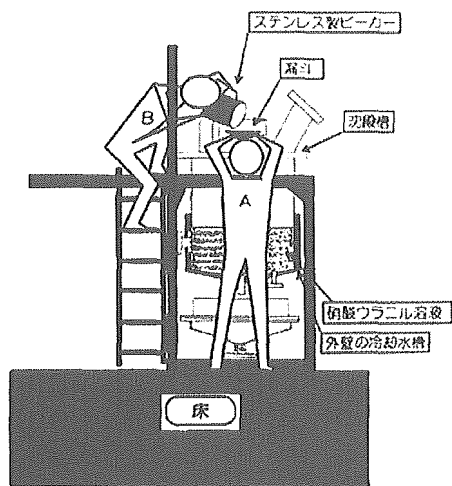


③ 違反に対する危険意識の低下



JCO臨界事故

1999年9月30日

溶媒抽出工程から沈殿工程にウラン溶液を移す際に、臨界を防ぐ安全装置である貯塔を介さず、大量のウラン溶液を裏マニュアルにしたがいステンレスバケツで沈殿槽に直接移したために、核分裂の連鎖反応（臨界）事故が起きた。

最後は、1999年9月30日に起こったJCOの臨界事故に関するものです。

ウラン溶液は、一箇所に大量に集めると、核分裂の連鎖を起こします。核分裂の連鎖は、核原子の核反応により飛び出した中性子が別の核原子に当たり、当たった核原子が核反応を起こし中性子が飛び出し、また別の核原子に当たるといふ風に生じます。少量の密度の低いウラン溶液であれば、飛び出した中性子が別の核原子に当たる確率が小さいため、このような連鎖は生じません。

本来は、大量のウラン溶液が集まることがないように工夫された貯塔を用いて作業を行うのが正しい取扱いです。しかし、JCOでは、ここをステンレスバケツを用いて、規定量以上のウラン溶液を一辺に扱っていました。

それでも、普段の作業で扱うウラン溶液は、それほど濃度が高くなかったため、臨界事故は発生しませんでした。事故当日は普段とは違うウラン酸化物を作るために、いつもより濃いウラン溶液を扱っていたために、臨界事故が発生してしまいました。

通常は、臨界事故が発生するまでには至らなかったとはいえ、貯塔を用いるべき工程で、ステンレスバケツを用いて作業を行っていたのは、非常に危険な違反です。しかも、これは作業者の違反ではなく、このような違反作業を正しいものとして記載した裏マニュアルを作成して、これにしたがって作業するように勧めていた、会社の違反です。

なぜ、このような会社ぐるみの違反が行われていたのでしょうか。

違反が容認された原因

効率の重視：

外国からの安価なウラン酸化物の輸入に対抗するための
効率重視の経営方針



賭けを止められるか？

たいていは事故にならない：

通常の濃縮度のウラン溶液を正規の10倍程度バケツで
移しても事故になるとは限らないが、事故場面では滅多
に扱わない高濃縮度のウラン溶液を用いた作業だった。



事故が発生しなければ、安全意識が低下する

今回の事故の場合、違反が許容されていった背景には、2つの原因が考えられます。ひとつは安全よりも効率を重視の職場意識であり、もうひとつは違反をしても大抵は事故にならなかったということです。これらは、JCOが特殊だったわけではなく、どの職場でも誰にでも起こりうる問題です。

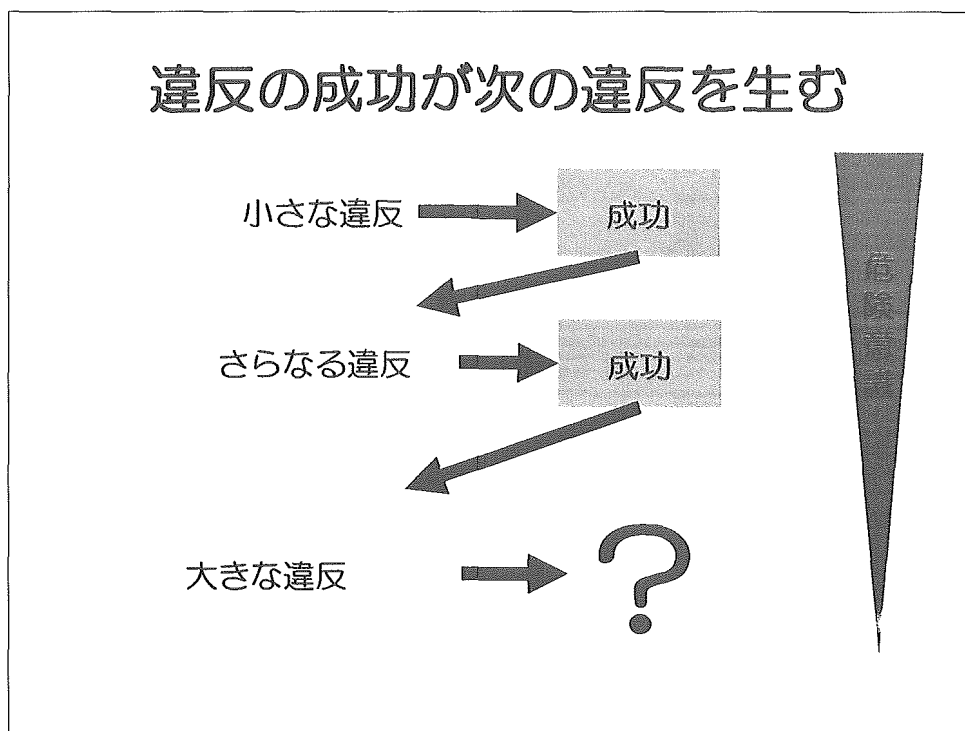
JCOの効率重視の背景には、外国からの安価なウラン酸化物の輸入に対抗できなければ、会社の存続が危ぶまれるということがありました。このため、ギリギリのラインまで安全を引き下げ、効率を重視するという経営方針がとられました。ステンレスバケツを導入するというのは、処理を迅速に行い、生産効率を上げるという効率化のひとつのやり方だったわけです。もちろん、このようなやり方に対し問題意識がなかったわけではないと思います。だからこそ、正式なマニュアルではなく、裏マニュアルという形で実施されたのです。

