

する為に患者を守る自覚を育てたいという教師の願いから発している。学生に、看護者自身が安全を阻害するリスクを持っていることを理解させ、安全を守る必要性を実感させ動機づけるという意図でなされた実践である。

基礎看護学「基礎看護技術」の単元「安全を守る技術」の内容として、手洗いの重要性や清潔の意味を認識させることを目的に細菌培養の実験を組み込んだ。

具体的には、手洗い前後、除菌法による手洗い後等の条件別に細菌培養を行い、細菌の繁殖状況を比較検討させた。

学生は、微生物の存在を目に見える形で確認できたことにより、看護者自身が常在菌を持ち感染経路となるリスクを持つということが実感でき、リスク回避行動への自覚を高めることに繋がった。

#### (4) システムアプローチの視点を導入した「注射」の教育—K短大3年課程の場合

K短大では、基礎看護学の科目「看護方法論Ⅳ」の単元「薬物療法と看護」の中に小単元「注射と検査に伴う看護」をおき、2年次後期に16時間で授業展開している。

看護技術の学習をやり方として覚えさせるのではなく、システムアプローチとして問題解決型学習で、学生が自分で考え実施していくプロセスをとるように工夫している。授業者は、基礎分野での裾野の広い人権と倫理、安全に関する系統だった学習を基盤とし、その上に与薬に関する学習があると捉えており、他者のリスクを我がことのように感じられる学生を育みたいと考えている。

授業者の提唱するシステム・アプローチ

を用いた教育とは、Aさんに安全にBという薬物を与薬するという目的を達成するために、a.与薬が医療における看護業務のどこに位置づくのかを確認し、b.Aさんの健康問題を把握し、Bという薬物の与薬が治療のどこに位置付くのか及び薬物の作用等を知り、c.Aさんの状態の変化に応じて観察事項を報告し、指示を再確認するというように状況の変化に応じた判断をし、d.ガイドラインを守り、e.患者の条件に応じた安全な与薬を実施する、f.実施後、結果の観察を行うという行為を一連のシステムとして捉え、問題解決型の学習法をとるものである。

実際には、講義4時間の後、輸液療法を行う患者の具体的援助を学ばせる為に、演習の前に、事例を呈示して課題学習をさせる。その上で、事例に添って、患者の状況の変化に応じた判断の仕方が学べるように、複数の状態の変化例を提示し考えさせながら実施させている。

### 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

質問紙調査及び授業の詳細な聞き取り調査の結果から、看護・医療事故予防にかかわる「判断」「倫理」「看護技術」に関する能力育成のための系統的な教育が行われていない実態が明らかになった。

したがって、これらの能力育成のための教育内容及び方法の開発を主眼としたカリキュラム作成を試みた。

看護基礎教育における看護・医療事故予防のカリキュラム試案について、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、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、5. 教育方法、6. 時間配当、7. 科目設定、8. 評価の側面から整理して述べる。

## 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

看護・医療事故予防を教育目標にあげている学校養成所は少なかったが、目標化すべきと考えているところは多かったことから、今後、看護基礎教育で看護・医療事故予防を目標にあげていく必要がある。目標化することは、教授・学習活動をする際に、教授者は事故予防を意図することになる。また、学習者は事故予防を学ぶ必要性を動機づけられることになる。目標化することによって、学校全体が看護・医療事故防止に組織的に取り組み、安全文化を醸成することにつながる。

### (2) 育成する能力

看護・医療事故予防のための能力の育成として、図1のように構造化した。調査の結果を踏まえて、一層、「安全文化」の醸成を基盤として「倫理」及び「判断」「技術」の能力の育成を教育の中核に置くものであると考える。

看護の倫理として『対象が不利益を被ら

ないように、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』『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』『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』『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』の5つの能力を育成する。

判断力として『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）対象に与える危険因子を予測する能力』『医師の指示や看護計画に対して批判的に思考する能力』『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・主張する力』『看護行為の安全性・効果・方法を熟考し、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』の6つの能力を育成する。

技術として『確実な技術』『自己モニタリングエラーの要因の自覚的排除』を育成する。これらの能力を育成して、安全な看護の実践力が培われる。調査結果をふまえて、これらのうちで、とくに強化すべき能力について述べる。

#### ①看護・医療事故予防に関する能力

看護・医療事故予防に関する能力のうち、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』であった。これらの能力は、卒業時に到達が困難な実態があるが、看護・医療事故予防を考える時、看護職が自らの行為を、行為の主体者となって実行するためには不

可欠な能力である。教育方法を工夫してこれらの能力を強化していかなければならない。

## ②看護・医療事故予防の根幹を支える

### 看護の倫理に関する能力

看護・医療事故予防の根幹を支える看護の倫理に関する能力のうち、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。これらの能力は、看護職としての意志決定の根幹になるものである。看護・医療事故予防を考える時、とくに患者の人権を護り代弁する能力は、安全な看護実践の基盤となるため、教育方法を工夫して育成しなければならない能力である。

## ③看護技術

看護婦の業務には、療養上の世話と診療の補助業務とがある。療養上の世話における看護・医療事故予防を考えた時、看護婦は、患者の行動や反応を予測して援助をするが、予測できず防ぎえなかったために生じる事故がある。たとえば転落・転倒である。診療の補助業務においては、看護婦が、患者の行動や反応を予測しえなかったために事故が生じることもあるが、看護婦が「してしまった」事故もある。たとえば誤薬などである。

この両方の看護婦の業務を、安全に遂行するための看護技術に関する能力として、「確実な技術」と、間違いをおこしやすい要因を排除するといった「自己モニタリング」の能力の育成が必要である。

## (3) 教育内容・教育方法

看護・医療事故予防の基盤となる考え方として、ヒューマンエラーの概念についての学習が必要である。人間は間違いをおこす存在であるとの前提にたつと、個人での自己モニタリングだけでなく、チームでのモニタリングが必要になってくる。個人の間違いによる危険を最小限にするための、システムとしての安全対策を学ぶ必要がある。

いままでは事故がおきた場合、事故を起こした責任は誰かを追及する責任追及型が多かった。責任追及型になると責任を回避する力が働き、事故の原因がゆがめられる可能性が高くなる。人間は間違いを犯す存在であるというヒューマンエラーの概念を理解し、責任追及型でなく、事故の原因はなにかという原因追求型に変えて、その中から事故予防について学んで、学んだ結果を事故予防に活用していく教育内容と方法が必要である。

また、看護技術教育では、最も事故の多い「与薬」や「転倒・転落」についてのエラーの要因についての内容は、多くの学校養成所で教育されていた。しかし、その教育方法は講義が中心であった。また、先駆的な取り組みをしている学校養成所からの聞き取り調査によると、教育方法として講義や市販のテキストを使用することの限界をふまえ、総合的で現場に近い感覚を味わうことができるような演習や事例を使った教育が必要であると認識していた。このことから、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重要である。

