

6. 適合票にサイン	患者と血液バッグの照合後、ベッドサイドで適合票のサイン欄にサインして輸血を開始する。
7. 輸血患者の観察	輸血開始後5分間、患者の状態を観察する。15分後と終了時にも観察し、輸血副作用の有無・内容を記録する。
8. 使用血液の記録	診療録に血液バッグの製造番号（貼付ラベル）を記録する。

### ■輸血の副作用

輸血には、ABO血液型不適合輸血（異型輸血）、輸血後移植片対宿主病（輸血後GVHD）、アナフィラキシーショック、輸血感染症、発熱および蕁麻疹、遅発型溶血性輸血副作用、輸血関連急性肺障害などの副作用がある（日本輸血学会輸血療法委員会副作用防止対策小委員会）。この中で、ABO血液型不適合輸血と輸血後GVHDは重篤な事態を招くため特に注意が必要である。以下には、前者の場合の治療指針を示す。

### ABO不適合輸血時の治療指針 - 即時型不適合輸血が疑われる場合の対処 -



### 3-8 人工呼吸管理とその関連

#### ■人工呼吸器使用のエラー要因 (厚生省医療局国立病院部政策医療課「リスクマネジメントマニュアル作成指針(2000年8月)」より引用)

1. 整備点検の不備
2. 機器についての知識不足
3. 人工呼吸器装着の実施における指示の確認不足
4. 機器に対する過信
5. アラーム装置無作動
6. 挿管中の観察不足

#### ■安全の人工呼吸管理 - 研修医のための19項目 -

<p>□1) 人工呼吸中に筋弛緩薬を安易に投与しない</p>	<p>筋弛緩薬(ベクロニウム、バンクロニウム、サクシニルコリンなど)投与後1-2分で自発呼吸は停止する。このとき、人工呼吸器が自発呼吸主体の換気モードの場合は換気が停止して無呼吸になる。したがって、筋弛緩薬は調節換気以外では投与してはならない。もちろん気管挿管していない状況で筋弛緩薬を使うことはあり得ない。筋弛緩薬を使用するときは必ずマスクでの加圧換気ができ、引き続き気管挿管をする場合だけである。また、調節人工換気下でも筋弛緩薬のみを投与することはない。必ず、適量の鎮静薬、麻薬などを投与して鎮静された状態であることが必要である。気管挿管施行時も筋弛緩薬の前に適切な鎮静薬、麻酔導入薬を投与する。</p>
<p>□2) 鎮静薬を安易に投与しない</p>	<p>多くの鎮静薬は呼吸および循環を抑制する。鎮静薬が必要と考えられるとき、本当に鎮静薬が必要かを検討すべきである。人工呼吸中は唾液が貯留しただけでも不穏になることもある。実際に鎮静薬を投与した後は呼吸の抑制や血圧低下などに注意する。気管挿管していない場合に鎮静薬を投与すると呼吸抑制、舌根沈下、気道閉塞などの原因になる。</p>
<p>□3) 一般病棟で人工呼吸をする場合の注意点</p>	<p>人工呼吸はスタッフや器材がそろったICUなどで施行すべきである。しかし、各施設の診療、看護体制や患者の病態によっては一般病棟で施行されているのが現状である。以下、一般病棟で人工呼吸が施行される場合を示す。実際の例としては下記の「2」場合が多い。</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 緊急時、後に患者をICUに搬送する場合など</li> <li>2. 急性呼吸不全期を脱し、慢性化または長期化した症例</li> </ol> <ul style="list-style-type: none"> <li>慢性呼吸不全 (COPDほか)</li> <li>中枢神経系障害(意識障害など)</li> <li>神経筋障害(ALS、MGなど)</li> <li>ターミナルケアの患者</li> <li>植物状態の患者</li> <li>その他、一般病室において人工呼吸を行うほうが患者にとって望ましい場合</li> </ul> <p>また、一般病棟で人工呼吸を継続する場合の患者の病態としては下記のような条件が求められる。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>原則として気管切開されている(NPPVの場合を除く)</li> <li>循環系、血液ガスの変動が少ない</li> <li>自発呼吸がある</li> <li>鎮静薬を必要としない</li> </ul>
<p>□4) 人工呼吸器は非常電源に接続する</p>	<p>人工呼吸器は生命維持装置であるので停電などで停止することは重大な事故につながる。したがって一般電灯線が停電しても、人工呼吸器には電源が供給されるように「非</p>