しかし、これは他人事ではないと思います。不況の現在、一般の企業や銀行、病院などでも、切羽詰った状況の中で経営しているところは少なくありません。もしも、安全代償に、効率の賭けをしなければ、経営が成り立たないというような状況になったときに、それでも賭けせずに苦しい状況に立ち向かえるでしょうか。

安全を重視するというのは、非常に難しいことなのです。生半可な覚悟では、誘惑に負けてしまいます。

もうひとつは、違反をしても大抵は事故にならないということです。違反は事故の確率を高めますが、必ず事故になるわけではありません。必ず事故になるような違反をするような人は逆にいないと思います。

違反の成功が次の違反を生む



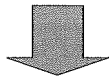
しかし、違反は確実に事故の確率を高めます。しかし、高まった事故の確率というのは目に見えません。目に見えるのは、違反をしても事故にならなかった、すなわち成功したという事実だけです。

このような成功感は次の違反を生みます。始めて違反するときには、ちょっとドキドキしますが、結果が上手くいったという経験を繰り返せば、それが当たり前になります。当たり前になれば、もう少し大きな違反でも大丈夫ではないかと思えます。このような繰り返しにより、危険意識はどんどん低下し、大きな違反が当たり前になっていきます。

行き着く先が、取替えしのつかない大事故です。小さな違反の目を確実に摘み取る姿勢が大切です。

違反は、他人事ではない

倒産か安全を無視した効率か？



賭けをしない経営者になれるか？
経営者の判断にNoと言えるか？

違反してもたいていは事故にならない
事故がなくても危険は存在する



無事故は果たして安全か？
ヒヤリハットで安全意識高揚

もう一度元に戻って、賭けの話からはじめます。先ほどは経営者側の判断に重点をおいて話をしましたが、もしもあなたの病院の上層部がこのような判断を下したり、あなたの先輩や上司がこのような判断を下したときに、あなたはそれに対して、Noと言えるでしょうか？JCOの事故では、事故当日の作業者は、十分な教育を受けていない方でもあったため、違反であるという意識すら持つことができなかつたかもしれません。しかし、もしも十分な知識があったとしても、反論できたかどうかは分かりません。

実際に会社や組織の中でのこのような問題に作業者の側から意見を言うことは難しいと思います。何か言う際にも、説得力のある意見を言うためには、正確な知識が必要となります。まずは、なにが正しくて、なにが間違っているかをしっかり見ぬけるよう、仕事に対する知識をしっかり身につけましょう。

最後に、もうひとつの違反や危険に関する感受性の鈍化を防ぐための方法を提案します。それは事故に対する敏感さを失わないことです。このためには、滅多に起こらない事故にのみ目を向けるのではなく、事故にまでは至らなかったけれども、ヒヤリとしたハッとしたという経験に敏感になることです。ヒヤリハット情報を常に気をつけてみているということと、ヒヤリハット情報を見たら、最悪の事態としては、どのようなことが起こり得たかというような想像を働かせましょう。そして、これまでここで紹介してきた3つの事故の説明のように、誰にでも起こりうる、自分にも起こりうるものとして解釈するように心がけましょう。

看護業務手順をリスクの重大性から整理する

東京都立保健科学大学保健科学部 看護学科

横井郁子

目次

1. はじめに
2. 看護業務の全貌とメリハリ
3. 点滴静脈内注射の三方活栓への接続（側管注入）について

点滴静脈内注射の三方活栓への接続（側管注入）手順

1. はじめに

出版されている看護業務手順や昨今の事故予防のためのマニュアルに関するものについて調べながらひとつの疑問が生じた。それは、看護師が病棟の棚に並べられてある「看護業務手順書」を読もうとしているときはどのようなときであろうか、ということである。