#### (4) カリキュラムとしての系統性

看護・医療事故予防に必要な能力の育成を考えた時、系統的な教育が必要である。現在のところ看護・医療事故予防を意識した系統的な教育がなされているとはいえない実態があったが、学習者が教育内容を認知的理解のレベルにとどまらず、看護・医療事故予防の考え方がわかったうえで、現象を分析し総合的に考えられるようになり、さらに行動できるまでを視野に入れるならば、系統的な教育が必要である。

#### (5) 自由度のあるカリキュラム

カリキュラムとしての系統性が必要ではあるが、実際にカリキュラムを作成するにあたっては、各学校養成所の設置主体のニードや制約、教師や学習者の状況に合わせて、実践カリキュラムへの適用性を慮し、自由度のあるカリキュラムを作成していくことが望まれる。

## 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

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をもとに、看護基礎教育の教育内容を設定するにあたって、その最終目標として、卒業時に学生がどのような知識と技術を習得していればよいかの到達目標を明らかにした。

### 到達目標

- 1) 人間の行動にはヒューマンエラーが存在することを理解し、ヒューマンエラ

ーを最少にする方策とシステムとがわかる。

- 2) 対象の権利擁護のために、倫理的判断ができ、必要な行動がとれる。
- 3) 医療及び医療組織における事故防止に関する看護婦の責任と役割を理解し、自ら危険を回避するための行動がとれる。
- 4) 対象者側と医療者側等に潜む医療事故の危険因子を総合的に査定できる。
- 5) 安全を保証する確かな技術に支えられた看護行為が提供できる。
- 6) 医療事故を予防するためのシステムの構築にむけて参画するための基礎的な能力を養う。
- 7) 安全な看護を提供するために、自己の看護技術や技能を熟練・向上するために継続的に学習する能力の基礎を修得する。

## 3 看護・医療事故予防にかかわるカリキュラム軸

看護・医療事故予防にかかわる学習進度や内容の段階を示す「カリキュラム軸」を作成したものを、図2に示す。これは、図1の看護・医療事故予防のための能力育成と到達目標に基づき作成した。

レベルIの段階で、看護教育課程の基礎となる基礎分野、専門基礎分野となる内容（認知心理学、行動科学、人間工学、安全学、環境学など）を学ぶ。その上で専門分野として、レベルI～IVは学習の段階を示す。大学では、レベルI～IVは1年生から4年生にほぼ該当する。短期大学や3年課程の養成所では3年間の中でレベルI～IVを該当させる。

## 4 教育内容

学生の卒業時の到達目標に基づいて、具体的な教育内容を設定した。看護・医療事故予防に関して、看護基礎教育で教育する必要がある内容は、大きく7つのカテゴリーに分けられる。7つのカテゴリーは「看護・医療事故予防及び安全の基盤となる考え方」「医療事故予防に関する看護職の責任と法的責任」「医療事故予防と看護の方法論」「医療事故予防の根幹となる看護倫理」「医療事故予防と看護実践」「医療事故予防のための医療と看護システム」「演習」「実習」である。

以下、順に述べる。各カテゴリーとその下位の内容を述べる。教育内容を表2「看護・医療事故予防の教育内容の試案」に示す。

### (1) 看護・医療事故予防及び安全の基盤となる考え方

第一のカテゴリーは「看護・医療事故予防及び安全の基盤となる考え方」である。この下位の内容には「看護・医療事故の概念」「ヒューマンエラーの概念」「事故の分類とハインリッヒの法則」「組織事故の発生とメカニズムと拡大」「自己モニタリング」「医療における患者の安全の確保」である。

「看護・医療事故の概念」では、看護・医療事故とは何かを学ぶ。また、ヒヤリ・ハットやインシデントとの差異や関連を学ぶ。

「ヒューマンエラーの概念」では今までは「間違いをおかしてはならない」という看護基礎教育だったが、それを、「人間は間違いをおかすものである」ということを

前提として位置づけて教育することである。ミス・エラーはどうか、人間はどんな時に間違いを起こしやすいか、情報伝達ミス・不足、認知・認識ミス、判断・意志決定ミス、操作・動作ミス、操作後の確認ミスなどのヒューマンエラーについて学習する。

ヒューマンエラーの概念は、看護・医療事故予防及び安全の基盤となる考え方の中核になる。いままで、基礎看護教育の多くは、ケアを必要とする人々に安全なケアを提供するにはどのように行えばよいか、いかにすれば安全なケアが提供できる」という原理・原則を中心に教授されてきていた。看護技術を習得しても、なおケアに関わる情報を認識し実施していく過程には、ヒューマンエラーが潜んでいる。ケアの対象者自身の状況や、ケアの実施者の情報を認知する許容量がオーバーする時や、組織の問題などである。

人間を「間違いをおかすもの」としてとらえた場合、一人の個人としての側面だけでは限界がある。そこで、看護・医療の現場をシステムの側面から捉えて、安全対策を理解する必要がある。これには、人間工学からみた安全対策として、作業当事者の人間の身体的、心理的・精神的状況や技量、知識が事故に影響することがある。認知心理学からみた安全対策として、労働条件・勤務時間などの環境や設備・機械・器具などの強度・機能・配置や、組織・管理規定・教育訓練方法などの管理が事故に影響する<sup>7) 8)</sup> ことがある。また、自己モニタリングや目標管理などの内容がある。

「医療における患者の安全の確保」では、スタンダードの医療を提供することであり、医療の質そのものを保証するものであることを学ぶ。医療は人間の生命を守る仕

事であるが、実際には「救命」や「延命」の目的のために一般的見地からは危害（危険）である手術療法や薬物療法など、人間に何らかの侵襲をもたらす。つまり、治療を受けるということは、治療によって引き起こされる危害と効果を、患者はすでに引き受けていることになる。医療における患者の安全の確保とは、治療によって引き起こされる危害のほかには、患者に危害を与えないことである。

## (2) 医療事故予防に関する看護職の責任と法的責任

第二のカテゴリーは「医療事故予防に関する看護職の責任と法的責任」である。この下位の内容には、「医療事故予防のためのアサーティブ能力」「保健婦助産婦看護婦法による業務範囲」「医師業務との関係」が含まれる。

「医療事故予防のためのアサーティブ能力」では、看護・医療事故予防の観点から、アサーティブ能力が重要であることを学ぶ。医師の指示や看護婦がたてた看護計画を看護学生が批判的に思考することや、批判的に思考をし状況判断し、行為を選択し実施する際に、看護職として意志決定をしていくことが看護職の責任であり、看護・医療事故予防には不可欠な能力である。また、リーダーシップを発揮し、調整する力を持ち看護職として自律していくことが求められる。もちろん、このことは、看護職として仕事をする際のすべてに必要であるが、とくに看護・医療事故予防ではなくてはならない能力である。なぜなら、変化する患者の状況に対応して看護行為を提供する看護職は、患者の状況を判断し行為を選択し実施するという意志決定を、つねに求