常電源」に接続する。非常電源は他の一般電源（白色）と区別するため、コンセントは赤色、または緑色になっている。

人工呼吸器を使用中に処置などで一時的に人工呼吸器を外すことがある。しかしこのとき人工呼吸器の電源を切ってはならない。再度、人工呼吸器を接続したとき電源が入っていないということになってしまう。

人工呼吸器の故障、停電、その他のトラブルが起こったとき、人工呼吸器に代わって用手換気装置で換気を継続しなくてはならない。用手換気装置にはバッグバルブマスク（アンビュー®バッグ、蘇生バッグなど）、ジャクソンリース回路がある。それぞれ構造、使用方法が異なるので違いおよび使い方を習熟しておく。

□5) 人工呼吸器使用中は人工呼吸器の電源を切らない

□6) 人工呼吸器装着患者のベッドサイドには必ず用手換気装置を常備する

参 考

	バッグバルブマスク	ジャクソンリース回路
ガス源	不要	必要
ガス(酸素)流量	0-10 l/min	分時換気量の 2-3 倍 (10-15 l/min 以上)
バッグの拡張	自動	ガス流入による
CO <sub>2</sub> 再呼吸	なし	あり(ガス流入量に依存)
高濃度の酸素吸入	リザーバを要す	容易
中等濃度の酸素	酸素流量による	不可
肺の状態把握(C,R)	わかりにくい	感じ取りやすい
加圧圧力	わかりにくい (圧力計付あり)	感じ取りやすい
構造	一方向弁を持つ	単純

人工呼吸器のガスは乾燥しているので加温加湿器が人工鼻が使用される。しかし、加温加湿器は正しい設定をしないと適切な加湿ができない。すなわち、水の量、温度設定など正しい取り扱いをしなければならない。また、加湿用の水は蒸留水を使用し、他の薬液などの誤注入がないようにする。加温加湿器は、装置のヒビ割れ、接続不良、接続ミスなど人工呼吸中のインシデントの最も起こりやすい部分である。

人工鼻は抵抗や死腔になるので取り扱いには注意が必要である。とくに、喀痰が吹き上がって人工鼻に付着すると閉塞の危険もある。

□7) 加温加湿器と人工鼻

□8) 人工呼吸器を装着したら直ちにチェックする項目

適切な換気ができているか、血液ガスが維持できているかがポイントである。以下に人工呼吸器装着直後のチェック項目を示す。このうち1から7まではなるべく早期（およそ 30 秒以内）にチェックする必要がある。そして換気ができていない状況なら直ちに用手換気に戻す。なお、人工呼吸器を一時的にはずして再装着した場合も、同様の確認が必要である。

1. 胸が動いているか、チアノーゼはないか
2. 呼吸音が左右差なく聴取されるか
3. 気道内圧の上昇は適切か
4. 呼気量は設定1回換気量に近似しているか
5. 血圧、心拍数、心電図、SpO<sub>2</sub>に著変はないか
6. 呼吸回数は適切か
7. 酸素濃度は充分か
8. トリガーレベルは適切か
9. アラームはセットされたか（とくに低圧、低換気量アラーム）
10. 加温加湿器は適切にセットされたか

□9) 人工呼吸器装着中は必ずアラームをセッ

人工呼吸器が外れたり、気管チューブが抜けたり、閉塞

トする

□10) 人工呼吸中はパルスオキシメーターで連続的に動脈血酸素飽和度 ( SpO<sub>2</sub> ) をモニターする

□11) アラームが鳴ったら、まずは、換気ができているかを確認する

□12) 換気条件を変更した場合は、少なくとも10-20分は様子を見る

□13) 病室での気管挿管は手術室より難しい

□14) 自己抜管を避けること

□15) 気管チューブ(または気管切開チューブ)が抜けてしまったら

□16) 気管チューブを抜管する時は挿管の用意をしておく

した場合など、直ちに警報が鳴るように設定しておく。主要な警報は低換気量アラーム、低圧アラーム、無呼吸アラームなどである。これらは設定後、設定レベルを外れたら必ず鳴ることを確認しておく。