1冊の本にまとめられている「看護業務手順」は一項目見開き程度に収まりシンプルで見やすい^{1) 2) 3)}。ただ、手順にメリハリを感じない単調さがある。事故発生状況の現状を知っている者が読むと「1~5の手順では3の手技が重要だ」と読めるのであるが、実際手にする者たち(多くが初心者ではないだろうか)は、1~5すべての手技に同等のエネルギーを注いで読み、実践するのではないだろうか。一方、昨今出版されている事故予防マニュアルは非常に詳細である^{4) 5) 6) 7)}。「なぜ、その手技で行うのか」の理解は事故を未然に防ぐ最大の武器であるということは筆者も同感である。しかし、注射マニュアルだけで1冊となるのでは使い勝手が悪い。とりあえず全貌を見たいという衝動に駆られる。最初の疑問に戻りたい。どのようなときに手順書を手にするのか。それは、初めての業務を指導してもらったときの事前学習として、または、8割ほどOKだと思うがあとの2割程の自信が無い、というときに見るもの、読むものではないだろうか。それも今日突然受け持ち患者に実施することになった、あるいは見学、指導を受けるチャンスが訪れたといった急な場面で、とりあえず手に取るのがその病院、病棟の「看護業務手順」であると私は考えている。

2. 看護業務の全貌とメリハリ

看護介入分類 (NIC) (Editors: Joanne C. McCloskey, Gloria M. Bulechek, IOWA INTERVENTION PROJECT, Nursing Interventions Classification (NIC) 3rd Edition, 中木高夫、黒田裕子訳: 南江堂、2002.)⁸⁾ は、看護師の看護活動を包括的に標準化し分類したものである。内容を見ると全国共通した、急性期、慢性期の区別のない手順書のようにも読める。各項目に対する「行動」のリストに対して「行動のリストに、いくぶん基本的な行動が含まれている介入もあれば、そうでないものもあるのはなぜか?」という「よくある質問」が寄せられていた。その解答は興味深い。「...たとえば、手洗いは多くの身体的な介入では定例行為的なものであるが、<保清>や<皮膚ケア>のような介入にとっては重要ではない(私たちは、こうした介入に対して手洗いが行われるべきではないといっているのではなく、決定的に重要な行動ではないといっているだけである)。しかしながら、<感染コントロール>や<コンタクトレンズ・ケア>のような介入では、手洗いは決定的に重要である(下線筆者)」。NICの「与薬」の項では「手を洗う」はない。それに対して日本の多くの業務手順、マニュアルは「手を洗う」で始まっている。確かに「決定的に重要な行動」は「ボスミン1アンプル」の指示に対して真っ先に「何mgですか?」と医師に(やや怒りを込めながら)容量記載の修正を依頼することだろう。そして準備ではボスミンは硫酸アトロピンなどと外観が似ているので間違えないように注意するのが「決定的に重要な行動」であろう。

NIC で指摘している「決定的に重要な行動」はまさにリスクの重大性と置き換えることができる。川村氏によるヒヤリハット事例の分析⁹⁾ から看護業務の全国共通する危険性が明らかになった。この知見は手順や技術評価に生かせるものである。

「点滴など触ったこともない」学生に教えるためのものとは区別し、看護師が読む（見る）看護業務手順ということにこだわり、手順のポイントが浮かび上がるようなシンプル、かつメリハリのあるものが求められている。今回、一例として点滴静脈内注射の三方活栓接続（側管注入）についての業務手順を検討したので報告する。

3. 点滴静脈内注射の三方活栓への接続（側管注入）について

点滴に関する事故事例では、点滴を側管から投与しようと三方活栓に接続時、接続ルートを間違えたという重篤なものがある。したがって、今回は単に点滴静脈内注射とするのではなく、三方活栓への接続（側管注入）という項目を立て、展開した。

1) 6つの業務プロセス

川村氏がヒヤリハット事例分析で示した6つの業務プロセスを基盤とし、1. 医師の指示、2. 準備、3. 実施、4. 観察・管理と4段階のプロセスに分けて手順を作成した。業務手順であるので業務プロセスが軸となるのは当然であるが、以下の2点から業務プロセスの重要性は指摘したい。

- A) 各プロセス特有のリスクが存在する。
- B) 各プロセスで実施者が異なる可能性がある。

2) エラー内容の6分類

川村氏は注射業務について縦軸に6つの業務プロセス、横軸に6つのエラー内容を示し分析している。この横軸の要因は与薬行為の確認作業で用いられる5つのRightに近いものである。看護師であれば「複数（3回）確認、5つのRight」と一度は声にしたことはあるだろう。‘作業手順は確認手順’となるよう、また、想起しやすいよう5つの確認内容に沿ったものとなるようにした。

3) リスクの重大性から手順を考える

NICの指摘同様に「定例行為的」とされるものはできるだけ除き「決定的に重要な行動」を選択した。ここではNICの行動のリストを参考にし、ヒヤリハット事例分析結果とその事例が事故に至った場合の重大性から手順を作成するように努めた。学生対象の教科書的内容とは区別した。