められているからである。

「保健婦助産婦看護婦法による業務範囲」「医師業務との関係」では、保健婦助産婦看護婦法による業務範囲や医師業務との関係や法的責任<sup>9)</sup>などの基本的知識を学ぶ。

## (3) 医療事故予防の根幹となる看護倫理

第三のカテゴリーは「医療事故予防の根幹となる看護倫理」である。看護・医療事故予防に必要な看護の倫理に関する能力として『人権を護り代弁する能力』『表現を支援する能力』『有益性、危険性を説明する能力』『情報提供ができる能力』『正直に言える能力』が必要である。

この内容は、患者の人権擁護のために、看護婦がとるべきアドボカシーはなにかを学ぶ。患者自身ができないことを支援することが看護婦の役割であるならば、もっとも患者の側にいる看護婦がもっとも患者を理解し、患者が不利益を生じないように人権擁護の行動がとれる能力が必要であることを理解する。看護・医療事故予防のためには、患者サイドにたつて、患者の生命をかけたえのない存在として尊重する姿勢が基盤となる。

## (4) 医療事故予防と看護の方法論

第四のカテゴリーは「医療事故予防と看護の方法論」である。下位の内容は「専門的知識の習得と看護技術習熟」「マニュアルの整備と遵守」「事例から学ぶ手法」「医療事故と事故後の対応」が含まれる。

この内容は、第一のカテゴリーから第三のカテゴリーの理解をもとに、看護の方法論を学ぶ内容である。まず、看護・医療事故予防には、専門的知識を習得し、知識不

足による事故の発生を防ぎ、看護技術を習得し、未熟な技術による事故の発生を防ぐことの必要性を理解する。それは看護職として生涯学習・訓練していく責任があることを学ぶことに他ならない。また、看護・医療事故予防に焦点をを当てた場合の学び方として事例から学ぶ手法がある。その手法として、ヒヤリ・ハット体験の分析がある。分析の方法として、なぜヒヤリ・ハットしたのか、未然に気づいたのはなぜか、自己モニタリングが働いたのか、あるいはシステムとしてのチェックがあったのか、今後ヒヤリ・ハットしないためにはどのようにすればよいのか、というような分析から学ぶ方法を学ぶ。また、ヒヤリ・ハット体験の分析には、当事者の責任を問わないことが、事実を歪めず事実から学ぶ基本になることを知る。当事者をせめることは「百害あって一利なし」である。

これまでも、事故はおきていたが、原因が明らかにされていない場合が多かった。それは、事故を白日のもとにさらさないで当事者だけで処理されがちだったからである。だから、他の人々がおこした事故から学ぶという文化が育ってこなかった。人々の健康増進、健康回復をめざす医療の現場で事故をおこさないことは当然であるが、ヒューマンエラーの前提に立つ時、エラーが生じた場合のことを知り、その中から反省的に学習していくことが必要になってくる。さらに、看護・医療事故が生じた場合の事故調査のあり方や、事故後の患者・家族への対応やスタッフへの対応などを学ぶ。これは、たとえば自動車の運転免許取得の際に、安全運転をするための内容を学習するだけでなく、多い自動車事故の種類・自動車の事故をおこした場合の対応方法などを学ぶことと同様である。

おこるかもしれない事故や危険因子、おきてしまった場合の対応方法を知っておくことは、事故をおこさないための安全弁の役割や、おきてしまった事故の被害を最小限にする役割を果たすことになる。

## (5) 医療事故予防と看護実践

第五のカテゴリーは「医療事故予防と看護実践」である。下位の内容は、「危険の情報収集」「危険因子の査定」「危険の予測」「危険を回避した看護実践」「看護実践の評価」である。

この内容は、看護実践をする際にどのような思考と行動をとれば看護・医療事故予防につながるかということ学ぶ内容である。エラーの要因となるものの情報収集と分析では、たとえば、胃チューブによる経管栄養を注入する場合に、患者の意識レベルや認識力・体動、胃チューブの固定の状況、注入物の種類などにエラーの要因となるものはないかを情報収集し分析する。さらに対象者側・医療者側・環境・状況要因や複合した要因が全体に及ぼす影響はどうかと危険因子を査定し、危険を予測する。危険を回避した看護実践をするには、予測した危険の回避とともに、複数の仕事を抱えている看護職は、優先すべき援助内容を的確に決定し実施していくことが求められる。また、実践したことを評価し、計画にいかしていくことを繰り返すことによって、看護・医療事故予防の実践力は高まるということ学ぶ。

これは、看護過程のプロセスと同様であるが、特に、危険の情報収集・危険因子の査定・危険の予測をし、危険を回避した看護実践に焦点化して学ぶことによって、看護・医療事故予防の実践力を育成する。

## (6) 医療事故予防のための医療と看護システム

第六のカテゴリーは「医療事故予防のための医療と看護システム」である。下位の内容には、「リスクマネジメントの考え方」「システム全体としての安全管理」「労働安全衛生管理と適正な人員配置」「医療事故予防の組織的取り組み」「安全文化の醸成」が含まれる。

この内容は、個人としての看護・医療事故予防の看護実践だけでなく、システム全体としてアフォーダンス（適切な行為を自然に誘う仕掛け）はどうか、安全管理はどうなっているかを学ぶ内容である。セルフモニターをするのは当然のこととして、一人が間違いをおかしても、チームとしてのチェック機能が働けば、危険を回避することができ、結果として患者の安全を確保することができる場合がある。そのために、医療と看護システムを学ぶ。

「人間は間違いを犯す」ということを前提にして、しかも間違いを犯したとしても結果がシステムの安全にとって致命的にならないような手段を、何段階にも分けて、システムの中に組み込んでおく<sup>10)</sup>ことの重要性和その方法を学ぶ。

## (7) 演習

第七のカテゴリーは「演習」である。下位の内容は「危険因子を査定する」「危険を予測する」「批判的に思考する」「勇気をもって発言する」「評価する」「優先度を決定する」「倫理的判断と行動」である。

この内容は第一カテゴリーから第六カテゴリーまでで看護・医療事故予防の基盤と

なる考え方や知識を学んだので、さらにその理解を深めることをねらい演習として設定している。学生のレディネスにあった事例を選択し、対象と場の特徴から危険因子を査定し、危険を予測し、批判的に思考することや、勇気をもって発言することの重要性などについてグループで検討し学ぶ。演習の課題の例として、①倫理的ジレンマと判断と対処事例、②患者誤認と与薬ミスと転倒事例、③持続静脈内注射中の患者の移動及び寝衣交換の事例、④ミステークとスリップ、⑤アサーティブ、⑥危険因子と優先順位、⑦問題解決力などがある。

