

医療過誤と人権の侵害

看護婦は指示された薬品を使用するにあたり、その薬剤の成分、禁忌、副作用、注射実施上の注意等の書かれている薬剤の添付文書をよく読み、注射の実施にあたって予測される危険を回避する責任がある。添付文書にもシヨックについて記入されておらず、学会、判例等にもその薬剤によるシヨックの危険性が報告されていないにもかかわらず、シヨックがおこったとすれば、これは現代の医学では予測不可能のことであり、不可抗力の医療事故と考えられるであろう。

C. 結果回避義務（注意義務）

結果予見の可能性のあるものについては、その危険を回避するための注意義務が果たされたかどうかということが最終的に問題となる。

ベッド転落の危険性があると予測した患者については、柵のあるベッドを使用しているか、柵のあげ忘れはなかったか、とめ金はきちんと止まっているか、夜間の巡回は計画通り行ったかどうかなど注意義務を果たしたかどうかが問われる。機械の接続に間違いはないか、指示された薬品名、用いる薬品の量、患者の間違いないかなど確認を十分行わなければならない注意義務があることはいまでもない。

看護婦が過失責任を問われるものうち、注射に関するものが多い。非常に似かよった名前の薬品の間違い、薬液量のmgとmlを間違えるという注意義務違反もある。また、乳児の患者を間違えて手術場に送ったとか、同姓の患者に間違えて注射してしまったなど考えられないような事故もあり、また経鼻カテーテルから注入すべき止血剤や消化剤を中心静脈に注入して患者を死亡させた例も数多く新聞紙上に報道されている。

医療が複雑、高度化するにつれて看護の対応もまた複雑、高度化してくる。肉体的・精神的に問題をもつ患者を24時間継続して常時観察・判断し、その対応をする看護婦の業務は肉体的・精神的に疲労度の高いものである。

特に危険度の高い業務については、複数の人による確認、再度の確認というように確認を重ねることによって、たとえ1人の人の不注意があったとしても、事故を未然に防止することが可能となる。

注意義務を果たしたか否かは、記録によって立証されることが多いので、記録は正確に記載される必要がある。

以上、転落・転倒・誤薬というように主として患者の肉体に重大な障害をおよぼすと思われる医療事故、医療過誤について述べてきた。しかし、法律的な過失責任の有無とは別に、不注意な看護婦の言葉や態度によって患者の心に障害を与えることも、不注意によって患者の肉体に障害を与えることと同様に、倫理的な看護婦の過失として受けとめていかなければならない。

a. 人間としての尊重

医療事故や医療過誤によって患者に与える障害は、目に見える結果を生じるために看護婦が受けるシヨックは大きい。

これに対し、心に与える障害は患者の心に大きいシヨックを与えるが、目に見える結果として表現されない限り看護婦の認識の対象にならず、見過ごされてしまうことが多い。

1984年、医療事故の救済と防止を目的とした弁護士グループが発起人となり、患者、医療事故被害者、医療従事者、一般市民らの手によって作成された「患者の権利宣言」が公表された。その第1に「患者は、病を自ら克服しようとする主体として、その生命、身体、人格を尊重されなければならない」と記されている。人格の尊重という、このまったく当たり前の事が改めて権利として主張されなければならないということは、今の医療の現場で、患者の人格が十分尊重されていないということを意味するのではないだろうか。

日本国憲法第13条では、個人の尊重と公共の福祉に関して「すべて国民は、個人として尊重される。生命、自由及び幸福追求に関する国民の権利については、公共の福祉に反しない限り、立法その他の国政の上で、最大の尊重を必要とする」と明記している。医療過誤あるいは医療従事者の心ない言葉や態度によって、この尊重されるべき生命や身体に危害が加えられ、幸福追求に関する権利が脅かされることになる。看護婦のちょっとした言葉や態度が患者に与えらるべき希望を与えることでもあれば、言われぬ悔めさを耐えさせることにもなる。

医療過誤がただちに医療紛争になるとは限らない。逆に、医療者側に過失がなく、死亡または後遺症がやむを得ないものであったとしても、患者が医師、看護婦等の言動に不満をいだいていけば、医療紛争になることがある。看護婦と患者相互の信頼関係が必要であり、その信頼関係は、患者を1人の社会人として、その人格を尊重する心から生じる。

b. 知る権利の尊重

前記の患者の権利宣言の中に「患者は、自らの状況を理解するために必要なすべての情報を得る権利を有します(以下略)」として、自分の病氣について、その病名、検査、治療法、治療の危険性、予後、経過等について十分理解できるまで医療従事者から説明をうける権利を有する。また、「患者は前項の情報と医療従事者の誠意ある助言、協力を得た上で、自己の自由な意志に基づいて、検査・治療その他の医療行為を受け、選択し、あるいは拒否する権利を有します」と患者の自己決定権を述べている。アメリカの判例ではすべての健全な精神をもった成人は、自分の身体をどう処理するか決定する権利をもつ。医療は患者が事前に医師から治療の内容、目的、効果、副作用の危険性について十分な説明を受け、納得・同意した上で行わなければならないと述べている。

医療従事者によって一方的に与えられる医療や看護ではなく、患者が自分のこととして納得した上でうける治療や看護でなければならない。看護婦は、医師の治療方針、治療の方法、行われる検査の必要性とその手順、処置等についての医師の説明を、患者の理解の程度に応じて納得のいくまで説明しなければならないし、看護婦の行うケアについても同様に、その理由・方法等を患者の理解できる言葉で説明する必要がある。

患者や家族が安静の必要性、塩分制限の必要性等を自分のこととして理解することによって、看護婦の目をぬすんで安静を守らなかつたり、塩分を摂取したりというような事故を防止することにもつながる。

医療過誤を防止するため、看護婦は患者の肉体的な側面のみでなく、もつと心の側面に目をむけて行かなければ、肉体的・精神的・社会的存在としての患者の安全を守っていけない。

4

医療過誤における法的責任

すでに述べたように、日本国憲法は第13条において個人の生命、自由、幸福追求に関する権利を、第25条においては健康で文化的な生活を営む権利を保障している。

医療従事者の過失によって、この憲法で保障された健康権、自由権、幸福追求権、文化的生活権が侵害されることになる。国家はこのような行為をした者に対して、国民の法益を保護するために刑を科する。これが刑罰である。このほか、民法では、故意または過失によって他人の権利を侵害した場合、それによって生じた損害について

