

③誤薬の防止

- ・与薬の原則（指示・氏名・薬剤・方法の照合、確認）を守る。
- ・薬剤の管理の徹底。
- ・薬物の使用方法、効果、副作用などの知識を得る。

④機器・器具の操作ミスの防止

- ・正確な取り扱いの徹底。操作手順の明示。
- ・故障があれば修理、代替。使用後の管理にも注意する。
- ・酸素使用時は引火防止。

⑤患者の危険行為の防止

- ・観察を十分にし、事前に察知・予知して、防止する。
- ・医療従事者、家族などと協力して情緒の安定をはかる。

⑥管理体制上の事故防止

- ・安全管理の保安係を設置し、異常の早期発見をする。
- ・不審な物や人に対する対応を徹底する。

⑦災害時の対策

- ・早期確認、早期通報。患者の安全確保、避難。災害の拡大防止。
- ・器具や担当者、連絡方法などの計画を徹底する。
- ・患者の避難方法を表示する。

1987年 医学書院 系統看護学講座 専門基礎 衛生法規

9. 医療過誤

医療過誤

医療過誤*とは医師・看護婦などの医療従事者が、業務を行うにあたって、業務上必要とされる注意を怠り、そのため他人の権利を侵害し、これに損害をこうむらせることをいう。

看護婦などが不幸にして医療事故(医療過誤)をおこした場合には、ふつう、民事上・刑事上および行政上の三つの法的責任を問われる。

民事上の責任

民法上の不法行為に対する損害賠償責任である。民法第709条に、「故意又は過失^ニ因リテ他人ノ権利ヲ侵害シタル者ハ之ニ因リテ生ジタル損害ヲ賠償スル責ニ任ス」とあり、故意または過失によって患者の死亡・傷害・症状の悪化などをきたした場合には、患者または家族に対して損害を賠償する責任がある。損害には、財産的損害のほか精神的損害も含まれる。また、病院の開設者など医療従事者を使用する者も損害賠償の責任を負っている。

医療事故(医療過誤)はふつう過失によっておこる。過失には、たとえば、指示された薬品をまちがえたとか、分量をまちがえたとか、投薬または注射すべき対象をまちがえたとか、機械・器具の操作をまちがえたなどいろいろあるであろうが、注意すれば結果の予見ができ、かつ、それを回避することができた、すなわち、事故を防止することができたのに、注意を怠ったことによって重大な結果をまねいたということが過失である。注意してもなお避けられない場合は不可抗力であり、この場合は過失とはならない。また、過失があっても、結果の発生との間に因果関係がなければ、損害賠償義務は発生しない。

刑事上の責任

刑事上の責任とは、刑法による業務上過失致死傷罪に問われる責任である。刑法第211条に「業務上必要ナル注意ヲ怠リ^ニ因テ人ヲ死傷ニ致シタル者ハ5年以下ノ懲役若クハ禁錮又ハ20万円以下ノ罰金ニ処ス重大ナル過失ニ因リ人ヲ死傷ニ致シタル者亦同シ」という規定がある。

ここでいう「業務上必要ナル注意」とは、判例によると「一定の業務に従事する者は、その業務の性質に照し危害を防止するための相当なる一切の注意をなすべき義務を有するものにして、法令上明文なき場合といえどもこの義務を免るるものにあらず」とされている。

看護婦の場合、必要なる注意義務というのは、職業人として、良識ある通常一般の看護婦が有する医学上の知識および技術による注意能力が基準とされる。これは一般社会人の注意能力より高いものである。

結果的に人を死傷に至らしめたとしても、業務上必要な注意義務を怠っていないことが立証できれば、過失とはならない。また、人を死傷させる目的をもって行った行為は故意であって過失ではない。この場合は、殺人罪または傷害罪に問われ、医療過誤とは別のものである。

一般に民事責任は刑事責任より範囲が広く、刑事責任を負う場合は民事責任も免れないことが多い。

行政上の責任

保健婦助産婦看護婦法による行政処分を受ける責任で、これには免許の取消、または業務の一時停止があるが、前述した(26ページ参照)ので説明は省略する。なお、この行政処分は、民事責任・刑事責任とは別に行政の立場から、保健婦・助産婦・看護婦については厚生大臣が、准看護婦については都道府県知事が行うものである。

1994年~1999年 医学書院 系統看護学講座 専門基礎 関係法規

9 医療過誤

医療過誤とは 医療過誤とは医師・看護婦などの医療従事者が、業務を行うにあたって、業務上必要とされる注意を怠り、そのため他人の権利を侵害し、これに損害をこうむらせることをいう。

看護婦などが不幸にして医療事故(医療過誤)をおこした場合には、ふつう、民事上・刑事上および行政上の3つの法的責任を問われる。

民事上の責任 ① 損害賠償責任 民事上の責任とは、民法上の不法行為に対する損害賠償責任である。すなわち、民法第709条の「故意又は過失=因リテ他人の権利ヲ侵害シタル者ハ之ニ因リテ生シタル損害ヲ賠償スル責ニ任ス」という規定に基づく損害賠償責任である。