## (8) 実習

第八のカテゴリーは「実習」である。実習目標は次のとおりである。

- 1) 対象の権利擁護のために、倫理的判断ができ必要な行動がとれる。
- 2) 医療及び医療組織における事故防止に関する看護婦の責任と役割を理解し、自ら危険を回避するための行動がとれる。
- 3) 対象者側と医療者側等に潜む医療事故の危険因子を総合的に査定できる。
- 4) 安全を保証する確かな技術に支えられた看護行為が提供できる。
- 5) 医療事故を予防するためのシステムの構築にむけて参画するための基礎的な能力を養う。
- 6) 安全な看護を提供するために、自己の看護技術や技能を熟練・向上するために継続的に学習する能力の基礎を修得する。

安全な看護実践力を育成するためには、実習での学習が必要である。患者の援助に



潜む危険の情報収集をして、危険因子を査定し、危険を予測し、危険を回避した実践の実際を実習で学ぶ。この実習目標には、「4. 安全を保証する確かな技術に支えられた看護行為が提供できる」が含まれるため、看護行為が提供できる段階の実習の中に取り込む。

実習の仕方には、従来の実習単位の目標にこれらの目標を統合する①統合型、従来の実習単位ではなく新しく実習単位を新設する②新設型、従来目標にこの看護・医療事故予防の目標を上載せる③上載型の3つの方法が考えられる。

## 5 教育方法

教育方法を大きく分けると、1) 講義による方法 2) 演習による方法 3) 実習による方法がある。以下、順に述べる。

### (1) 講義による方法

講義では、はじめは基礎的な知識・概念を理解させることである。たとえばヒューマンエラーの概念や看護倫理や看護実践の方法などである。この際の教材は、テキストだけでなく、新聞記事や文献、判例集から取り上げた判例などを使うと理解させやすい。またペーパーシュミレーションだけでなく、VTRなどの映像を活用してイメージづけるのもよい。認知心理学で、イメージに関するペイビオの理論は2重コード説と呼ばれ、人間の知識は言語コードかイメージコードという形式で記憶され、2種類の形式でコード化しておけば、それだけ手がかりも増え、よく再生されることになるというがある<sup>12)</sup>。またイメージには絵の隠喩としてのイメージだけでなく、情報を

構造化し、言語表現した(命題的記述)としてのイメージがある<sup>12)</sup>。複数の方法を組み合わせることによって、学習者は基本的な知識や概念を理解しやすくなる。

### (2) 演習による方法

二つ目の教育方法は、演習を取り入れることである。

「講義を聞いた時には分かっていたが今はわからない」という言葉は、学生が試験勉強や実習を行う際に、よく耳にすることである。講義だけでは、学習を定着させるのは難しい。D.A.ブライ<sup>13)</sup>は、『ほとんどの討論場面は、学習の理解の定着の機会を与えることができる。なぜなら討論はいずれも、活動的な学習場面と、教えられた情報を使う機会を与えるからである。また「・・・の間にはどんな違いがあるか」、「・・・はどのような点が似ているか」という質問は分析的な思考や評価的な思考を与えることができる。』と述べている。

このことから、講義による概念的な理解から、さらに「自分の全体像の中に位置づけられる概念」の獲得に至るまで認識を深化させることが必要になってくる。そのため、教授者が講義という方法で知識や概念を与えるだけでなく、演習による学生の思考訓練や技術訓練が不可欠である。学生の思考訓練のためにグループワークを導入したり、個人および集団による課題学習を行う。また、グループワークや課題学習を教授者が与える方法のみでなく、学習者自身が決めて学習者自身が学んだ内容を発表したりする学習者の主体的な教育への参加や、学習者の主体的な問題発見・問題解決をはかる方法も工夫できる。

自ら学び自ら考える能力とは、メタ認知

能力と重なる<sup>14)</sup>といわれる。メタ認知能力とは、自分の学習活動を自分でコントロールする能力である。自分の認知活動を一段上から眺め、コントロールしていく活動である。具体的に言えば、自分の学習上の問題点や課題を自ら発見し、解決のための適切な学習方法を選択し、実行して、その結果不十分なところがあれば、学習活動を修正していくことができることである。このメタ認知能力の育成には、一定の段階を踏んだ学習が必要である。その段階には、知識段階、分析・理解段階、評価の段階、総合段階がある。

このことから、教育内容の第Ⅶのカテゴリー「演習」は、講義と重複した教育内容ではなく、演習を通して、単に知識ではなく「なるほど」「納得」と実感し、自らの行動変容へと導けるような理解の深さまでを期待するための方法である。

一方、看護・医療事故の事例分析を中心に演習をすると多くのマイナスイメージを学習者にインプットすることになり、かえってリスクとなるという見方もある。しかし、同じ事故の事例をどのようにしたら危険を回避できるかとプラスイメージに変換することは可能である。自分がこれから行おうとする業務の、どこに危険要因があるかを知っていると、そこへの注意力をあげることができ、結果として事故予防につながる。事故の事例分析をすることが、学生がプラスイメージを形成するか、マイナスイメージを形成するかは、事故事例の分析をどのような姿勢で分析するかの教授者の教育方法にかかってくるといえる。事故を起こした当事者を非難するのではなく、事故から学ぼうとする敬虔な姿勢での教育が重要になってくる。

### (3) 実習による方法

実習の仕方には、従来の目標にこれらの目標を統合する①統合型、従来の実習単位ではなく新しく実習単位を新設する②新設型、従来の目標にこの看護・医療事故予防の目標を上載せる③上載型の3つの方法が考えられると先に述べた。

もちろん、いままでの実習の中でも看護・医療事故予防の内容は学習してきた。上記の3つの方法のうちどれを選択するかは、学校の状況による。しかし、実習単位を新設する考え方は、看護行為をする際に看護・医療事故予防を目標化することによって看護職として、医療事故の予防に関連する能力や看護倫理を焦点化して学ばせることを意識的にできるメリットがある。

実習では、実習前に看護・医療事故予防の観点でオリエンテーションをするこや、実習前に専門職として自覚と責任について考えさせることも一つの方法である。また、実習中のカンファレンスのテーマとして取り上げたり、ヒヤリ・ハット体験があった場合には、カンファレンスで取り上げ、学習者で考えさせ共有化し、行動レベルで考え実践できるように変容できるように意図する。

また、学生一人一人が、実習の中で、情報をどのように認知し、判断し、決定し、行動したかを看護・医療事故予防の視点から意図的に振り返らせ、指導者がフィードバックしていくことも必要である。

いままでの実習単位は、基礎看護学実習の他は多くは領域・対象別の看護の実習で、そこでの多くは、一人の受け持ち患者を持ち看護過程の展開を通して学ぶ実習内容だった。しかし、今後は、看護・医療事故予防、リーダーシップと調整などの内容