加害者が賠償責任を負うものとしている。これが民事上の処罰である。このほか保健婦、助産婦、看護婦、准看護婦としての免許に対する責任を問われ、行政処分として免許の取り消しあるいは一時停止をうける場合がある(保健婦助産婦看護婦法参照)。

すなわち、医療過誤をおこした場合、社会の秩序維持、社会防衛のための民事責任、個人のうけた損害を賠償するための民事責任、さらに免許された者としての免許に対する責任が問われる。

a. 刑法上の責任

看護婦等が医療過誤で問われる刑事上の責任は、業務上過失致死傷罪である。看護業務に従事する者、医師、薬剤師などは、その業務の性質が人の生命、身体に対して危険を生ぜしめられるおそれがあるため、“業務上必要なる注意”として特別の注意義務が課せられている。

それは、事故発生当時、一般的に良識を備えた通常一般の看護婦等の知識・技術による注意能力を基準に考えられている。この基準に照らして、看護婦等に注意義務違反があり、それが事故をひきおこしたという因果関係が立証された時、業務上過失致死傷罪として処罰される。刑事上の責任は民事上の責任と異なり、当事者責任として保健婦、助産婦、看護婦、准看護婦、学生、看護助手の如何を問わず、あくまでも事故をおこした本人がその責を負う。たとえ医師が責任を負うから実施するようにといわれたとしても、実施上の過失があれば過失をおかした本人以外の者がその責任を代わってとることは不可能である。

業務上過失致死傷罪(刑法第211条)：

「業務上必要ナル注意ヲ怠リ因テ人ヲ死傷ニ致シタル者ハ五年以下ノ懲役若クハ禁錮又ハ千円(註)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」

罰金等臨時措置法により1,000円の罰金は20万円となる。

b. 民法上の責任

第709条で「故意又ハ過失ニ因リテ他人ノ権利ヲ侵害シタル者ハ之ニヨリテ負傷ヲ賠償スル責ニ任ス」と故意であると過失であると問わず損害賠償のつけている。この損害賠償についてはさらに使用者の責任を次のように定め

5

医療過誤の防止

医療過誤を防止し、患者に安全な看護を提供することは、看護業務に従事する者の義務である。そのためには、次のような責任があることを自覚しなければならない。

a. 専門職としての確実な知識と技術をもつ

保健婦、助産婦、看護婦、准看護婦がおのおのその資格試験に合格し、免許を受けているということは、その免許に備する基礎的な知識・技術を有する者であることを、公的に保障するものである。医学、看護学は日々高度化・複雑化している。それらの進歩に対応していかなければならないし、看護婦の知識・技術の不足から医療過誤をおこすことのないよう研修に努める必要がある。

b. 確認の義務

前にも述べたように、看護婦のかかわる事故のほとんどは、確認を怠るという過失によって考えられないようなウツカリミス、ボンヤリミスを犯している。

看護業務は、肉体的にも精神的にも疲労度の高い業務であり、これらの疲労は注意力・集中力を生理的に減退させるものである。仕事に馴れてくると、漫然と忙しい日々の業務をこなすようになり、かえって医療過誤をおこしやすくなる。業務を行うにあたり、確認を重ねるといふ初歩的・基本的注意義務を忘れてはならない。

c. 人権の尊重

若い、まだ人生経験の浅い看護婦が医学、看護学の知識と技術を過信し、看護において最も大切な人と人との関係に無頓着であったり、知らず知らずのうちに弱者対強者という人間関係が生じやすい環境の中にあつて、患者の心を傷つける言葉や態度は厳に戒めて行かなければならない。

看護婦として信頼に備する知識と技術をもつとともに、人間として社会人としての成長がなければ、専門職として安全な看護を提供することはできない。

□ 1) 使用責任者(民法715条)

「或事業ノタメニ他人ヲ使用スル者ハ被用者カソノ事業ノ執行ニツキ第三者ニ加工タル損害ヲ賠償スル責ニ任ス(以下略)」

看護婦、保健婦のほとんどは被用者であり、看護婦等がその業務を行うにあたり相手に損害を与えた場合は、その使用者(国、都道府県、市町村、法人、開業医等)がその損害の賠償を支払う責任を負わなければならない。被害を受けた者にとっては、被用者よりも資力のある使用者から賠償を求めほうが有利であり、使用者も被用者の活動によって利益を得ているという考えから使用者の賠償責任が定められていると解釈されている。

損害賠償については、このほか次のような規定がある。

□ 2) 債務不履行による損害賠償(民法415号)

「債務者カ其債務ノ本旨ニ従ヒタル履行ヲ為サザルトキハ債権者ハ其損害ノ賠償ヲ請求スルコトヲ得(以下略)」

医療に関しては、患者と医師または医療機関との間に、診療とそれに対する診療報酬の支払いに関する契約をむすび、医療者側が債務者となり患者が債権者となるという関係が成立するという考えに立っている。債務不履行において問題となる「債務の本旨」というのは、すべての患者をもとの健康体にもどすということではなく、医師、看護婦その他医療従事者が現代の医学をもって誠心誠意その治療・看護にあたることを意味する。

すなわち、医療における債務不履行とは、現代における医学知識、医療水準をもってすれば、診断・治療が可能であるのに医療従事者が誠意をもって治療・看護にあたらなかったという過失によって、その債務の履行がなされなかった場合をいう。

C. 行政上の責任

看護婦等が医療過誤をおこした場合には、保健婦、助産婦、看護婦、あるいは准看護婦の免許を有している者として、その免許に対する行政上の責任が加わる。行政上の処罰としては免許の取り消し、あるいは業務の一時停止があるが、それらについては保健婦助産婦看護婦法第14条において述べたとおりである。免許の取り消し、あるいは業務の一時停止は、その処分をうける本人にとつては非常に不利益なことであり、不当な不利益処分を受けることのないよう、これらの処分を行うにあたっては、保健婦、助産婦、看護婦に関しては医療関係者審議会に、准看護婦に関しては都道府県准看護婦試験委員会に諮問してその意見を聞くことになっている。