また、病室で人工呼吸器アラームが鳴ったとき、必ずナースステーションなどで聞こえて、スタッフがすぐにベッドサイドに駆けつけられる体制が必要である。

通常は SpO<sub>2</sub> 95~99% を維持し、安全限界は 92% (PaO<sub>2</sub> 60mmHg) 程度と考えておく。

パルスオキシメーターによる SpO<sub>2</sub> の低下は、回路リーク、換気不全、喀痰貯留などが原因になっていることが多い。したがって、人工呼吸中は SpO<sub>2</sub> 連続モニターし、必ず下限 (92%前後) で警報が鳴るようにアラームを設定しておく。アラーム対応は人工呼吸器のそれと同様である。

人工呼吸器のアラームが鳴ったとき、どのアラームが鳴っているのかを確認する。しかし、アラームが鳴った原因検索に時間をかけることは患者の呼吸状態を悪化させる。まずは換気ができているかを確認し、患者の呼吸ができていない、SpO<sub>2</sub> 低下があるなら、直ちに用事人工呼吸に切り替えて応援を呼ぶ。用事人工呼吸を継続しながら人工呼吸器本体、呼吸回路などを点検する。用事人工呼吸ができない状態ならば、問題は気管チューブ(または気管切開チューブ)や患者の肺に異常があることになる。

人工呼吸器の換気条件(設定)を変更した後はしばらく様子を見る必要がある。人工呼吸器の動作が変わること、患者の血液ガスの値なども変化する。これらが適正であるかは、動脈血液ガス分析をしなくてはならないが、少なくとも、バイタルサインや SpO<sub>2</sub> などに異常な変化がないことを確認する。

酸素療法中に酸素を中止したり、酸素流量を変更したときも同様である。

手術室で、ある程度、気管挿管になれた人でも、病室や救急外来などでの挿管は難しい。チューブが食道に挿管される場合がある。また、気管に入ってもチューブが気管支まで到達して深すぎる場合がある。これは片側挿管で、低酸素血症の原因になる。挿管した場合は必ず気管に入ったことを確認する。確認方法として呼吸音聴診のほか呼気 CO<sub>2</sub> のモニターが有用とされる。いったん状況が落ち着いたら必ずエックス線写真で気管チューブの位置、深さを確認する。

気管チューブが抜けてしまうと換気ができなくなり非常に危険な状況になる。気管チューブが抜けやすい状況は、体位変換、ベッドの移動、エックス線撮影など、患者を動かすときである。このようなときは気管チューブをしっかり保持しながら行う。また、患者自身の手で気管チューブを抜く(自己抜管)ことがある。手を抑制する、鎮静薬を適宜投与するなどで予防する。「抑制」をなるべくしないという考え方がある。しかし、人工呼吸中に自己抜管されると死亡事故につながる。

人工呼吸中に気管チューブ(または気管切開チューブ)が抜けてしまった場合、そのままチューブを押し込んだだけでは入らない。抜けかかった気管チューブを押し込むと食道に入れてしまうことがある。また、気管切開チューブは前縦隔に入ることがある。マスク換気を行いながら応援を呼び、再挿管の準備をする。

気管チューブを抜管できても、呼吸状態が悪く再び気管挿管しなくてはならない事もある。このような判断は抜管の 30-60 秒以内の場合もあるので、抜管の前に挿管準備をしておく。

☐17) 酸素ポンベの色は黒である



☐18) 酸素ポンベの残量を把握する



☐19) 搬送時の酸素ポンベに加湿用の水は不要



わが国では酸素ポンベの色は黒になっている。一方、酸素流量計などの色は緑であるが、緑色のポンベは二酸化炭素である。また窒素ポンベはネズミ色である。(注：多くのガスが「その他のガスポンベ」に分類され、ネズミ色とされる)