別の実習単位の編成も必要と考える。

## 6 時間配当

設定した各カテゴリーを授業する際に必要な時間数を、実態調査に基づいて、およその時間数を割り出した。第一から第六カテゴリーは、各カテゴリー毎に90分を2～3コマ使い、第七カテゴリーの演習は6コマ程度で行う。講義と演習を合わせて45時間から60時間の2単位、実習は2単位である。

設定した教育内容は、多くは各科目の中に分散・埋没させていた教育内容で、看護・医療事故予防という視点で掘り起こし焦点化したものと、新しい内容とで再構築したことになる。そのため、カリキュラム編成をする際には、カリキュラムの時間数を増やして学生の負担を多くしすぎないようにすることが必要である。

## 7 科目設定

設定した教育内容の科目設定について3つの考え方がある。一つは設定した教育内容を1つの科目に設定する科目成立型である。二つ目は、設定した教育内容を、各科目に分散する分散型である。三つ目は設定した教育内容にさらに他の内容を加えて一つの科目設定する広域型である。次にそれぞれについて述べる。

### (1) 科目成立型

設定した教育内容を一つの科目に設定する場合は、科目名は「看護安全学」とし、表2に示す内容を教授する。看護安全学と一つの科目名にするのは、看護・医療事故

予防の知識および看護の実践に必要な考え方を分断せずに、系統的に教授するためである。調査の結で果から看護・医療事故予防を意識した系統的な教育がなされていない実態があったが、看護安全学として系統的な教育をすることにより、知識だけでなく看護・医療事故予防に関連する能力の育成を意図的に組み入れ、卒業時の到達目標が達成できるようになると考える。

### (2) 分散型

二つ目の設定した教育内容を各科目に分散する分散型は、設定した各カテゴリーの内容を一つのまとまりとし、表2に示すように「人間科学」「行動科学」「人間工学」や「看護と法律」「看護倫理」「基礎看護技術」などの科目の中で教授する方法である。その際には、分散された知識を、看護・医療事故予防の視点で統合させる演習や、実習の指導上の工夫がさらに必要になってくる。

### (3) 広域型

設定した教育内容にさらに他の内容を加えて一つの科目設定する広域型は、たとえば、感染予防の教育内容<sup>15)</sup>を含めて「看護安全学」とする方法などである。今回設定した教育内容は看護・医療事故予防だったが、感染予防の内容を含めると、「安全」を看護・医療事故予防という側面からと、感染予防という側面から焦点化することができる。

## 8 評価

看護・医療事故予防の内容は、必修科目

として位置づける。一つの科目として設定した場合の「看護安全学」は当然のこととし、他の科目の中に分散させた場合の科目も必修科目とする。必須科目にするのは、看護実践を行う場合に不可欠な教育内容であるからだ。

講義・演習の評価にあたっては、単純な知識の想起のレベルはなく「理解のレベル以上」で評価する。また、実習においては、目標に到達したかをどこかで観察法で評価する。観察法を併用することによって知識だけでなく、看護・医療事故予防の実践力としての行動を評価できる。

## D 考察

### I 調査結果に関する考察

#### 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

文化はその社会や組織の集団の無意識的な行動パターンに、理想や価値観、考え方をあわせるような風潮を示すもので、責任感や態度の根底をなすものであるとされる。従って安全文化を基盤として、医療事故予防に必要な能力が発揮されるのである。

医療事故の予防に求められる能力について約7割は話し合いはがなされており、大学より短期大学及び養成所の3年課程の割合が高い。「カリキュラムに医療事故予防について具体的に目標化すべきか」についての認識は8割は目標化すべきと認識しているが、現在目標化しているのは約2割と少ない。また「教育理念・目的・目標」の

ような、包括的な目標にあげるべきと認識しているものは少なく、「実習目標」「単元目標」「科目目標」といった具体的に到達度の評価が明らかにできるところに目標化すべきと考えるものは約5割であった。安全文化の醸成はなされつつあるが、実際のカリキュラムには未だ反映されてはいない。

個人の安全行動を支える安全意識や仕事意欲と、それらを向上させたり低下させたり要因となる「風土」や「制度」が重要であり、事故防止にむけて安全にそれぞれが機能するには組織（企業や事業体）の姿勢・風土にかかってくるのである<sup>16)</sup>。

これらのなかにある精神とそれを実現する日頃の生活を「安全文化」とする。従って看護学校養成所においても「安全文化」の醸成が重要となってくる。看護教員が総体となって安全の重要性を認識し、ヒューマンエラーや不安行動に対して鋭い感受性をもち、事故防止に対する前向きな姿勢と有効なしくみを構築する、つまり「安全文化」の醸成によって、各学校養成所において安全教育が根付くことになる。従って教育計画の総体を示すカリキュラムには事故防止についての目標化と内容を意図的に盛り込むことが必要である。

Robert J. Audley<sup>17)</sup>が指摘するように、医学教育のなかで安全性の教育がなされていないので、教育の目標に安全に関する項目を加え、評価も必要であると指摘している。柳田は、医療界は事故調査の理念と方法について、あまりにも知らな過ぎた。医学部の教育カリキュラムの中に、リスク・マネジメントは1コマもなかったのだ。事故はどのように調査し分析すべきかを知らないのだから、有効な対策が立てれるわけがないと指摘している<sup>18)</sup>。

個人の安全行動を支える安全意識や意欲の向上や低下の要因は「風土」や「制度」などの安全文化の醸成が鍵をにぎるとされているため、学校全体で組織的に取り組めるよう目標化すべきである。安全文化は直接の現場にかかわる要員のみ浸透させるだけでは効果がないとされる。学校養成所の管理者をはじめ、国全体でその醸成をはかる必要がある。安全文化を構成する要素として、「安全の重要さの認識」「知識と能力」「動機づけ」「責任」などがあげられる。それらを「教育目標レベル」「単元目標レベル」「評価目標レベル」等に必要内容を組み込むことが必要である。

## 2 医療事故予防に関する能力の育成と教育方法の改善

### (1) 医療事故予防に関する能力の育成

結果からまとめると看護基礎教育で重要と思われる能力「危険性を予測する能力」「評価する能力」「危険因子を査定する能力」であり、これらは比較的卒業時点で到達が困難とは思われていない。逆に卒業時点で到達が困難とは思われている能力は「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、これらの能力は看護基礎教育において難易度が高いと考えられるのではないかとと思われる。

重要な能力として割合の高い順は、大学「評価する能力」「危険因子を査定する能力」「危険性を予測する能力」の順である。短大3年課程は「危険性を予測する能力」「危険因子を査定する能力」・「評価する能力」で、養成所3年課程と2年課程の順