看護・医療事故に関する文献

1994年 ～ 1999年

表1. 医療事故に関する研究件数

キーワード	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	合計
医療過誤	171	145	108	101	124	115	116	139	90	186	140	220	150	1805
医療事故	50	37	29	17	29	22	50	20	16	50	34	54	34	442
事故防止	12	5	23	11	33	44	57	41	54	42	72	141	107	642
インフォームド・コンセント	2	0	14	37	46	112	170	333	486	590	600	726	488	3604
リスク・マネージメント	0	0	0	0	0	0	0	2	5	22	16	68	64	177
情報公開	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	10	17	7	38
患者の権利	0	0	0	0	0	0	0	9	4	11	6	4	4	38

表2. 「医療事故」文献の内訳

	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	合計
看護学教育 (原著論文)								3	1	0	0	0	0	4
看護学教育 (一般論文)								0	0	0	0	0	1	1
看護学教育 (会議録)								0	0	0	2	1	0	3
看護学教育 (解説)								0	0	0	0	0	0	0
臨床看護 (原著論文)								3	8	0	2	2	2	17
臨床看護 (一般論文)								0	0	6	5	2	1	14
臨床看護 (会議録)								1	1	2	1	2	2	9
臨床看護 (解説)								0	0	5	6	3	7	21
医学関係								13	6	37	18	44	21	139

表3. 「事故防止」文献の内訳

	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	合計
看護学教育 (原著論文)								0	0	1	0	0	0	1
看護学教育 (一般論文)								0	0	0	0	0	0	0
看護学教育 (会議録)								0	0	0	3	1	1	5
看護学教育 (解説)								0	0	0	0	0	0	0
臨床看護 (原著論文)								11	9	3	9	5	8	45
臨床看護 (一般論文)								0	0	0	0	8	0	8
臨床看護 (会議録)								4	6	4	10	25	32	81
臨床看護 (解説)								0	0	3	5	7	17	32
医学関係								24	34	30	41	89	38	256

「医療事故」文献の再録あり

表4. 看護領域における「医療事故」文献のテーマからの整理

研究対象	研究方法と内容	研究の考え方	事故の種類	看護の内容
看護学教育	事故防止についての教授方法の実践分析	ロールプレイング・シミュレーション導入の学習効果	学生の事故	成人看護実習
	学生の「ハツとヒヤツと体験」の分析	医療事故判例を使用した授業 看護婦の法的責任 事故防止のための学生指導 事故予防 臨地実習中の教員の責任		
	実態調査 事例報告	実態把握 実態把握、防止策の検討・改善	医療事故全般	
	事故の分析			
	事故の分析 - 患者管理の仕方			
	事故の分析 - インフォームド・コンセント			
	事例報告	事故の要因把握と紛争防止策の検討	医療事故全般	
	事例の分析			
	事故の分析 - 死因	死亡事故原因分析	医療事故全般	
	事故の分析 - 紛争の端緒	事故後、紛争防止の対応の検討		
看護記録の分析	証拠としての記録の信用性	医療事故全般		
事故に対する認識調査	実態把握			
新卒者の起こした事故の分析	傾向と卒後教育の内容検討	医療事故全般		
教育的背景と医療事故の発生要因	実態把握と意識変化の必要性			
婦長の医療事故に対する認識調査	実態把握			
事故対策についてのヒヤリング	事故と業務との関連性の考察			
看護業務の実態調査	事故と業務との関連性、業務の改善			
看護業務の検討	事故要因と事故防止策の検討			
「ヒヤハットメモ」「アツとハツとノート」の分析	事故防止策、対応の検討			
事故事例の分析	事故防止に向けての業務の改善			
事故防止策の評価	効果的な看護、対策の検討			
事故防止を意図した看護実践の評価(事例研				透析看護
医療事故全般	事故防止を意図した看護実践の提言	看護実践の考え方、方法の紹介	ICUでの事故	ICUでの選択的援助
	裁判事例の分析と解説	事故における看護婦の責任の自覚	手術	周手術期の看護
	産科領域における実践報告	医療事故防止 助産婦の過失・賠償	産科での事故	産褥期の看護 児心音の経時的観察
	事例研究 - 保健指導の内容	事故要因と防止策の検討 保健指導の評価	事故全般	
小児	事例の分析			

この内容は「医療事故」の文献208件中看護領域の文献69件を整理したものである。

表5. 看護領域における「事故防止」文献のテーマからの整理

研究の対象	研究方法と内容	研究の考え方	事故の種類	看護の内容
看護学教育	事故防止に向けての考察 事故防止についての教授方法の実践分析 事故防止に関する意識調査	事故防止に関する教育内容の考察 ロールプレイング・シミュレーション導入の学習効果 体験学習の学習効果 法的観点からの教育内容の検討	転倒・転落事故 学生の事故	成人看護実習 小児看護学 臨床実習
トラブル 看護事故全般	事故防止に関する意識調査 ヒヤリハットメモの分析 事故防止策についての看護部のヒヤリング 事故事例の分析 予防策の基本指針 新卒者の事故の内因分析 看護婦の「思いこみ」の分類 ケア物品、補助具の工夫・ 看護の工夫－実践の評価 事故防止策の評価 リスクマネジメントのプロセスの解説 事故分析の方法－実践のヒント 事例検討	事故防止策の参考 事故防止策の現状把握と課題の発見 事故防止策の検討 卒後教育の内容検討 事故の影響要因を検討 安全なケア物品 事故防止のための安全な援助 事故防止策の効果、修正 リスクマネジメントの必要性 事故防止に効果的な事故分析 事故防止のための病棟管理者の役割 事故防止を考慮した援助 要因検討 事故防止策の啓蒙	事故全般	評価基準の作成 胸帯の改良、ガーゲルベース 安楽な姿勢保持の工夫 技術子エック 事故分析シート
精神科	事故防止策の紹介と解説 事故予防対策の実態調査 保健指導の評価(事例研究) 誤飲防止指導後のアンケート調査 事故の実態調査と対策実践の評価(誤飲) 8年間の電話対応の分析(誤飲・誤食) 事故の分析 事故防止に関する養育者の意識調査 事故予防に関する解説 事故予防策の検討 事故防止対策実践報告－クベース内での危険防	事故防止に効果的な事故分析 事故防止のための病棟管理者の役割 事故防止を考慮した援助 要因検討 事故防止策の啓蒙 実態把握と事故要因の検討 事故防止に対する保健指導の効果 実態把握と予防指導の効果 家族指導の検討 事故原因の検討(病床管理) 実態把握 事故予防の啓蒙 危険防止対策 住宅改造の効果検討システム作り	自殺 転倒 無断離院 事故全般 事故全般 誤飲 誤飲・誤食 胸部圧迫 事故全般 クベース内での事故	安全チェックリスト、パンフレット 保健指導 パンフレットでの指導 乳児に成人用ベット使用 教育プログラムの作成 危険防止ガードの作成
高齢者	転倒・骨折の既往のある人の住宅改造追跡調査 高齢者の事故予防についての解説 転倒の事故の分析－生活環境との関連 事故報告書の分析－排泄と転倒事故の関連	住宅改造の効果検討システム作り 事故防止対策－生活環境改善の検討 事故防止策を考慮した排泄援助	骨折 事故全般 転倒事故	排泄援助
針刺し事故	高齢者の事故に対する看護者の思考の分析 事故防止策の実践評価(針刺し事故)	事故防止に関する看護者の意識改革 防止策工夫の効果 対策の効果－安全装置付き翼状針の効果とコスト	針刺し事故	空ボトルを利用した防止器具 の工夫、全般 安全性の高い器具の使用