酸素ポンベは人工呼吸中の患者の移動などで必要になる。酸素ポンベを使用する場合はポンベ内の酸素残量および使用可能時間を把握する必要がある。

酸素ポンベの大きさには数種類あるが、移動時などに良く使われるのは充填量500L、充填圧約14MPa(150kg/cm<sup>2</sup>)の大きさのものである。したがって残量(L)は、500(L)×現在圧(MPa)／14 という計算で求められる。

酸素ポンベを使用して患者を搬送する時など、短時間ならば酸素加湿用の水は不要である。水を使うと、移動中に加湿用の水が患者側に流れ出しやすく、かえって危険である。

### 3-9 外来診療

外来診療は短い時間で医師患者関係を適切に成立させるとともに、患者の問題症状についての確に把握し、またそれに対して診断を行うという、非常に高度な技術を要する医療行為である。外来診療において診断や治療法選択の誤りを起こさないためには、適切な医療面接が行えることがまず第一条件である。

#### ■医療面接の原則（「必修化対応臨床研修マニュアル」から引用）

医療面接はその中で、患者の問題点をできるだけ多く得られることが望まれる。さらに、問題について、正確な情報を得るという意味では、それぞれの問題症状について以下の7種類の情報ができるだけ多く含まれているとよい。

1. 時間：始まった時間、症状の期間、頻度、経過など
2. 部位
3. 質
4. 強度/程度
5. 症状が起こる時間、場所や環境
6. 改善または増悪させる因子
7. 随伴症状

#### ■愁訴から診た鑑別診断と対応

頭痛

めまい

胸痛

腹痛

便秘

下痢

### 3-10 単独で行ってよい行為・指導医と共に行う行為

臨床研修において、診療技術、処置の技術の未熟さから事故が起こる事例がある。これについては、安全を確保した状態で研修医が適切に経験を積み技術を獲得していけるように病院が環境を整備することがまずなされなければならない。ただし、個々の研修医も、自身の現在の技術や能力の限界をきちんと認識し、ミスの回避行動をとることができるようにすべきである。

#### ■基本的な考え方

事故を回避するためには、研修で経験する症例、手技や処置を安全な範囲に制限することが近道であるが、しかし、これでは、研修をする医師の技量が上がらず、研修の目的が果たせない。その結果を病院が担保できる範囲（クリニカル・ガバナンスの適用）で、十分な直接指導のもと広範な行為をさせるべきである

#### ■注意を払うべき行為

個々の研修医が、ミスの回避行動を適切に取れるようにする際、リスクの高い医療行為について知っておくことは有用である。以下には、「研修医に対する安全管理体制について（問題点およびその改善策）（国立大学医学部附属病院院長会議，2004.2版）」において、研修医はこれらの行為の実施に対して一律に消極的になるべきではない。リスクの高い行為として認識し、実施の前に安全の確保について必ず確認し、適切な状況を整えてほしい。

リスクの高い医療行為（国立大学医学部附属病院院長会議「研修医に対する安全管理体制について（問題点およびその改善策）」，2004.2版より抜粋・再編）

I 診療	A 内診		
II 検査			
1. 生理学的検査	A 脳波 B 呼吸機能（肺活量など） C 筋電図、神経伝達速度	6. 産婦人科	H 針生検 A 腔内容採取 B コルボスコピー C 子宮内操作
2. 内視鏡検査など	A 直腸鏡 B 肛門鏡 C 食道鏡 D 胃内視鏡 E 大腸内視鏡 F 気管支鏡 G 膀胱鏡	7. その他	A 発達テストの解釈 B 知能テストの解釈 C 心理テストの解釈
3. 画像検査	A 単純X線撮影 B CT C MRI D 血管造影 E 核医学検査 F 消化管造影 G 気管支造影 H 脊髓造影	III 治療	
4. 血管穿刺と採血（内頸、大腿）	A 中心静脈穿刺（鎖骨下、 B 動脈ライン留置 C 小児の採血 D 小児の動脈穿刺	1. 処置 のもの）	A ギプス巻き B ギプスカット C 胃管挿入（経管栄養目的
5. 穿刺	A 深部の嚢胞 B 深部の膿瘍 C 胸腔 D 腹腔 E 膀胱 F 腰部硬膜外穿刺 G 腰部くも膜下穿刺	2. 注射 合）	A 中心静脈（穿刺を伴う場 B 動脈（穿刺を伴う場合 A 脊髄麻酔 B 硬膜外麻酔（穿刺を伴う
		3. 麻酔 場合）	A 深部の止血 B 深部の膿瘍切開・排膿 C 深部の縫合
		4. 外科的処置	A 内服薬（抗精神薬） B 内服薬（麻薬） C 内服薬（抗悪性腫瘍剤） D 注射薬（抗精神薬） E 注射薬（麻薬） F 注射薬（抗悪性腫瘍剤）
		5. 処方	A 病状説明 B 病理解剖 C 病理診断報告
		IV その他	