4) 共通すること、施設独自のこと

今回、試みた手順は施設の状況に左右されないものとなるよう検討した。このことは、施設独自の作業（しきたり？）となりやすい項目は何かを考えることともなった。手

順書が必要とされるのは新人だけではなく経験のある中途採用者も重要な対象者である。管理者やスタッフ教育に関わる者は、その施設、病棟独自の方法を明確に意識し、病院附属の養成機関の出身者以外の新人や中途採用者に対して指導にあたる必要がある。施設による違いが生じる項目として以下のものが考えられる。

- A) 医師の指示書への記載方法
- B) 指示の受け方
- C) 患者確認方法（リストバンド、バーコードなど）
- D) 使用物品
 - 注射器・・・用途別に色別注射器を使用するなど
 - 輸液セット・・・滴数計算の簡便さから小児用輸液セットを一般でも使用するなど
 - 延長チューブ、三方活栓の接続部の固定・・・ロック式を使用する、絆創膏を使用するなど

これらはリスクの重大性からも注意が必要な項目、内容であるが、情報伝達の手段や物品などはその施設の規模、経営状態にもよる。そのため独自のルールを作成している場合が多い。それらに関しては特に中途採用者に対して強調すべきこととして共通部分とは区別して指導することが望ましいと考える。

5) 各プロセスのポイント

A) 医師の指示

ここでは指示薬剤の妥当性の判断が求められる。この段階で生じている間違いは以下のようなことである。

- ・ 変更、中止指示の伝達不十分
- ・ 同姓患者のエンボスカード押し間違い
- ・ オーダリングシステム入力の間違い
- ・ 曖昧、不明瞭な指示内容による間違い
- ・ 皮内反応テスト忘れ
- ・ ワンショットでの‘静注’と‘点滴静注’の混乱
- ・ 指示書記載のルール違反 など

これらを内容から 5R に振り分け、作業手順とした。

B) 準備

この段階は業務手順もさることながら、作業の中断、時間切迫などの負荷も考慮した。手順のポイントの第 1 として一般的な所要時間を提示したのはその所以である。時間は筆者の経験的なものであるが、このようなものがあると業務の段取りをつけやすいと考えた。例えば、これから約 20 分の間に受け持ち患者にどの

ような問題が生じるか、事前に対応できることがあるか、他のスタッフに依頼することは可能かなどの調整で作業中断、時間切迫はずいぶん避けられるのではないだろうか。また、患者に一言「20分ほど処置室にこもってしまいます。この間、他の看護師が対応いたします。」と伝えるだけでも作業への影響は異なるのではないだろうか。また、自分の作業処理能力の査定にもなる。‘できるベテラン’は経験的にそれぞれの作業にかかる時間を会得し、状況を予測し、調整して作業ブースに入っている。このような「成功する準備」のための準備こそプリセプターや管理者、先輩達が新人に直接伝授していただきたいことである。

また、多くの施設で作業スペースの狭さが問題となっていることも考慮し、「必要物品」という項目を設けないかわりに「作業環境の整備」を強調した。ヒヤリハット分析からは以下のような間違いが指摘されている。

- ・ 他の作業者との混乱
- ・ 思い込みを生じやすい注射処方
- ・ ルーチンメニューの注射処方の量が一部変更されていることに気づかない
- ・ スライディングスケールによるインスリン投与量決定を忘れた
- ・ 期間指定の薬剤を間違えて準備
- ・ 隔日投与の薬剤を間違えて準備

指示書の内容の妥当性を判断した看護師が準備に当たることがほとんどだと思われるが、異なる可能性も考え、指示変更等の確認については再掲した。

C) 実施

重点を置いたのは接続ラインの間違えと滴下量の計算である。正しいラインへの接続に関しては患者に挿入されている可能性があるラインを提示し注意喚起をした。また、投与量、投与速度に関しては最終的にセットする1分当たりの滴下数への手順を明確にした。ここでは輸液ポンプの使用法は除外した。

D) 観察、管理

「ボトル交換時に薬液がほとんど減っていないことに気がついた」等の事例報告がある。輸液ポンプをつけている場合に多いようにも思う。輸液ポンプが普及するにつれ「輸液管理」が「アラーム対応」となっているように推測される報告である。そのことへの警告として何を観察するのかを明確にした。今までの手順では観察時間の目安を記述しているものもあるが、これは使用薬剤で決まる行動なのでここでは観察時間の具体的提示は不要と判断した。

6) デザイン、容量

容易に手に取りやすい、その項目だけコピーし持ち歩ける等の利便性を考え、A4 見開き 2 ページに収まるようにした。また、手順の一つ一つの行動はできるだけ簡潔な文章となるよう、認識しやすいようできるだけ 1 行、多くて 2 行で表現できるようにした。