研究の対象	研究方法と内容	研究の考え方	事故の種類	看護の内容
転倒転落	アンケート調査(現状と対策) 職場環境のアセスメント 外国のマニュアル、教育内容の検討 事故防止策の実践評価(転倒転落)	現状把握 危険因子の確認と事故防止策 効果的な防止策の検討 防止策の効果 患者教育 看護婦の認識・判断力の向上	転倒転落事故	排泄ハタタン表の作成 他 転倒予防教室 防止マニュアルの活用 チェック表作成
透析中の事故	事故防止策の検討 事故事例の分析 事故報告書・看護記録の分析 事後処理に関する捉え方のアンケート調査 患者にとって安全なベッド高さの検証 事故対策実践の分析 実態調査 ハツとメモの分析 透析看護に必要な知識の解説	事故危険因子の検討 小児科看護婦の認識把握と対策検討 安全な病床環境 業務改善の評価 実態把握と事故要因、防止策の検討 トラブルの分析を防止策に活かす 事故防止のための基礎知識	抜針事故 事故全般	回路のテープ固定方法
手術室での事故	看護業務改善の実践評価(事例研究)	安全な機器の管理と使用方法	機器管理	シリンジポンプ用電源コードの改良 針カウント方法の改善
ICUでの事故 与薬	事故報告書の分析-発生要因 新人の与薬ミスの分析・検討 誤薬の実態調査	事故防止策の検討 事故防止対策の検討 問題点の把握	事故全般 与薬ミス 誤薬	
輸血	援助の工夫と考慮点の検討 事故防止策の評価	事故防止の啓蒙 誤接続防止策の検討	事故全般 誤接続	
IVH 挿管チューブ	トラブルの実態調査と事故要因の検討 事故の要因分析	事故防止策の検討 要因と対策の検討	事故全般	24時間タイムテーブルによる観察
人工呼吸器装着	事故の分析-看護側の 事故防止策の実践評価(人工呼吸器装着患)	事故防止策の検討	事故全般 人工呼吸器 装着患者の事故	チェック表
車椅子使用	事故防止策の実践評価(大腿骨頭部骨折術後車椅子)	事故防止策の検討	転倒・脱臼	チェックリストとシグナルの考案

この内容は「事故防止」の文献457件中看護領域の文献172件を整理したものである

2. 看護基礎教育の事故予防に関するカリキュラム検討

分担研究者 坪倉繁美（厚生労働省看護研修研究センター）

研究協力者 林 幸子（厚生労働省看護研修研究センター）

衣川さえ子（厚生労働省看護研修研究センター）

金澤暁民（厚生労働省看護研修研究センター）

高橋弘子（厚生労働省看護研修研究センター）

高橋正子（東邦大学医療短期大学看護学科）

太田博子（佼成看護専門学校）

丸山美知子（厚生労働省看護研修研究センター）

目 次

研究要旨	1
A 研究目的	1
B 研究方法	3
1 質問紙による調査	
2 授業の詳細の聞き取り調査	
3 看護基礎教育のカリキュラム検討	
C 研究結果	5
I 質問紙による調査結果	5
1 回答者の属性	
2 医療事故予防の安全文化の醸成に対する取り組み	
3 医療事故予防に必要な判断に関する能力	
(1) 重要と考えている能力・卒業時点で到達が困難と思われる能力についての教員の認識	
(2) 医療事故予防に必要な判断に関する教育の実態	
(3) 医療事故を予防する能力について教育している内容	
4 医療事故予防に必要な看護の倫理に関する能力	
(1) 看護の倫理に関する重要と考えている能力・卒業時点で到達が困難と思われる能力についての教員の認識	
(2) 看護の倫理に関する能力の教育の実態	
5 看護技術の教育の実態	
(1) 「与薬」のエラー要因の教授状況	
(2) 「転倒・転落」のエラー要因の教授状況	
(3) 「与薬」及び「転倒・転落」以外の看護技術・行為のエラー要因の教授状況	
6 教育内容別における教育の実態と基礎教育、卒後教育別の必要性	
7 臨地実習における看護技術の体験	
8 医療事故予防についての最近2年間の取り組み	
II 授業の詳細の聞き取り調査結果	22
1 カリキュラム上の位置づけと教育内容	
(1) 「医療事故」を専門基礎科目「関係法規」に位置づけた教育	
(2) 基礎看護学に位置づけた教育	
(3) 成人看護学に位置づけた教育	
2 教育方法及び教材等の工夫	
(1) スチューデント・レクチャー方式で展開された「医療事故」の教育	
(2) 学生の臨床実習における体験を教材とした教育	
(3) 実験を取り入れた「安全を守る技術」の教育	
(4) システムアプローチの視点を導入した「注射」の教育	
III 看護・医療事故予防に関する看護基礎教育におけるカリキュラム試案	28
1 看護・医療事故予防に関する看護基礎教育におけるカリキュラムの作成の考え方	
(1) 目標化	
(2) 育成する能力	
(3) 教育内容・教育方法	