## 4 医師の行動規範

### 4-1 看護師が考える「医師にのぞむこと9カ条」

他職種と協調し、チームとして医療提供を行っていくことは、安全管理上とても大切なことである。他の医療従事者が自らの診療活動や態度・姿勢についてどのように評価しているかを知ることは、自身の医師としてのあり方を知る上で有用である。

#### ■看護師が考える「医師にのぞむこと9カ条」

□1 第1印象が大切です

清潔な白衣を身にまとい、いつも爽やかな笑顔でいると相手に話しやすい雰囲気を与えます。身だしなみが整わないと診てもらいたくないという意識が生じます。患者がいつでも聴いて欲しいときには、時間をとり耳を傾けて聴きましょう。患者の年齢や特性に合わせた対応をしましょう。

□2 曖昧な表現は避けましょう

“ちょっと待っていてください。”“後で来ます。”“伝えておきます。”など、患者、家族、看護師等との会話の中で使いがちな言葉です。その時点で対応できない場合でも、“○分ほどお待ちください。”“○分後にまた来ます。”“○○さんに伝えました。”と具体的に表現することで相手に安心感を与え、信頼関係を築くことにつながります。また、経験のないことで判断がつかない場合はその事をはっきりと相手に伝えましょう。そして指導医に確認した後に返答しましょう。

□3 患者情報は看護師と共有しましょう

24時間継続して患者を観ている看護師の記録を読んでください。緊急性のあるもの、重要な情報は記録する前に回頭報告していますが、その他の情報等については看護記録に記載しています。医師もまた、患者から得た情報や患者に伝えた内容など適時に看護師に伝えてください。そして記録だけでなくカンファレンスを活用してお互いの情報交換を行いましょう。

□4 診療記録・指示票は誰もが読める字で書きましょう

診療情報は、医療の提供の必要性を判断または医療の提供を行う為に診療等を通じて得た、患者の健康状態やそれらに対する評価及び医療の提供の経過に関する情報です。診療記録は看護師も情報収集する上で読んでいます。診断名・治療方針・治療内容等、診療上に必要な項目の記載は誰もが正しく理解できるように記載してください。そして指示票は、診療行為を補助する上で基本になるものです。医師の判断のもとに出された指示が正確に実施されるように、他の医療スタッフが読み間違えることのない丁寧な字を書くように心がけましょう。

□5 毎朝毎晩必ず患者の顔を見ましょう

朝出勤したら、夜間の患者情報を看護記録から読み、または看護師に尋ねてからベッドサイドに行き、同じ高さの視線で自分の目で観察しながら話をしましょう。“昨夜はいかがでしたか？”という言



□6. 自分で出した指示の内容に責任を持ちましょう。変更時は必ず声をかけましょう

□7. 診察・処置・注射等実施時の患者確認行為は確実にいきましょう

□8. ドクターコールがあったらまず自分の目で確認しましょう

□9. 自信のない指示は看護師に判断を仰がないで下さい

葉かけだけで辛さを軽くできるものです。また、医師の指示確認を待っている看護師にとっても朝一番で顔を見せてくれる事は非常にありがたいことです。また、消灯時間の前に夕回診をすると、相談したい事を話すことで夜間眠ることができます。安心して睡眠時間をとることができるように“おやすみなさい”と言ってあげてください。