点滴静脈内注射の三方活栓への接続（側管注入）手順

ポイント

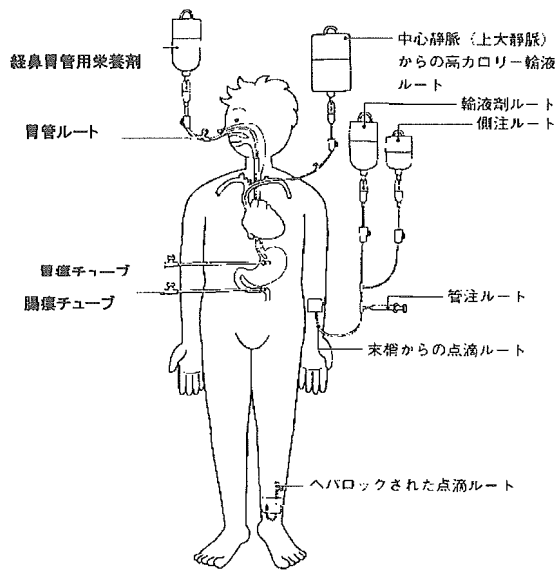
1. 業務所要時間の目安は 20 分（以内）である。
2. 作業場所（処置台等）にはすぐに薬剤の確認ができるよう薬理作用の本（最高血中濃度に達する時間等が掲載されているもの。例：治療薬マニュアル、医学書院など）を用意する。
3. 作業に入る前は必ず受け持ち患者のラウンドを行い、作業中に生じうること〔点滴終了、排泄介助など〕を予測し、調整する。これはできるだけ作業の中断、時間切迫を避けるためである。
4. この業務は基本的にすべてのプロセスで 5 R（正しい時間、正しい患者、正しい薬剤、正しい量、正しい方法）を確認しながら行うものである。

業務プロセス	手順	
医師の指示 (指示内容の理解と確認)	時間	1) 24 時間表記か否かに注意する
	患者	2) 昨日までの薬剤使用状況と身体状況の変化を確認する 3) アレルギー歴を確認する 4) 患者の使用薬剤に対する知識と投与方法の理解の程度を明らかにする
	薬剤	5) 薬剤名が明瞭に記載されていることを確認する 6) 禁忌、副作用について添付書類などで確認し、投与後の監視、観察の程度を確認する
	量	7) 1 回投与量であることを確認する 8) 単位に注目する (mg, ml, mEq) 9) 換算を要するものはダブルチェックを受ける
	方法	10) 点滴静脈内投与が適切か確認する (ワンショット静脈注射との区別)

準備	<p><u>作業環境の整備</u></p> <p>必ず指示書を置いて作業する</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 物品配置をルール化する ・ <u>作業途中のもの、完了したものを区別する</u> 	
	時間	11) 時間だけでなく月日も確認する
	患者	12) 指示書を見ながら、ボトルに下記を記載(またはラベルを貼付)する <ul style="list-style-type: none"> ・ 転室の有無を確認後、部屋番号を記載する ・ 姓名とも漢字で記載する 13) 1 患者 1 トレイに準備する
	薬剤	14) 指示の変更、中止がないか確認する 15) 薬剤と溶解液の有効期限に注意する 16) 配合後、混濁した場合は使用せず、医師に報告する

	量	<p>17) 指示の変更、中止がないか確認する</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ インスリン、睡眠薬、オピオイド系薬剤、抗生物質には注意する <p>18) 単位、濃度に注意する</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ インスリン、KCL、キシロカインには注意する <p>19) 換算を要する場合は、混注前に用意した薬剤量のチェックを受ける</p>
	方法	20) 適切な輸液セットを用いる
<p>作成した点滴の指差し確認を行う</p> <p>輸液ボトルチェック—配合、薬剤名、量、患者名</p> <p>ルートチェック—適切な輸液セット（ポンプ用、成人用、小児用、定量輸液セット）、接続の緩み、気泡混入</p>		

実施	時間	21) 月日、時間を確認する
	患者	22) 施設のガイドラインにしたがって患者確認を行う 23) 患者の使用薬剤に対する知識と投与方法の理解の程度を明らかにする
	薬剤	24) ベッドサイドで注射指示書と空バイアル、アンプル、ボトル表示を照らし合わせる
	量	25) 1時間当たりの投与量を明確にする 26) 1分あたりの投与量を計算する 27) 使用した輸液セットが1ml=何滴かを確認する 28) 1分当たりの投与滴下数を計算し、セットする 29) 肢位で滴下数の変動がどの程度あるか確認する
	方法	<p>30) 静脈ラインで あることを針 刺入部からラ インをたどり 確認する</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ <u>右図参</u> <u>考：患者</u> <u>に挿入</u> <u>されて</u> <u>いる可</u> <u>能性の</u> <u>あるラ</u> <u>イン</u>〔石塚睦子他、わかりやすい与薬、医学評論社、2000より〕 <p>31) 三方活栓内の空気を除去する</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 患者側に流れないように、空いてるルートに空気が出ていくようコックを動かし点滴を流す ・ 空気が抜けたことを確認しクレンメを止める <p>32) 三方活栓と準備した点滴をしっかりと接続する</p> <p>33) 点滴が患者に流れるよう三方活栓のコックを動かし、クレンメで滴下の調整を行う</p>