- (4) カリキュラムとしての系統性
- (5) 自由度のあるカリキュラム
- 2 看護・医療事故予防に関する看護基礎教育における到達目標
- 3 看護・医療事故予防にかかわるカリキュラム軸
- 4 教育内容
 - (1) 看護・医療事故予防及び安全の基盤となる考え方
 - (2) 医療事故予防に関する看護職の責任と法的責任
 - (3) 医療事故予防の根幹となる看護倫理
 - (4) 医療事故予防と看護の方法論
 - (5) 医療事故予防と看護実践
 - (6) 医療事故予防のための医療と看護システム
 - (7) 演習
 - (8) 実習
- 5 教育方法
 - (1) 講義による方法
 - (2) 演習による方法
 - (3) 実習による方法
- 6 時間配当
- 7 科目設定
- 8 評価

D	考察	3 9
I	調査結果に関する考察	3 9
	1 医療事故予防の安全文化の醸成とカリキュラムへの反映	
	2 医療事故予防に関する能力の分析と教育方法の改善	
	3 倫理観を中心に据えた教育の重要性	
	4 自己モニタリングが働くような教育のためのメタ認知能力の育成	
II	カリキュラム試案に関する考察	4 4
	1 医療事故の考え方の「責任追及」から「原因追及」への転換	
	2 実践カリキュラムへの適用	
	3 研究の限界	
E	結論	4 6
F	健康危険情報	4 7
G	研究発表	4 7
H	知的所有権の取得状況	4 7

図表一覧

表 1	各校における看護・医療事故予防に関する教育実践の概要	5 1
図 1	看護・医療事故予防のための能力育成	5 3
図 2	看護・医療事故予防に関わるカリキュラム軸	5 3
表 2	看護・医療事故予防の教育内容の試案	5 4
表 3	看護基礎教育における事故予防に必要な能力の育成	5 6
表 4	判断に関する能力の分野別にみた教育	5 7
表 5	判断に関する能力の領域別にみた教育	5 8
表 6	判断に関する能力の時期別にみた教育	5 9
表 7	判断に関する能力の教授・学習方法別にみた教育	6 0
表 8	判断に関する能力の教材別にみた教育	6 1
図 3	判断に関する能力の教育の有無 総計	6 2
図 4	危険因子を査定する能力	6 2
図 5	危険性を予測する能力	6 2
図 6	批判的に思考する能力	6 3
図 7	発言・主張する能力	6 3
図 8	評価する能力	6 3
図 9	優先度を決定する能力	6 4
表 9	看護の倫理に関する能力の分野別にみた教育	6 4
表 1 0	看護の倫理に関する能力の領域別にみた教育	6 5
表 1 1	看護の倫理に関する能力の時期別にみた教育	6 6
表 1 2	看護の倫理に関する能力の教授・学習方法別にみた教育	6 7
表 1 3	看護の倫理に関する能力の教材別にみた教育	6 8
図 1 0	看護の倫理に関する教育の有無 総計	6 9
図 1 1	人権を護り代弁する能力	6 9
図 1 2	表現を支援する能力	6 9
図 1 3	有益性、危険性を説明する能力	7 0
図 1 4	情報提供ができる能力	7 0
図 1 5	正直に言える能力	7 0
表 1 4	「与薬」のエラー要因の教授・学習方法別にみた教育	7 1
表 1 5	「与薬」のエラー要因の教材別にみた教育	7 2
図 1 6	「与薬」のエラー要因の教育の有無 総計	7 3
図 1 7	患者誤認の要因	7 3
図 1 8	薬剤名のまちがいを起こす要因	7 3
図 1 9	薬剤の量のまちがいを起こす要因	7 4
図 2 0	与薬方法・日時に関するまちがいを起こす要因	7 4
図 2 1	薬剤の投与速度のまちがいを起こす要因	7 4
表 1 6	「転倒・転落」のエラー要因の教授・学習方法別にみた教育	7 5
表 1 7	「転倒・転落」のエラー要因の教材別にみた教育	7 6

図2 2	「転倒・転落」のエラー要因の教育の有無 総計	7 7
図2 3	転倒・転落を起こしやすい患者の身体的の要因	7 7
図2 4	転倒・転落を起こしやすい患者の精神的 要因	7 7
図2 5	転倒・転落を起こしやすい患者の薬剤による影響	7 8
図2 6	転倒・転落を起こしやすい患者の補助具にる要因	7 8
図2 7	転倒・転落を起こしやすい患者の環境要因	7 8
表1 8	大学における看護基礎教育・卒後教育での教育の必要性の認識	7 9
表1 9	短期大学3年課程における看護基礎教育・卒後教育での教育の必要性の認識	8 1
表2 0	短期大学2年課程における看護基礎教育・卒後教育での教育の必要性の認識	8 3
表2 1	養成所3年課程における看護基礎教育・卒後教育での教育の必要性の認識	8 5
表2 2	養成所2年課程における看護基礎教育・卒後教育での教育の必要性の認識	8 7
図2 8	医療におけるリスクマネジメントの考え方	8 9
図2 9	ヒューマンエラーの概念	8 9
図3 0	関係法規における看護業務の範囲と責任	8 9
図3 1	インシデントレポートの必要性	9 0
図3 2	インシデントレポートの分析	9 0
図3 3	医療事故発生時の対応	9 0
図3 4	医療事故と労働条件・組織との関連	9 1
図3 5	医療におけるリスクマネジメントの考え方	9 2
図3 6	ヒューマンエラーの概念	9 2
図3 7	関係法規における看護業務の範囲と責任	9 2
図3 8	インシデントレポートの必要性	9 3
図3 9	インシデントレポートの分析	9 3
図4 0	医療事故発生時の対応	9 3
図4 1	医療事故と労働条件・組織との関連	9 4
表2 3	臨地実習中の体験状況	9 5
図4 2	臨地実習中の内服の与薬の体験状況	9 7
図4 3	臨地実習中の皮下注射の体験状況	9 8
図4 4	臨地実習中の筋肉内注射の体験状況	9 8
図4 5	臨地実習中の点滴静脈内注射中の速度の調整の体験状況	9 8
図4 6	臨地実習中の自動輸液ポンプの操作の体験状況	9 9
図4 7	臨地実習中の 静脈内採血の体験状況	9 9
図4 8	臨地実習中の座薬挿入の体験状況	9 9
図4 9	臨地実習中の浣腸の体験状況	1 0 0
図5 0	臨地実習中の導尿の体験状況	1 0 0
図5 1	臨地実習中の膀胱洗浄の体験状況	1 0 0
図5 2	臨地実習中の経管栄養の接続・注入の体験状況	1 0 1
図5 3	臨地実習中の薬液注入の体験状況	1 0 1
図5 4	臨地実習中の酸素吸入の体験状況	1 0 1
資料	調査用紙	1 0 3