夜間帯での臨時指示は緊急なのか翌日でも良いものなのかを考慮して出しましょう。変更時は必ず看護師に声をかけ、患者の状態を含めてどのような理由で変更するのかを伝えてください。看護師はその内容に納得がいけない場合やわからない場合は繰り返し聞きますので、説明をお願いします。また、患者への説明も忘れず行ってください。

診療時は相手に名乗ってもらい、IDカード、指示票、注射伝票、リストバンドなどを使用して必要時は複数の目で確認しましょう。患者とともに記載されている名前を確認することも方法の一つです。

ドクターコールには、医師が事前にコールの範囲を決めておきその範囲に掛かった場合に報告するものと、看護師が観察等を通して得た情報から判断して報告するものがあります。特に夜間帯には電話連絡をすると口頭で指示を出す医師もいますが、看護師の報告状況が正しいものなのかどうか、報告内容のほかに問題点はないのかなど自分の目で確認してください。決して面倒だというような態度で電話で受け答えする事はせず、看護師から報告を受けたら可能な限りすぐ実行するようにして下さい。

経験のないケースに関する指示を出すときに、経験のある看護師に“このような場合は通常どうしているか”と、相談せずに指導医に指示を仰ぎ、自分の指示に責任を持ってください。実施責任は看護師になります

#### 4-2 指導医を通して考えようー君はどんな医師を目指すのかー

日ごろから、自身がどのような医師になりたいか、目標をもって診療活動にあたることはたいせつである。研修医に身近な先輩医師である指導医の診療活動・診療態度等を通して、自らの目標とすべき医師像について考えることができる。

##### ■指導医チェックリスト

安全管理という側面からあるべき医師像を考えるための指導医のチェックポイントをまとめた。実際にチェックを行い、できているものについてはその具体的なノウハウを、できていないものについては、なぜできないのか、どうすればできるのか、という観点から再考し、自身の今後の安全管理行動に結び付けるとよい。

さて、あなたの指導医は、安全管理に関してここに挙げるような適切な行動をとれているか。

□1. 診療時に患者確認を確実にしているか？	診療は確実に目指す相手に対して行われねばならない。対象を間違えると、犯罪になる。医師は、他職種に比べて裁量の範囲が広いことから、間違いが起こっても取り繕いがしやすい。しかし、相手の人権尊重という観点からも、大きな事故に至る前に、日頃から確実な患者確認を心がけているであろうか。これは、正しくあいてと対応しているかどうかを示すことにもつながる。研修医は指導医の言う通りには行動しないが、指導医のやる通りに行動する。常日頃から、模範となるような患者確認を自ら確実に行う必要がある。
□2. チームワークを念頭に置き、スタッフの話をよく聴いて、自由な発言、建設的な議論のできる雰囲気づくりを行っているか？	人は誰でも間違える。言いやすい雰囲気、聴く耳を養い、問題解決能力の高い組織を作るためにも、指導医は自分の考えやこれから行うことを、スタッフにわかるように明示しなければならない。スタッフの意見や経験を十分に取り入れた上で、最後は自分が決断し責任をもつ姿勢が、人材を有効に使うためにも重要である。これにより、スタッフの自主性が向上し、指導医のミスも事前に防がれる機会が増えることにより、結果として医療の質向上につながる。
□3. インシデント報告をしているか？	誰でも間違いをする。また、自ら行動することによって不具合に気づくことがある。これらを放置したのでは、また他の人が同じ轍を踏むことになる。組織として改善をはかるためにも、危ない！と思ったらインシデント報告を出してほしい。自らの行動を振り返ることにもなるし、組織への改善提案にもなる。こうした努力が積み重なって、仕事しやすい組織ができるわけである。指導医として改善の必要性に気づく事項も多々あるであろうし、研修医に対して自ら範を垂れる意味にもなる。
□4. 患者の希望を念頭に置き、患者本位の医療を心がけているか？	医療は、患者の希望により、患者のために行うものであることを忘れてはならない。医療者の「患者はこう思っているはずだ」という先入観ではなく、実際に患者さんの希望を聴いて、その内容を中心に医療を展開しているかが大切である。「朱に染まれば赤くなる」に例えられる通り、患者本位の医療が行われる環境で臨床研修が行われる必要がある。