位は同じで「危険性を予測する能力」「危険因子を査定する能力」「評価する能力」の順であった。

しかし重要と考え、しかも最も重視して教育している能力1つを選択したものが最も多かったのは「評価する能力」で、学校養成所・課程別にみても「評価する能力」がいずれにおいても最も多かった。学校養成所・課程別に重要と考えるものに差があるが、重視して教育をしている実態は学校養成所・課程別に差はない。

「発言・主張する能力」については、他の能力に比べ到達も難しく、教育も行っていない実態が明らかになった。しかし、人間は間違いをおかす可能性がある存在であるという認識を前提にするならば、間違いや危険を発見したり予測したならば、それを回避するために医師であれ、上司であれ勇気をもって発言する能力の教育が必要である。困難と考える大きな理由は2つ考える。

一つは日本の文化である。中村はR・ベネディクトの著書「菊と刀」の内容を引用しながら日本文化について説明している。欧米の罪にたよる文化と日本の恥にたよる文化の違いがあり、恥の文化は善行の明白な道標に従えなく、いろいろな義務のなかでバランスを保つことができない。恥の文化は、1 なによりも、まわりの人たちから自分がどう見られているかを気にすること。2 みんなと同じ規則に従い、みんなに支持されているときに、安心し、その支持の高まりによって名誉を感じる。3 逆にそうでないときに、恥を感じる。従って他者からの侮辱に対しこの上なく敏感に反応するものである。たとえ悪い行為であっても、もし露見しなければ思い煩わないという不都合な面が裏目にでており、見苦し

いことやいさぎよくないことがまかり通っている<sup>19)</sup>。おのずと他者の名誉に触れることや侮辱的に感じるだろうことは言い控える傾向にある。

もう一つは、パターンリズムである。治療という大義名分のもとに医者は患者のからだに強制的に介入することが許された。患者の自由や人格よりも治療を重んじる主義である。ヒポクラテス以来、伝統的に患者を初めてとする周囲の医療関係者との関係に対してもパターンリスティックな態度が伝統的・古典的に守られてきた<sup>20)</sup>。

スペースシャトル・チャレンジャー爆発事故の原因調査によって明らかになったことには、個体燃料ロケットの接合部に異変がおき、安全確保の条件が満たされなくなったので、中止する必要があったのだが、発射に対し「ゴー」の決定を下した。スケジュールをこなさなければならない、今回の打ち上げに2度もトラブルを起こしている、宇宙からの授業を全米の子供たちが待っている、その日はレーガン大統領がスペースシャトル計画の成果を年頭教書演説する予定であるなどの理由で、「ノーゴー」の決定はなされなかったために起こった事故である。「技術の倫理」として技術的に安全性が保障されないとすれば、やはり保障されないのである。「ノーゴー」の判断はやさしいようでむずかしい。とくに対外的な面子が絡むと難しい<sup>21)</sup>。困難と考えられるものの背景には日本文化に根ざしたものがあき、解決にはこれがかなりの障壁となるだろう。しかしながら出された判断や指示に対する疑念や患者から得られた情報や意志との不一致などについては、的確に疑義を表現し事故を未然に防ぐためには極めて重要な能力である。患者の安全を守り、そして現場の医療関係者を守るためにも、

責任者や管理者、医師に対しても勇気を持って「ノーゴー」を発言することやためらわずダブルチェックを行うことが重要である。日本文化の価値観の変革や勇気を出して進言することの教育が必要である。

## (2) 教育の方法の改善

医療事故を予防する能力の教育の実施率について、80%以上答えた能力は「危険因子を査定する能力」「危険性を予測する能力」「評価する能力」であり、「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」は40～50%代にとどまっている。これら40～50%代にとどまっている結果は到達が困難と思われる能力3つと一致する。

医療事故を予防する能力の教授・学習の実際の状況

①すべての能力が「専門分野」で80～90%教育している。

②70～80%は基礎看護学に位置づけている。ただし、大学は各看護学の領域に満遍と位置づけている。

③大学では、2年次、3年次、4年次に、短大3年課程及び養成所3年課程では2年次・3年次と学年が高くなるにつれてその割合が高くなっている。養成所2年課程では1年次に位置づけているものが多い。

④教授・学習方法については「講義」が多い。次いで臨地実習で教授・学習させている能力も多い。大学は「発言・主張する能力」を除き、ほとんどの能力の育成に50～60%「演習—思考訓練」を取り入れている。大学は短大・養成所に比べ「演習—思考訓練」を多く取り入れている。

⑤教材の活用においては、「市販のテスト」を活用しているものは約5割で、「事

例」も約5割程度活用している。「学習者の体験事例」も30～40%は活用されている。市販のテキストの限界をふまえ、実際の、総合的な「事例」や「学習者の体験事例」が用いられているなどの工夫もみられるが、すべての学校養成所にみられるわけではない。

全ての能力において、教育の方法は市販のテキストを使った講義が中心である。これらの能力はある時期、ある分野、ある領域だけで完結するものではなく、基礎教育期間全体で系統的に教育することが必要である。そして医療事故との関連で、危険性の査定や予測、評価することについて学ばせるには、医療事故がおきる現場についてどれぐらいイメージができるか否かが、理解の鍵を握ることになる。事故の「重大性」や「危機感」をいかにイメージさせるかが重要である。しかし初学者に対し、過度な危機感を持たせることは看護職に対する期待感を失わせることにもなりかねないので、そのかねあいや教材の提示の仕方には十分考慮する必要がある。しかも臨床現場の姿により近い感覚を体験的に学ぶことも重要であるので、講義中心、テキスト中心の教育の見直しが必要である。

一方でイメージが十分できない状況でも、冷静に推論できるような学びかたも必要である。佐伯は「理知的に推論できる」人というのは、さまざまな人を相手に、さまざまなテーマについての議論を「機敏に」「注意深く」「批判的に」「巧妙に」「的確な筋道を通して」「適切に」、独自のスタイルや手順で、効果的に議論を展開するという作業を遂行している<sup>21)</sup>。また、教材として実際ので全体的な「事例」を用いることは、「モデル化」が存在することになる。事例のなかの情報は、部分であるようだが、

部分の分析によって統合される。その統合のプロセスによって、どう判断して「なすべきことを」イメージすることができるのである<sup>22)</sup>。事例やシュミレーション、ビデオを用いて的確に推論し、判断できるような教育が必要である。その際には佐伯のいう「機敏に」「注意深く」「批判的に」「巧妙に」「的確な筋道を通して」「適切に」という視点で思考できるような教材・教具の開発や教授・学習方法の検討・工夫が必要である。

### 3 倫理観を中心に据えた教育の重要性

#### (1) 患者の権利を護ることの看護者への期待

患者の権利に関するリスボン宣言の主要な権利として、「良質の医療を受ける権利」をはじめ「選択の自由の権利」「自己決定の権利」「情報を得る権利」「機密保持を得る権利」「健康教育を受ける権利」「尊厳を得る権利」が示されている。自分の身体や命についての決断をするのは医療を受ける本人である。