平成 12 年度厚生科学特別研究事業
分担研究報告書
看護基礎教育の事故予防に関するカリキュラム検討

分担研究者 坪倉繁美（厚生労働省看護研修研究センター）

研究要旨

医療事故に対する認識は、事故を起こしたものの自身に問題があるとされる「責任指向」から、原因は何か「原因指向」の認識をもつことが重要であると変革した。医療事故の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、医療事故防止に関するカリキュラムの改善のための検討を行うことをねらいとした。

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ーメタ認知能力が働くー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・学習方法を検討し、カリキュラム試案として提言した。

A 研究目的

1990 年代後半以降、医療事故に関わる報道の頻度が急増し、人々の医療の質への注目度が高まり、医療事故防止対策が社会的緊急解決課題となっている。

看護基礎教育においても教育の改革が求められていることは、現実の医療事故発生状況からして、言をまたない。

既に、分担研究 1 で述べているが、医療事故における問題の改善に向けて、看護基礎教育を変革していくことの必要性を整理すると以下のようにいえる。

第一に、医療事故に対する考え方のパラダイム転換が挙げられる。すなわち、従来の「責任指向」から「原因指向」への考え方の転換である。

従来の医療事故に対する考え方は、医療従

事者にとっては医療事故はあってはならない、医療を受ける者にとってはあるはずがない、事故は起こらないものであるとする考え方が主流であった。従って、事故は「個人」が注意すれば起こらないはずであり、一旦事故を起こしたとなれば、個人の責任が厳しく追及され、責任追及を免れるための隠蔽が起きやすい。このような医療の文化の弊害は、患者の被害はもちろんのこと、患者の医療従事者に対する信頼の低減、職員の医療サービスへの志気の低下、更には、病院組織全体の活性化に支障をきたすことである。

近年、人間がおかす失敗であるヒューマンエラーにおける原因を認知心理学、行動科学の視座から学問的な分析を加えることによって、事故の見方は大きく変化した。

事故発生の要素は決して「個人」だけの問題ではなく、4Mといわれる個人を取り巻く「人間関係 Man」「機械 Machine」「媒体 Media」「管理 Management」が存在するといわれる。

ヒューマンエラーは個人の能力を越えた時点では、だれでも起こしうる類のものであるという認識に変化している。

第二に、医療事故の考え方の変化に伴い新たな教育の開発が求められている。すなわち、「断片的」「個別的な教育」から「体系的」「総合的」「理論的」な教育へと転換が必要となってきた¹⁾。

ヒューマンエラーの観点に立って行われている航空機事故予防対策としてのCRM (Cockpit Resource Management) 訓練は、状況認識、問題解決、意志決定、コミュニケーション、ストレス、マネージメントを強化するものであるといわれている。とりわけ、航空界では過去において機長が絶対的な権力を持っていたために、周囲の者が間違いに気がついても注意できなくて事故につながったといわれている。

「思い込み」や「焦り」や「失認」といった人間として避けがたいヒューマンエラーは、その周囲の人が注意することで大きな事故に至らずにすむのである。お互いに注意し合ったり、密なコミュニケーションを取れなければ、クルーの持っている資源や情報を生かせないということで、並列の人間関係の形成に重点が置かれている。機長の役目はそのマネジメントであるといわれている²⁾。

複雑な要因からなる事故の原因を追求し、その結果を共有することにより同じ事故を起こさないようにすることが重要であり、その為の教育内容及び方法の工夫、開発が求められている。

第三に、看護基礎教育における医療事故予防の教育の実態が把握できていない為、改革の方向性が明確化できないという問題性が挙げられる。

看護基礎教育における医療事故予防に関する従来の教育では、「事故は個人の責任」とする文化を背景とした考え方があったため、事故を起こさないように学生個々人に「注意」を喚起するレベルの指導助言にとどまっていた。

先行文献においては、分担研究1で添付した資料に示すように、1990年代後半以降、医療事故防止に関する教育実践と教育効果に関する報告や看護基礎教育機関における教育の実態報告が出されている。しかしながら、具体的に開発された授業内容や方法についての報告は少ない。

カリキュラムとしては、1987年改正の指導要領で「関係法規」に「医療過誤」が位置づけられ、重要性が認識された。

けれども、その後の弾力化されたカリキュラム改正を経た今日、教育機関でどのような教育実践がなされているかに関する報告は見あたらない。このことは、看護・医療事故予防に関する看護基礎教育の実態がつかめていないことを示している。

看護・医療事故予防に繋がる教育を志向する上で、教育の実態が不明瞭な状況においては、教育内容を変革しようとしても意味ある変革はできない。

以上、三つの問題をあわせると看護基礎教育に求められる改革は、現在の教育の実態を踏まえつつ、パラダイムシフトを志向したカリキュラム開発にならなければならないことを意味する。

そこで、本研究は、医療事故予防に関わる教育に対する看護教育者の認識及び現在の教育の実施状況について明らかにする。

さらに、調査結果をもとに看護・医療事故の予防に求められる能力について分析を加え、新たに看護基礎教育のカリキュラムの体系化をはかることを目的とする。

< 用語の操作的定義 >

(a) 安全

医療や看護の知識や技術を反映しながら、事故による傷害のない状況を達成することである。なお、事故予防の目標やその方法について「安全教育」あるいは「リスク・マネジメント」などと様々な用語で表現されているが、ここでは「安全」と「リスク」の関係を次のような位置づけとする。安全は患者の立場からみると医療サービスの質の点において最重要課題である。危険や侵襲を伴う医療には「リスク」が潜在するという課題に対し、医療従事者は「安全」を確保するという使命と責任をもつ。

従って、医療サービスを提供する行為そのものには「リスク」と「安全」は表裏一体の概念が存在するものとしてとらえる。

(b) 医療事故

医療にかかわる場所で、医療の全過程にお

いて発生する人身事故一切を包含する。これは患者ばかりでなく医療従事者も対象となる。

(c) ヒューマンエラー

ヒューマンエラーは、人間の行動のうち、本人の意図した結果に至らなく、人、物、環境、システムを傷つけたり壊しするものをいう。行動は動作の失敗だけでなく、判断や決定のミスもエラーである。