観察・管理	患者	34) 患者の投与薬剤に対する反応（作用、副作用）をモニターする ・参考：薬剤の血中濃度が最高に達する時間 35) 定期的に刺入部位の皮膚の異常、疼痛をモニターする 36) 定期的にそのラインの滴下に関する肢位、輸液セットの状態をモニターする
	薬剤	37) 34) に準ずる
	量	38) 定期的に注入速度をモニターする 39) 定期的にボトル内の残量をモニターする（輸液ポンプ使用時も実施）
	方法	40) 定期的に使用静脈ラインの確認を行う ・必ず刺入部からボトルまでたどる 41) 定期的に三方活栓のコックの方向を確認する 42) 定期的に接続部の漏れ、緩みを確認する
	時間	43) 39) に準ずる

参考文献

- 1) 聖路加国際病院看護手順委員会編著：最新基本看護手順、メヂカルフレンド社、1990.
- 2) 横浜市立大学医学部附属病院看護部編集：かんたん看護技術マニュアル、日総研出版、2000.
- 3) 聖マリアンナ医科大学附属横浜市西部病院・看護部編集：看護手順、メディカ出版、1995.
- 4) 石塚睦子他：わかりやすい与薬、医学評論社、2000.
- 5) 角田司編：ナース・ドクターのための注射法マニュアル、南江堂、2000.
- 6) 畑尾正彦他：最新 医療ミスをなくすための注射・点滴マニュアル、医学芸術社、2002.
- 7) 佐藤あゆみ他：静脈への点滴法、臨床看護 5 臨時増刊号、へるす出版、769-775、2002.
- 8) Editors: Joanne C. McCloskey, Gloria M. Bulechek, IOWA INTERVENTION PROJECT, Nursing Interventions Classification (NIC) 3rd Edition, 中木高夫、黒田裕子訳：看護介入分類、南江堂、2002.
- 9) 厚生科学研究補助金 医療技術評価総合研究事業総括報告書「医療のリスクマネジメント構築に関する研究」平成 11, 12, 13 年度、川村治子研究代表者.

事故防止の基本

「事例の収集と共有」と「再発防止策の策定と実行」

—ひやりはっと事例」とは何か、なぜ必要なのか、集めてどうするのか—

九州大学大学院医学研究院 医療経営・管理学講座

鮎澤純子

目次

I. 本講義の目的と構成、ならびに本講義の必要性

1. 本講義の目的
2. 本講義の構成とテキストの内容
3. 卒前事故防止教育における本講義の必要性

II. 講義モデル

1. 卒前事故防止教育として意識したこと
2. 講義テキスト（添付資料）
3. 講義テキストに関する講義メモ
4. 想定される質問に対する準備
5. 「ひやりはっと事例の収集と共有」に関する補足—講義の参考に

I 本講義の目的と内容、ならびに本講義の必要性

1. 本講義の目的

医療の現場において現在展開されている事故防止・安全管理の取り組みは多岐にわたっている。当然医療機関によってその取り組み方や取り組みの状況も様々であるが、取り組みの基本でありかつ現在多くの医療機関において実践されているのが、あらゆる事故防止の基本でもある「事例の収集」と「再発防止策の策定と実行」である。

本講義においては、医療の現場で進んでいる取り組みにおける報告制度の位置づけを理解し、報告制度のなかでも特に事故になる手前のひやりとした事例を収集することの基本的な意義を理解し、現場において「事故防止に寄与する事例の報告者になる」ことができるようになるための準備を行うことを目的とする。

2. 本講義の構成とテキストの内容

本講義の目的を達するため、講義の構成とテキストの内容を以下とする。

(講義の構成).....

導入：講義前のウォーミングアップを装い、教官自身がひやりはっと事例を披露する

↓

講義：テキストを使った講義

↓

「ひやりはっと事例の収集と共有」のシミュレーション

- ・ 教官自身のひやりはっと事例を使ったディスカッション
- ・ 学生自身のひやりはっと事例を使ったディスカッション

まとめ：ビデオを使って現場の取り組みの実際をイメージする

.....

(テキストの内容)

* 「今日の講義」のポイント

- (1) いま医療の現場で進んでいること
- (2) 事故防止の基本ー「事例の収集と共有」と「再発防止策の策定と実行」
- (3) 「事例の収集と共有」のポイント
- (4) 「再発防止策の策定と実行」のポイント
- (5) そして、気付いておこう
- (6) だからこそ、身の回りの事例で整理する
 - ・・・「どのような事例が重要なのだろう」「どのように報告すればいいのだろう」
- (7) 看護職だからこそ、期待されること、必要なこと

.....