□5. 医療事故はいつでも起こりうるという「危機意識」を常に持ち、基本的事項の遵守と確認、再確認を徹底しているか？

□6. 周囲のスタッフや研修医に対して明確な指示を与えているか？

□7. 患者や家族への説明時にはその内容が十分理解されるように配慮しているか？

□8. 研修医に対して医療行為の方法のみならず、背景にある原理・原則を学習するように促しているか？

□9. 診療に関する諸記録は、正確かつ丁寧に記載しているか？

□10. 自己の健康管理には充分留意しているか？

人は誰でもミスをする。それを認識した上で、常に慎重な医療を心がけねばならない。自らも慎重に確認し、周囲の意見に対して聴く耳を持っていることが大切である。研修医自身も、気づいたことは口に出す勇気を持たなければならない。研修医のみが気付くことのできるミスもありうる。

すべての医療行為は、医師の指示のもとに行われる。したがって、誤解を招かない正確な指示を心がけねばならない。そこにはおのずとスタッフに対する心遣いが必要になってくる。研修医に対する指示も、明確でなければならない。研修医に任せて良い部分、指導すべき部分を明確にして、安全かつ十分に研修目標が達成されるように取り計らうことが必要である。

コミュニケーションでは、話した言葉よりも背景にある気持ちの方が伝わることを十分に認識して、心を患者側に向けて話することが大切である。そうしないと、通り一遍に話ただけで、相手の理解が伴わない不十分な説明になってしまう。指導医としては、日々患者側に心に向けた説明をし、十分な納得を得て医療行為を行わねばならない。その意味で、研修医に手本を示す良い機会である。インフォームド・コンセントとは、患者の希望を大切にしながら医療を行うことである。単に承諾書をどれば良いというわけではなく、患者の希望を考慮したうえで医療者としてのアドバイスをすることが大切である。これらが実際に行動に移されて初めて、患者中心の医療と言えるわけである。

よく know how を教えるというが、know how だけでは応用がきかない。場面が変わってもある程度の判断ができ対処できるようになるためには、背景となる原理すなわち know why を理解しておくことが必要である。原理を知ることによって自主性の拡大が期待できる。さらに、自分の限界をわかまえることができ、守備範囲を超える場合には指導医の指示を仰ぐという判断ができるようになる。

診療記録は、正確で適切かつ簡潔に、速やかに記載することが求められる。診療を行った際には、面倒がらずにこれらの行為をきちんと行うことが必要である。他のスタッフにとって読みやすい、役に立つ情報でなければならない。さらに、研修医の記載も適宜チェックし、指導・修正を行わねばならない。診療記録は患者個人の重要な情報であるとともに、病院の文化であるという意識をもつことが大切である。

自らの健康が心身ともに確保されないと、患者を思いやる余裕も生まれてこない。したがって、自らの健康をしっかり管理し、仕事に全力投球できる環境を作らねばならない。日々の生活習慣、睡眠、食生活等に気を配るとともに、健康診断・予防接種を適切に受けるなど、医療者として当然の心構えも必要である。

## 5 社会的対応

### 5-1 医療事故の現状

医療事故に関する最近の状況などを理解しておくことは、適切な安全管理行動をとるためにも有用である。

#### ■医療事故の分類

医療事故は下表のように分類される。何らかのエラーがあり患者に健康障害が及んだ事例を「医療事故」称すが、それらは「過誤」の有無により「医療過誤」とその他に2分される。前者は過誤を取り除くことにより回避（事故防止）が可能であるが、後者は回避が不可能である。「医療過誤」はさらに、医療提供についての過誤である「施行過誤」と、診断や治療内容決定における過誤である「計画過誤」に分かれる。近年、計画過誤が増加しているが、この背景には、インフォームド・コンセントの不十分やセカンドオピニオンのシステムの欠落があると言われ、診療においてこれらについて医師が積極的に取り組むことも必要である。