② 過失(注意義務違反) 医療過誤において過失というのは、医師・看護婦などの医療従事者は、業務を行うにあたっては、業務上必要とされる注意をはらって、事故の発生を未然に防止すべき法律上の義務があるが、この注意義務に違反することが過失である。

注意義務の内容は、① 結果発生の子見義務と、② 結果発生回避義務の2つに分けられる。結果発生の子見義務というのは、危険な結果の発生をあらかじめ認識していなければならないという義務であり、結果発生回避義務というのは、危険な結果の発生を避けるために適切な措置をとらなければならないという義務である。

過失によって患者の死亡・傷害・症状の悪化などの損害を発生させた者は、患者または家族に対して損害を賠償する責任がある。

損害には、財産的損害のほか精神的損害も含まれる。

過失には、過去の実例によれば、たとえば、処置の誤り、薬品の種類や分量の誤り、投薬または注射すべき対象の取り違え、機械・器具の操作の誤り、不適切な観察、記録の記入ミスなどいろいろあるが、要するに注意すれば結果の子見ができ、適切な措置によって損害を回避することができた、すなわち、事故を防止することができたのに、注意を怠ったことによって(不注意によって)重大な結果をまねいたことが過失なのである。

十分注意してもなお避けられない場合は、不可抗力であり、この場合は過失とはならない(したがって損害賠償の問題は生じない)。

③ 因果関係 しかしながら、過失があっても、結果の発生(損害の発生)との間に因果関係がなければ、損害賠償義務は生じない。因果関係というのは、ある行為が原因となって、ある結果を発生させるという関係をいう。

しかし、因果関係は、とらえ方によってはいくらかも広がる可能性があることから、法律上で因果関係というのは、すべての因果関係をいうのではなく、相当因果関係といって、社会的にみて相当とされる場合、すなわち、経験上ある行為があれば、そこから通常生ずるであろうと認められる場合に限定されている。

④ 使用者責任 民法第715条の「事業のために他人(被用者)を使用している者(使用者)は、被用者が使用者の事業の執行について第三者に与えた損害を賠償する責任を負う。」という趣旨の規定に基づき、病院・診療所の開設者など医療従事者を使用している者も、その医療従事者の医療過誤については、原則として損害賠償の責任を負っている。

⑤ 債務不履行等 損害賠償については、不法行為のほか、民法上の債務不履行ないし債務の不完全履行を理由として訴えられる場合がある。

医療は、信頼関係に基づいて、医療を受ける側(患者-委任者)と委任を受けて医療を提供する側(病院・診療所-受任者)の契約(診療契約)と考えられてい

る¹⁾。したがって受任者は、委任の本旨に従い善良なる管理者の注意²⁾をはらって診断・治療に従事する義務(債務)があるが、損害の発生したことが、その義務(債務)の不履行あるいは不完全な履行によるものであることが立証されれば、その損害を賠償しなければならない。

刑事上の責任 ■ **① 業務上過失致死傷罪に問われる責任** 刑事上の責任とは、刑法による業務上過失致死傷罪に問われる責任である。刑法第211条に「業務上必要な注意を怠り、よって人を死傷させた者は、5年以下の懲役若しくは禁錮又は50万円以下の罰金に処する。重大な過失により人を死傷させた者も、同様とする。」という規定がある。

② 業務上必要な注意 ここでいう「業務上必要な注意」とは、判例によると「一定の業務に従事する者は、その業務の性質に照らし危害を防止するための相当なる一切の注意をなすべき義務を有するものにして、法令上明文なき場合といえどもこの義務を免るるものにあらず。」とされている。

看護婦の場合、必要な注意義務というのは、職業人として、良識ある通常一般の看護婦が有する医学上の知識および技術による注意能力が基準とされる。これは一般社会人の注意能力より高いものである。

結果的に人を死傷にいたらしめたとしても、業務上必要な注意義務を怠っていないことが立証されれば、過失とはならない。また、人を死傷させる目的をもって行った行為は故意であって過失ではない。この場合は、殺人罪または傷害罪に問われ、医療過誤とは別のものである。

③ 過失および因果関係 刑事上の責任においても、過失および因果関係についての考え方は、上述の民事上の責任の場合と基本的には同じである。ただし、刑事事件の場合は、その性質上過失および因果関係の認定は、厳密かつ慎重に行われる。

一般に民事責任は刑事責任より範囲が広く、刑事責任を負う場合は民事責任も免れないことが多い。

行政上の責任 ■ 行政上の責任とは、保健婦助産婦看護婦法による行政処分を受ける責任である。これには免許の取消し、または業務の一時停止があるが、前述したとおり(27-28ページ参照)、保健婦・助産婦・看護婦・准看護婦は、相対的欠格事由に該当するようになったとき、すなわち①罰金以上の刑に処せられたとき、②保健婦・助産婦・看護婦・准看護婦の業務に関し犯罪または不正の行為があったとき、は免許を取り消されるか、または一定期間業務の停止を命ぜられることがある。この行政処分は、民事上の責任・刑事上の責任とは別に行政上の立場から、保健婦助産婦看護婦法の目的からみて、事件にかかわった者に、そのまま業務を継続させることが適当かどうかという観点にたつて、保健婦・助産婦・看護婦については厚生大臣が、准看護婦については都道府県知事が行うものである。