(解説)

* 「今日の講義」のポイント

まず、本講義の開始にあたってその必要性を理解する。

また、「現場の取り組みの基本をしっかり学んでおく必要がある」とするその学ぶべき「基本」を、

- ・ではなぜ、事故だけでなく、あやうく事故になりかけた事例（ひやりはっと事例）の収集と共有が重要だとされているのだろうか
 - ・ではなぜ、原因を個人の問題として片付けてしまうのではなく、個人の問題を検討すると同時に、組織・環境・システム等の問題といった様々な視点から検討していくことが重要だとされているのだろうか
 - ・ところで、こうした「事例の収集と共有」と「再発防止策の策定と実行」は、「医療の現場の特別な取り組み」なのだろうか
- という3つの「問いかけ」として明確に理解する。

(1) いま医療の現場で進んでいること

いま医療の現場で、事故防止・安全管理の取り組みが進んでおり、すでに、それぞれの医療機関でも組織的な取り組みが進んでいることを具体的に理解する。またそうした取り組みがすでに医療法で定められたものであることも理解する。

(2) 事故防止の基本ー「事例の収集と共有」と「再発防止策の策定と実行」

医療事故に限らず、事故防止の取り組みの基本が「事例の収集」と「再発防止策の策定と実行」にあることをまずしっかり理解する

(3) 「事例の収集と共有」のポイント

「事例の収集と共有」という点から、いま医療の現場の取り組みの中心となっている報告制度のなかでも、特に「あやうく事故になりかけたような事例（ひやりはっと事例）の収集と共有の重要性」について理解し、「事故防止に寄与する事例の報告者になることができる」ようになるために必要な基本を理解する

(4) 「再発防止策の策定と実行」のポイント

「再発防止策の策定と実行」という点からは、再発防止策の検討の視点として、知識・技術・注意・確認といった「個人の問題」とともに、「組織・環境・システム等の問題」といった様々な視点から検討することの重要性を理解する。

(5) そして、気付いておこう

そのうえで、「事例の収集と共有」と「再発防止策の策定と実行」という取り組みは「医療の現場の特別な取り組み」ではなく、日常の生活のなかで気付かないうちにいつも行なっていることであって、実は、賢く生きていくための基本ですらあることを理解する。

(6) だからこそ、身の回りの事例で整理する

- ・・・「どのような事例が重要なのだろうか」「どのように報告すればいいのだろうか」

日常の生活のなかで起きたひやりとした事例を振り返り、具体的に「報告」する作業を通して、事故防止に役立つ事例や報告のあり方を理解する。

(7) 看護職だからこそ、期待されること、必要なこと

最後に、看護職というその職務特性から、事故防止に寄与する貴重な事例を体験することが多いことを理解し、であればこそ、そうした貴重な事例の報告者としての気概をもって取り組みに参加することが必要であること、そして、事故防止・安全管理のキープレイヤーとしての役割が期待されていることを理解する

3. 卒前事故防止教育における本講義の必要性

講義を始めるにあたって、あらためて、本講義の必要性を整理しておきたい。

すでに医療の現場において、「事例の収集と共有」と「再発防止策の策定と実行」の取り組みが進んでいるのは述べた通りであるが、まだ始まったばかりの取り組みでもあり、その基本的な考え方や実際の取り組みについては医療の現場においてもまだ混乱が多く、現場においては院内研修を重ねながら考え方を確認し、組織としての方針を整理しようとしているというのが現状である。

当然それぞれの組織によってその取り組みの在り方に違いが出てくるのは当然ではあるが、どの組織においても、

- ・「事例の収集と共有」と「再発防止策の策定と実行」が事故防止の取り組みの基本であること

- ・すでに現場において現在事故防止の中心的な取り組みになっていること

- ・現場に出たその時から取り組みへの参加が求められること

- ・看護職であれば特にその取り組みの主たる役割を担うことになること

は共通するものであり、であればこそ、卒前にその取り組みの基本について整理しておくことが重要になるのである。

II 講義モデル

1. 卒前事故防止教育として意識したこと

本講義は現場に出る前の卒前教育である。まだ医療職としての現場での経験が実習の域にとどまっている段階での教育であればこそ、特に、本講義の内容については以下を意識することとした。

(1) 欲張らない。ただし、必要な基本は徹底する。

事故防止・安全管理の取り組みが進むなかで、報告書についてもその活用の在り方については様々な見直しが始まろうとしている。ただし、卒前教育において、学生にそうした課題をすべてぶつけることは当然時期尚早であるし、かえって混乱を招いてしまいかねない。また、現場の経験がないなかであれば、講義を行う側が期待するほど、事故防止・安全管理に対する切実感が伴わないこと、事例を共有する必要性に切実感が伴わないこともやむを得ないことである。いずれその時が来たとき「ああ、このことだったのか」と重ね合わせるができるものを準備しておくことができればよしとしておきたい。

であればこそ、あれもこれもと欲張るのではなく、講義のなかで基本的な事項を明確に整理し、その項目については徹底して終了することとしたい。

(講義にあたっての工夫)