リスボン宣言は世界医師会総会で採択されたものではあるが、その中には医師、及び医療従事者または医療組織は、この権利を認識し、擁護していく上で共同の責任を担っているとある。

また医療従事者に託した期待や日本における医療情報と自己決定の関係は、従来「お任せしますので、どうぞよろしくお願ひします」ということばに象徴するように、万事医療従事者任せであった。しかし、今日は患者の権利をまもるべきという考えが市民権を得た。そして判断に必要な的確で十分な説明が求められる。従って従来のよ

うなお任せによる、聞きたくても患者が遠慮し、聞けない状態から、積極的に専門的な内容についてもわかりやすい説明を希望するべきだという方向へ移行している。しかしながら、未だ十分に聞きたいことについて率直にいえるような文化は医療従事者側も患者側にも定着していない。そのような動向に対しての教育については着手しなければならない。患者の権利の擁護を基礎にすえ、互いの考えのすれ違いによる判断のズレや、誤解をさけ、医療事故を予防することが重要である。

科学技術を駆使すれば、生と死はある程度操作される。しかしその選択をするのはその人自身の意志決定によらなければならない。意志決定する前提には決定のための確実な情報が提供されていなければならない。意志決定に必要な確実な情報を提供するためには、意志決定するものの考えや意見が思うままに表現され、その考えに関連するしかも意志をスムーズに決定するような情報が提供されることが重要である。

従ってこれらの倫理的な視点に立った患者の権利の擁護に関する能力の育成が図られるようなカリキュラムを編成することが重要な課題である。

## (2) 看護基礎教育での倫理観の育成の重要性

行為者を道徳的に賞賛する一般的な言葉としては「善い」、「優れた人格」、「徳のあるなどである。道徳的な美德として賞賛される性格上の特徴は、「親切」、「正直」、「勇気」、「勇厳」などがある<sup>29)</sup>。また看護実践にとって有効な倫理原則は、「アドボカシー」、「責務」、「協力」でありこれらは看護の基盤となるものである。「アドボ

カシー」は自分自身で表現できない患者の権利を守ることを言う。看護婦は患者がニーズ、関心、選択を話せるように援助する。看護婦は患者の人間としての基本的特性（尊厳、プライバシー、福利）を尊重する<sup>29)</sup>ことが重要である。

大学は「人権を護り代弁する能力」の育成を重視し、養成所は「正直に言える能力」「表現を支援する能力」の育成を重要であると認識し教育している傾向がある。専門職業人としていずれの能力も重要であるが、看護基礎教育の段階で人間の尊厳を守ることができるような基盤の育成が重要である。看護におけるプロフェッショナリズムはプロフェッショナルとしての社会化は組織の外部（たとえば、養成のための学校教育など）ですでに達成、終了している<sup>30)</sup>。プロフェッショナリズムや看護の倫理的な態度は学校養成所で形成されるということである。

そして自分の行為が倫理的に正しいかどうか、患者のために最善を尽くしているかどうか、行為の決定の根拠は正しいかどうかなど、倫理的課題に遭遇しても、培った行為の選択の基準によって適切な判断ができるように教育をすることが重要である。

## (3) 看護の倫理に関する能力の教授・学習

①すべての能力が「専門分野」で80～90%教育している。

②すべての能力が50～80%代幅はあるが、主に基礎看護学に位置づけている。ただし、大学は各看護学の領域に満遍と位置づけている。

③大学では、2年次、3年次、4年次と学年が高くなるにつれて高く、短大3年課



程及び養成所3年課程では1・2・3年次いずれの学年も同じような割合である。養成所2年課程では1年次に位置づけているものが多い。

④教授・学習方法については「講義」が多い。次いで臨地実習で教授・学習させている能力も多い。大学は「正直に言える能力」を除き、ほとんどの能力の育成に40～50%「演習—思考訓練」を取り入れている。大学は短大・養成所に比べ「演習—思考訓練」を多く取り入れている。

⑤教材の活用においては、「市販のテキスト」を活用しているものは約5割である。「事例」は大学はどの能力においても約5割程度活用している。養成所は「事例」の活用は2～3割程度にとどまっている。

大学に比べ、養成所は事例の活用は少なく、市販のテキストに頼った講義形式が多い傾向である。事例は全体のイメージを描くのに好都合であり、情報間のつながりを分析・統合することに多いに利用できる。このような利点を活かした教育を展開するために、ヒヤリハットなどの事例を活用して総合的な教育を行うことが必要である。

#### 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

「与薬」のエラー要因については、ほぼ9割以上、「転倒・転落」のエラー要因については、「患者の精神的要因」「患者の薬剤による影響」を除き、9割以上の学校養成所が教授していることになる。方法は「講義」によるものが多く、「演習—疑似体験」は約20%程度であった。「転倒・転落」のエラー要因を「身体的要因」「精神的要因」「薬剤による影響」「補助具に関わる要因」「環境要因」とした。「患者の精神的要因」

「患者の薬剤による影響」を除き、90%以上の学校養成所が教育している。教育方法として疑似体験を取り入れている割合は30～50%の幅で「与薬」より多い。先駆的な取り組みの聞き取りや自由記述によると、教授方法としての講義や市販のテキストを使用することの限界をふまえ、総合的で現場の姿に近い感覚を味わうことができるような演習や事例を使った教育が必要であると認識している。

先に述べたように自己モニタリングとは「エラーをしてはいけないところでは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」ことである。モニタリングが働くのは、情意領域、認知領域、行為領域であるが、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。看護技術実施時にはエラー要因を排除するというモニタリングが働くように教育する必要がある。これは自分の認知活動を常に一段上から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、メタ認知能力が重要である。それらには講義のみではなく、演習の疑似体験が有効である。

## II カリキュラム試案に関する考察

### 1 医療事故の考え方の「責任追及」から「原因追求」への転換

実態調査により医療事故に関する考え方を「責任追及」から「原因追求」へと転換するには現状の教育では限界があることが確認された。

教育内容及び方法について幾つかの教育実践例はみられるが、試行錯誤が繰り返さ

れている段階であり、医療事故予防に関して「体系的」「総合的」な教育がなされているとは言い難い現状にあった。

このような教育の現状を踏まえて、看護基礎教育において、医療事故の考え方を「責任追及」から「原因追及」へとパラダイムシフトできるような教育を志向して、カリキュラム試案を作成した。

試案では、看護・医療事故の予防に関わる教育として、目標を明確化し、その教育内容としてヒューマンエラーに対する理解と安全対策としての組織におけるリスクマネジメント及び個人の自己モニタリングを考え方の基盤においた。