B 研究方法

看護基礎教育における医療事故予防に関わる教育の実態を調査する。実態の調査としては、質問紙調査及び授業の詳細の聞き取り調査を行う。実態調査結果の検討を踏まえて、看護・医療事故の予防に関する看護基礎教育のカリキュラム試案を作成する。

1 質問紙による調査

1) 調査内容の構成

調査内容の設定にあたり、文献及び教育実践知の検討を踏まえ、看護基礎教育における看護・医療事故予防に関わる能力を3つの能力として捉えてその視点から内容を構成した。以下にその能力について述べる。

(1) 判断に関する能力

正しい意志決定が行われる為に必要な判断に関わる能力としては、『対象の情報から、医療事故につながる危険因子を査定する能力』、『看護行為をすることでの（或いはしないことでの）

対象に与える危険性を予測する能力、「危険性を予測する能力」、『医師の指示や看護計画に対して批判的に思考する能力、「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、以下「発言・主張する能力」』、『看護行為の安全性・効果・方法を熟考し、評価する能力、以下「評価する能力」』、『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、以下「優先度を決定する能力」』の6つの能力が必要であると考えた。

(2) 倫理に関する能力

価値に対する倫理的態度が倫理的価値であり、価値の順序性はその人の価値体系に一度組み込まれると、その人の選択を左右する動機となる。専門的価値はその専門家集団によって規定されておりガイドラインになる³⁾⁴⁾。

医療事故を予防するための患者中心の看護を実現し、看護の専門職としての自律性を高めるために看護倫理の教育は、重要な位置を占める。

医療事故予防に必要な看護の倫理に関する能力として『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、以下「人権を護り代弁する能力」』、『対象が自己の感情、考え、意志をスムーズに表現できるように支援する能力、「表現を支援する能力」』、『対象が受ける治療、処置に伴う有益性や危険性について理解できるように説明する能力、「有益性、危険性を説明する能力」』、『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ができる能力、「情報提供ができる能力」』、『看護を実践する前後に生じた「疑念・誤り」については、かくさずに正直に言える能力、「正直に言える能力」』の5つの能力が必要であると考えた。

(3) 看護技術に関する能力

看護技術の教育は、根幹をなし教授されているところではあるが、看護・医療事故防止の為に、確実な技術の習得が必須である。技術の確実性を保証していくには自己モニタリングが欠かせない。「エラーをしないように、自分の頭の働きと行動を、自分で知って調整する」というモニタリング機能が、エラーと直接的に関係するのは行為領域の自己モニタリングであるとされる⁵⁾。仕事に習熟していないときには、Plan — Do — See (PDS) に非常に認知的な負荷がかかり、認知機能が十分に発揮できないときには情報処理不全が発生し、見落とし、判断ミスが発生する。習熟してくると PDS のサイクルは自動化する。最初に学ぶ時はある一つの行為についても 10 個の PDS の意識的な要素行為が、習熟するとこれが一つになる⁶⁾。習熟すると、情報処理不全や見落とし、判断ミスが減少することから確実な技術の習得が欠かせない。看護技術に関する能力としては「確実な技術」「自己モニタリング—エラー要因の自覚的判断」をおいた。

2) 具体的調査方法

全国の看護大学・短大・養成所に対し、あらかじめ作成した自記式質問紙による郵送調査を行った。

調査対象者は平成 12 年度において最終学年を教育している学校養成所 941 校に配布した。

調査内容は、各学校養成所における「医療事故の安全文化の醸成とカリキュラムの考え方」、「医療事故に必要な判断に関する能力の教育に関する教員の認識と教育の実態」、「医療事故予防の根幹を支える看護の倫理の教育

に関する教員の認識と教育の実態」「医療事故のなかで最も多い与薬の看護技術の教育の実態」「医療事故のなかで多い転倒・転落の教育の実態」「医療事故を予防するために必要な教育内容の基礎教育、卒後教育いずれにおいて教育が必要であるかの認識」「臨地実習における体験状況」である。

3) 分析方法

質問紙による調査結果の統計解析 SPSS forWindows9.0 を使用し計数データは学校種別の回答数とその割合を示した。

4) 倫理的配慮

調査においては、対象者に調査への協力を依頼し、承諾を得て行った。データの分析及び成果の発表にあたっては、対象を特定する全てのデータを排除し、匿名性の保証を遵守した。

2 授業の詳細の聞き取り調査

医療事故に関して、先駆的な取り組みをしている学校養成所11校を対象に授業実践について詳細な聞き取り調査をした。調査内容は、カリキュラム上の位置づけ、教師の意図、教育の内容の構成、教授・学習方法の工夫等である。

授業の詳細な聞き取り調査の結果は、8名の研究担当で検討し、質的に内容分析した。

3 看護基礎教育のカリキュラム検討

質問紙による調査並びに授業の詳細の聞き取り調査の結果の検討をふまえて検討し、「看護・医療事故予防に関する看護基礎教育におけるカリキュラム試案」を作成した。

C 研究結果

I 質問紙による調査結果

941校に配布し、回収(率)は432校(45.9%)で、有効回答(率)は426校(98.6%)であった。学校養成所の内訳は大学52校、短期大学3年課程および2年課程含めて67校、養成所3年課程478校、養成所2年課程344校に配布し、回収(率)は大学20校(38.5%)、短期大学(以後短大とする)29校(43.3%)、養成所3年課程228校(47.7%)、養成所2年課程148校(43.0%)、無回答1校であった。

1 回答者の属性

大学・短大・養成所全体に占める割合をみると以下のとおりである。

設置主体別にみると都道府県が一番多く74校(17.4%)、次いで国(厚生省)62校(14.6%)、市町村56校(13.1%)、学校法人51校(12.0%)、医師会48校(11.3%)であった。

アンケートに主に回答したものの職位については、教務主任が一番多く279校(65.5%)、次いで副校長46校(10.8%)、学科長27校(6.3%)であった。

2 医療事故予防の安全文化の醸成に対する取り組み

「日頃から医療事故に関する教育内容について話し合いをしているか」については全体では「している」303校(71.1%)、「していない」121校(28.4%)であった。「し

ている」を学校養成所・課程別にみると、大学は13校(65.0%)、短大3年課程19校(76.0%)、短大2年課程2校(50.0%)、養成所3年課程170校(74.6%)、養成所2年課程98校(66.2%)であった。