- ・講義のレジメにおいて、そうした「基本的な事項」を明確にする。
- ・あらかじめ「問いかけ」を提示し、明確化を図る。
- ・必要なことは繰り返す。

(2)「事例の収集と共有」や「再発防止策の策定と実行」は、医療の現場の特別な取り組みではなく、実は、日常の生活のなかで気付かないうちにいつも行っていることであることに気付かせる

「事例の収集と共有」や「再発防止策の策定と実行」というと何か特別なことのように聞こえるが、実は、自らの失敗に学ぶ、自らの失敗を人に話す、人の失敗を聞く、人の失敗に学ぶといったこととして、日常的に行っていることなのである。「ねえ、ねえ、聞いて！まいっちゃった。昨日ね・・・」「へえ、そんなことあるんだ、びっくりだね、私も気をつけよう・・・」という会話はまさにそうした「事例の収集と共有」と「再発防止策の策定と実行」の機会に他ならない。また、「でもね、私も気をつければよかったけど、だったら、そもそもはじめからそう言っておいてくれればいいじゃない・・・」と続く会話は、その再発防止策について、注意不足といった個人の問題という視点から検討していると同時に、「はじめからそう言っておいてくれれば・・・」という個人の問題ではない視点からも検討しようとしていることに他ならない。こうしたことを、生活の場ではなく仕事の場で、体系的に継続的に取り組んでいこうというのが、本講義の中心となる「事例の収集」や「再発防止策の策定と実行」なのである。このことに気付くとき、本講義で解説されることになる、「どのような事例が重要なのか」「どのように報告すればいいのか」といった問いかけについて、自ら答えを見出すことができるようになるのである。

(講義にあたっての工夫)

- ・「ねえ、ねえ、聞いて！まいっちゃった。昨日ね・・・」といった自らのひやりはっと事例を振り返り、「事例の収集と共有」と「再発防止策の策定と実行」に必要な基本を確認していく。
- ・学生からそうした体験が出てくるようにまず教官自ら講義の冒頭、「実は昨日ね・・・」という体験を披露しておく。

(3) 具体的な現場の取り組みをイメージさせる

すでに実習を済ませている学生であれば、医療の現場の取り組み、報告書の活用のイメージを持ち得るかもしれないが、実習を済ませていない場合は、あくまでも、講義のなかでの話で終わってしまう。なお、実習を済ませて取り組みのイメージを持ち得ているとしても、それはあくまでも「今回の実習先の取り組み」であり、組織によっていろいろな取り組みが進んでいることを認識しておくことも重要である。

(講義にあたっての工夫)

講義の最後に、実際の医療機関の取り組みを報じたテレビ番組のビデオなどを復習のための教材としながら、講義の要点を確認しながら観ていく。あくまでも現場の取り組みを

現実のものとして認識すること、取り組みのあり方は組織によって様々であることを理解することができればよいものとする。

2. 講義テキスト（添付資料参照）

3. 講義テキストに関する講義メモ

以下講義の流れと講義テキストにしたがって、それぞれの項目について、講義において強調すべきポイントを整理する。

導入：講義の前に

講義の本題に入る前に、さりげなく「実は昨日・・・」という話を始める。

例えば、

「実は昨日、〇〇県の『自治会館』に行こうと思って〇〇駅前からタクシーに乗ったら、着いた先がなんと『医師会館』！ 「自治会館」と「医師会館」・・・確かに聞くと間違え易い。皆さん、これから〇〇県の『自治会館』に行くときは、『医師会館』ではなくて『自治会館です』ってお願いしましょう。でもタクシーなら何度もお客さんを乗せて似た名前で聞き間違えてしまうことがあるって知っているでしょうから、確認してくれてもいいよね。あ、そもそもそういう間違い易い名前が他にないかどうか、会館に名前を付けるときに検討すべきだったかもしれない・・・」

「実は一昨日、仕事でホテルに泊まったのね。絶対寝過せないからホテルに泊まる時はまず何はさておき必ず最初に目覚まし時計をセットすることにしていて、備え付けの時計を見たら、セットしたかった6:00。あ、前に泊まった人も早かったんだな、同じだな、なんて妙な連帯感なんか感じつつそのままセットして寝て、ふと目覚めたらなんと8:00！間に合ったから良かったのだけれど、なぜ?!と思ってもう一度時計を見たら、何と目覚まし時計はAMじゃなくてPMの6:00なの！皆さん、ホテルの目覚まし時計をセットするときにはAM・PMの表示に気をつけましょう。前に泊まっている人は昼寝の目覚ましに使っているかもしれません！でもね、そのAMとPMの表示ってすごく見にくい。AM・PMの表示じゃなくて、6:00・18:00の表示にしてくれればいいのにね・・・」という具合に、できれば笑いのうちに、学生に「ある！ある！」という共感と「私もそういえば・・・」という体験の記憶を引き起こすことができる例を挙げておくことが望ましい。ここでの話は、後に、講義において引用することになる。

「・・・さ、お話しはさておき、それでは、講義を始めましょう。」

講義

* 「今日の講義」のポイント

① 今日の講義の流れとポイントをあらかじめ解説しておく。