なお、いったん免許取消処分を受けた者であっても、その後の事情により再免許を与えられることがあるのは、先述したとおりである。

a. 因果関係の有無

ある行為(行った行為、あるいは行うべきであつたのに行わなかつた行為、これを作為あるいは不作為という)によつて悪い結果が生じた。例えば薬を間違えて注射したために患者が死亡した、あるいは一定時間ごとに与薬をするべきであつたのに、それを忘れて与薬しなかつたために悪い結果が生じたという場合である。注射薬を間違えさせなければ患者は死亡しなかつたであろうし、定められた時間にきちんと与薬していれば、悪い結果は生じなかつたであろうから、この行為と結果の間には因果関係があると考えられるのが一般的である。看護婦のかかわる医療過誤は医師の場合と異なり、いわゆる初歩的単純ミスといわれるもの、例えば注射する人を間違えた、量の計算を間違えた、あるいは機械・器具の誤接続など行為と結果の因果関係が明らかなものが多い。

b. 結果予見の可能性

老人の入院が増加するにつれて、ベッドからの転落・転倒が問題になる。私どもが旅行中ホテルに宿泊し、そのベッドから転落して傷害を負つたとしても、ホテル側にはその宿泊客がベッドから転落することがあるかも知れないという危険性を予測する注意義務はない。ベッドが壊れているとか、よほど施設設備上の問題がない限りホテル側が過失責任を問われることはないであろう。しかし、病院の場合、ことに乳幼児、意識障害のある老人、けいれん、まひ、脳血管障害のある患者の場合等、ベッド転落の危険性を予測することが必要な場合、その危険性を予測し、これを防止する義務が生じるし、その危険の予測が正しく行われたかどうかということも問われる。おこる可能性のある危険を予測するためには、解剖学、生理学、医学、薬理学あるいは心理学など多くの専門的知識を必要とするし、そこに専門職としての看護の意義が存在する。抗生物質の注射をしたら患者が死亡したとする。注射液やその量の間違つていたとしたら、それ自体がすでに過失である。しかし、医師から指示された薬を指示された量、適正な方法で注射をし、注射行為に何らの過失もなかつたにもかかわらずショック死をおこしたとすれば、結果予見の可能性があつたかどうかということが問題になる。ショックをおこす可能性があることが文献、判例等で周知のことであれば結果予見の可能性があつたことになるので、それを回避するための措置として、テストは適正に行われたか、問診は十分行われたか、使用する薬品は適正であつたか医師の責任が問われる。

1

医療事故と医療過誤

私どもは医療事故と医療過誤を同義語に用いる場合もあるが、法的には事故と過誤とは次のような相違がある。岩波国語辞典によれば事故とは「ふだんと違つた、悪い出来事」と書かれている。事故の中には、例えば血液型を間違つて輸血したために患者が死亡した場合のように、実施者の過失によつておこる事故もあるし、実施者に過失がなくともおこる事故もある。医師や看護婦などの何らかの過失によつておこつた事故、すなわち、過失の存在を前提とした事故を特に医療過誤といい、法的な責任を問われることになる。

2 医療過誤成立の要件

一 医療過誤として法的責任を問われる場合

医療過誤として法律上の責任を問われる場合は図8-1に示したように、その行為と結果との間に因果関係があつたかどうか、結果の予見が可能であつたかどうか、注意義務を果たしたかどうかで過失の有無が決まる。

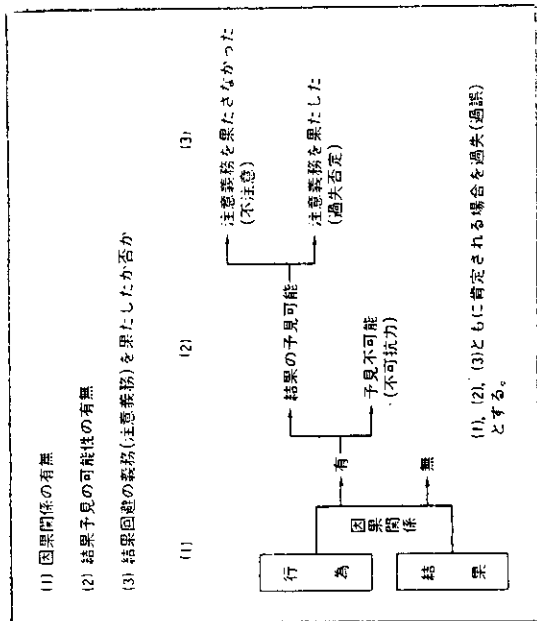


図 8-1. 医療過誤成立の要件