教育方法としては、「安全」は医療活動を横断的に貫く広範な価値観であることを踏まえ、「安全」の価値観が学習者に内在化できるための教育方法を志向した。

この考え方に基づいて、看護・医療事故予防の教育内容を「看護安全学」に含まれる内容として構成することを提案した。

「看護安全学」は、医学、倫理学、認知心理学、行動科学、人間工学の領域で産出した知見を活用した学際的な知としての性格を持つ。

「看護安全学」において、看護・医療事故予防に関する知識を学び、演習で思考訓練をし、実習で実践を通して確かな知識、価値の内在化、安全な看護実践力の習得をめざすのである。

これに対して「看護安全学」とするには十分な学問としての蓄積もなく、成熟していないので時期早尚であるという考え方もできる。

しかしながら、以下のような観点からあえて「看護安全学」を提唱する。

過去の学問領域の発達を歴史をみても、最初から独立した固定的な内容が確立して

いたわけではない。社会の接点のなかで必要な内容が成熟し発展してきた経緯がある。

ある学問分野が学会、さらに一般社会で独立した専門として市民権を認められるには、知的アイデンティと専門的アイデンティとが必要である。前者はその学問の独立性、固有性、自律性の認識によって成立する。固有の研究対象、適切な方法論、体系化された理論、成果についての合意と評価が得られ、その社会的ないしは学問的価値が承認される時、知的アイデンティが得られるとするのである<sup>17)</sup>。

このような考え方に立脚すると、「看護安全学」も今後社会との接点のなかで、他の学問分野の知見を活かしつつ、看護の学問体系として、成熟・発展させることにより、独自の理論を獲得できるといえる。

## 2 実践カリキュラムへの適用

作成したカリキュラム試案は、実態調査を土台に検討したものであり、理論レベルではなく、実践カリキュラムレベルでの開発を意図したものである。

提示した教育内容は、各学校養成所の実状に合わせ、適用するにあたり、従来の科目の中に分散させ、位置づけることも可能である。

例えば、「看護・医療事故予防及び安全の基盤となる考え方」を「認知心理学」や「人間科学」などの科目に分散したり、「医療事故予防に関する看護職の責任と法的責任」を「看護と法律」などの科目に分散することもできる。

けれども、肝要な点は、分散した教育内容を、学習者のなかに、「安全」の価値の内在化が生じるレベルまで教育することで

ある。

したがって、提言したカリキュラム試案を参考に、各学校養成所の設置主体のニーズや制約、教師や学習者の状況に合わせて試案を参考に、自校の実践的なカリキュラム編成をしていくことが望まれる。

### 3 研究の限界

本研究の限界は、実態調査の結果を踏まえて、カリキュラム試案を作成したが、具体的な教育方法までは提案できていないことである。

看護基礎教育においては、看護・医療事故予防の知識を理解させるだけでなく、自己モニタリングできる為のメタ認知能力を育成する必要がある。

しかし、医療事故に関して、メタ認知能力を育成するための教育方法は、未だ充分に開発できていない。

今後の課題は、授業レベルでの具体的な「教材開発」及び「授業方法の開発」である。

### E 結論

調査結果から、看護基礎基礎教育における看護・医療事故予防にかかわる教育として、以下の実態が明らかにされた。

- ①医療事故予防・安全文化の醸成はしつつあるが、カリキュラムまでは具体的に反映されていない。
- ②医療事故予防に関する判断に関する能力については、「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」が卒業時において到達困難と認識されていた。

③医療事故予防に必要な看護の倫理に関する能力については、「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」が、卒業時において到達困難と認識されていた。

④看護技術に関しては「与薬」、「転倒・転落」のエラー要因は教育されていた。

⑤医療事故予防の教育の教授・学習方法は「講義」が中心であった。

以上の調査結果をふまえ、「看護・医療事故予防のカリキュラム試案」を作成した。

⑥看護・医療事故予防に関わる教育として育成する能力は「倫理」「判断」「技術」である。

⑦看護・医療事故予防に関わるカリキュラム軸を作成した。水平軸に、「ヒューマン・エラー」「看護の倫理」「看護の責任と責務」「独自の機能と相互依存的機能」「看護過程」「安全のためのシステム」「健康の増進と維持」を置き、垂直軸に「オートノミー」「意志決定」「安全」「技術」を置いた。

⑧看護・医療事故予防に関わる教育内容を以下のように構成した。

- i. 看護・医療事故予防及び安全の基盤となる考え方
- ii. 医療事故予防に関する看護職の責任と法的責任
- iii. 医療事故予防の根幹となる看護倫理
- iv. 医療事故予防と看護の方法論
- v. 医療事故予防と看護実践
- vi. 医療事故予防のための医療と看護システム

- vii. 演習
- viii. 実習

## F 健康危険情報

なし

## G 研究発表

- 1 論文発表       なし
- 2 学会発表       なし

## H 知的所有権の出願・登録状況

- 1 特許取得       なし
- 2 実用新案登録   なし
- 3 その他         なし

## 引用・参考文献

- (1) 芳賀繁；失敗のメカニズム，日本出版サービス，2000.
- (2) 医療経済研究機構；医療白書 2000 年度版，日本医療企画，p235，2000.
- (3) 小倉志祥；倫理学概論，以文社，p101-107，1972.

- (4) SARA T. FRY, 片田範子, 看護実践の倫理, 日本看護協会出版会, p7-14, 1998.
- (5) 海保博之他；ヒューマン・エラー, 新曜社, p86-87, 1996.
- (6) 大山正他；ヒューマンエラーの心理学, 麗澤大学出版会, p126-128, 2001.
- (7) 組織で取り組む医療事故防止ー看護管理者のためのリスクマネジメントガイドライン, 日本看護協会出版会,1999.
- (8) 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,p46-66, 現代.2000.9.
- (9) 土屋八千代；看護の法的責任に関する教育的関わり,p54,山梨県立看護短期大学紀要 1996.3.
- (10) 村上陽一郎；安全学,P 78 ,青土社,1998.
- (11) 市川伸一・伊東裕司編著；認知心理学を知る(第 3 版),P28,ブレーン社,1997.
- (12) 市川伸一・伊東裕司編著；認知心理学を知る(第 3 版),P102,ブレーン社,1997.
- (13) D.A.ブライ著,山口栄一訳；大学の講義法, P151-152,玉川大学出版部,1985.
- (14) 鈴木秀幸；ポートフォリオを用いた総合学習の評価 39(4),P163-165,学校運営研究,2000.
- (15) 和賀徳子；看護基礎教育における教育内容及び教育方法の体系化に関する検討 平成 11 年度 科学技術振興調整費緊急研究「院内感染に関する研究」成果報告書,p340-341.
- (16) 前掲(5)
- (17) Robert J. Audley, 安全学研究会訳；医療事故, ナカニシヤ出版, 1998, p.114.
- (18) 柳田邦男；医療事故の政府臨調を設けよ, 現代, 2000, 9.
- (19) 中村雄二郎；日本文化における罪と罰