現在「医療事故の予防を目標化しているか」については、「している」97校(22.8%)、「していない」325校(76.3%)であり、「している」について学校養成所・課程別にみると、大学は3校(15.0%)、短大3年課程5校(20.0%)、養成所3年課程57校(25.0%)、養成所2年課程32校(21.6%)であった。

「カリキュラムに医療事故の予防について具体的に目標化すべきか」については、全体では、「そう思う」173校(40.6%)、「どちらかといえばそう思う」178校(41.8%)、「どちらかといえばそう思わない」53校(12.4%)、「そう思わない」10校(2.3%)で、「そう思う」と「どちらかといえばそう思う」合わせて351校(82.4%)であった。「そう思う」学校養成所・課程別にみると、大学4校(20.0%)、短大3年課程8校(32.0%)、養成所3年課程96校(42.1%)、養成所2年課程64校(43.2%)、「どちらかといえばそう思う」は大学8校(40.0%)、短大3年課程13校(52.0%)、養成所3年課程90校(39.5%)、養成所2年課程64校(43.2%)であった。「そう思う」と「どちらかといえばそう思う」を合わせると、大学12校(60.0%)、短大3年課程21校(84.0%)、養成所3年課程186校(81.6%)、養成所2年課程128校(86.5%)であった。

「目標はどこにあげるべきか」については、「実習目標」247校(58.0%)で最も多く、次いで「単元目標」221校(51.9%)、「科目目標」202校(47.4%)、「卒業生の到達目標」144校(33.8%)としている。「教育目的・目標」にと考えるものは84校(19.7%)、「教育

理念」24校(5.6%)であった。

3 医療事故予防に必要な判断に関する能力

(1) 重要と考えている能力・卒業時点で到達が困難と思われる能力についての教員の認識

①重要と考えている能力

重要と考えている能力3つを選択したなかで多い能力は「危険性を予測する能力」353校(82.9%)、「評価する能力」320校(75.1%)、「危険因子を査定する能力」295校(69.2%)の3つであり、以下「優先度を決定する能力」114校(26.8%)、「発言・主張する能力」112校(26.3%)、「批判的に思考する能力」69校(16.2%)であった。

学校養成所・課程別にみると、大学は「評価する能力」の割合が最も高く18校(90.0%)、次いで「危険因子を査定する能力」15校(75.0%)、「危険性を予測する能力」14校(70.0%)であった。短大3年課程においては、「危険因子を査定する能力」の割合が最も高く18校(72.0%)、次いで「危険性を予測する能力」17校(68.0%)と「評価する能力」17校(68.0%)であった。養成所3年課程は「危険性を予測する能力」の割合が最も高く190校(83.3%)、次いで「評価する能力」169校(74.1%)、「危険因子を査定する能力」157校(68.9%)であった。養成所2年課程は「危険性を予測する能力」の割合が最も高く127校(85.8%)、次いで「評価する能力」112校(75.7%)、「危険因子を査定する能力」102校(68.9%)であった。(表3)

②最も重視して教育している能力

重要と考え、しかも最も重視して教育し

ている能力1つを選択したなかで最も多い能力は「評価する能力」175校(41.1%)、次いで「危険性を予測する能力」126校(29.6%)、「危険因子を査定する能力」85校(20.0%)であった。

学校養成所・課程別でみると、いずれにおいても「評価する能力」が最も多く、大学11校(55.0%)、短大3年課程9校(36.0%)、養成所3年課程90校(39.5%)、養成所2年課程63校(42.6%)であった。(表3)

③到達が困難な能力

6つの能力のうち到達が困難と思われる能力3つを選択したなかで多いものは「批判的に思考する能力」329校(77.2%)、「発言・主張する能力」271校(63.6%)、「優先度を決定する能力」217校(50.9%)である、以下「危険因子査定する能力」161校(37.8%)、「評価する能力」122校(28.6%)、「危険性を予測する能力」85校(20.0%)であった。

学校養成所・課程別にみると、大学は「批判的に思考する能力」13校(65.0%)、「優先度を決定する能力」11校(55.0%)、「発言・主張する能力」10校(50.0%)の順であり、短大3年課程は「発言・主張する能力」19校(76.0%)、「批判的に思考する能力」14校(56.0%)、「危険因子を査定する能力」9校(36.0%)の順であり、看護婦3年課程及び2年課程の順位は同じであり、看護婦3年課程「批判的に思考する能力」177校(77.6%)、「発言・主張する能力」134校(58.8%)、「優先度を決定する能力」126校(55.3%)、2年課程は「批判的に思考する能力」122校(82.4%)、「発言・主張する能力」104校(70.3%)、「優先度を決定する能力」70校(47.3%)であった。(表3)

(2)医療事故予防に必要な判断に関する教育の実態

①危険因子を査定する能力

教育の有無については「行っている」341校(80.0%)、「行っていない」58校(13.6%)であった。行っている分野については「専門分野」311校(91.2%)、「専門基礎分野」102校(29.9%)、「基礎分野」64校(18.8%)であった。行っている領域については「基礎看護学」が最も多く297校(87.1%)、「成人看護学」216校(63.3%)、「老年看護学」207校(60.7%)、「小児看護学」207校(60.7%)、「母性看護学」179校(52.5%)、「精神看護学」179校(52.5%)、「在宅看護学」162校(47.5%)、「地域看護学」52校(15.2%)であった。(図3・4 表4・5)

行っている時期は、「2年次」が最も多く255校(74.8%)、「1年次」252校(73.9%)、「3年次」200校(58.7%)、「4年次」17校(5.0%)であった。(表6)

行っている教授・学習方法については、「講義」が最も多く279校(81.8%)、「臨地実習」239校(70.1%)、「演習—思考訓練」174校(51.0%)、「演習—疑似体験」113校(33.1%)であった。(表7)

行っているものが使用する教材は「市販のテキスト」197校(57.8%)、「事例」188校(55.1%)、「学習者の体験事例」132校(38.6%)、「判例」105校(30.8%)、「ビデオ」67校(19.6%)であった。(表8)以下特徴的な自由記述をひろった。「事例」は新聞・雑誌掲載事例で転倒・転落や誤薬が多く、運動機能障害・片麻痺のある患者、インフォームド・コンセントに問題がある事例、患者取り違えの事例を用いている。「学習者の体験事例」は実習中のヒヤリ・ハットや実習中の事故事例を用いており、内容は誤嚥、