	医療事故 adverse event		ヒヤリハット 事例 near-miss	
	医療過誤 medical error			その他
	執行過誤	計画過誤		
健康障害	あり	あり	なし	
過誤	あり	なし	あり	
回避可能性	可能	不可能	可能	
過失	あり/なし	なし	あり/なし	

#### ■医療事故の現状

医療過誤訴訟の新受件数は、1999年は638件、2001年は805件で、この30年で約6倍になっている（最高裁公表資料による）。医療事故のすべてが訴訟に至るわけではないことを考えると医療事故は全国で相当数起っていると考えられる。

研修医が関与した事故について報道内容みると、確認がまったくまたは十分に行われなかったことによる過誤が多いように見える。これらのほとんどは、処方内容（薬剤名、投与量、投与方法等）や輸血時の血液型に関するものである。薬剤処方や輸血時の手順や確認については、病院のマニュアルにも定められている。患者が急変して対応が急がれるときなどにも確実に確認が行えるような準備が必要である。

また、研修医の技量の未熟さが診断ミスや器械操作のミスなどを招く事例も少なくない。これについては、安全を確保した状態で研修医が適切に経験を積み技術を獲得していけるように病院が環境を整備することがまず不可欠である。ただし、個々の研修医も、自身の現在の技術や能力の限界をきちんと認識し、ミスの回避行動をとることができるようにすべきである。

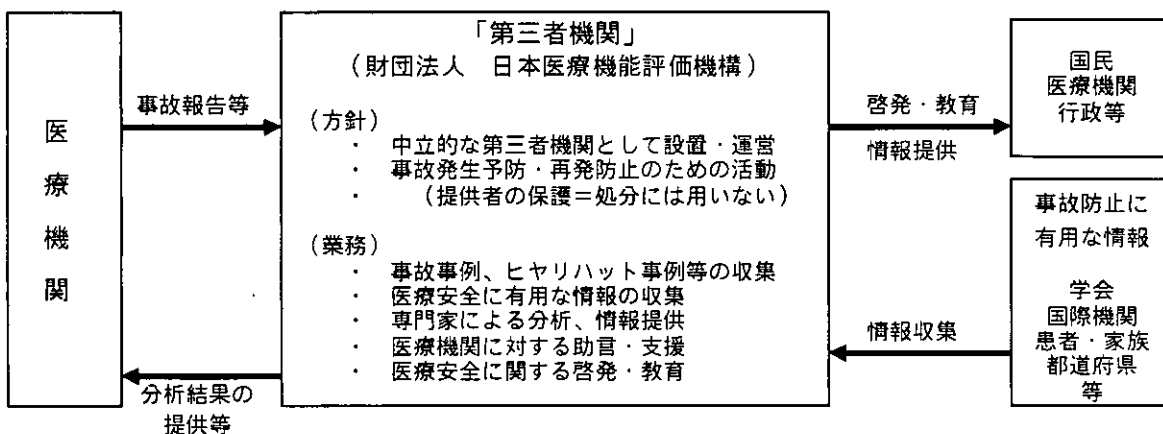
## 5-2 医療事故等情報の収集・分析・提供体制について

インシデント・アクシデント事例は、その要因を分析することにより改善策の検討を行い、予防やサービスの質向上に役立つものである。そのため、各医療機関においてその収集と分析の体制の整備が進められている。その一方で、各医療機関におけるインシデント・アクシデント事例の情報を横断的に収集し、分析を行う「医療安全対策ネットワーク事業」が行われ、特定機能病院、国立病院・療養所および国立高度専門医療センターを対象に事例の報告が義務付けられている（医療法施行規則）。研修医においても、事業の目的や概要を理解しておくことが必要である。

### ■医療安全対策ネットワーク事業

効果的な医療安全対策を講じるためには、医療事故につながり得る様々な要因を客観的に把握し、その分析に基づいた対策を講じる必要がある。「医療安全ネットワーク事業」は、この目的で、特定機能病院、国立病院・療養所の医療機関を対象に、インシデント事例（患者に傷害を及ぼすことはなかったが、日常診療の場で“ヒヤリ”としたり“ハッ”とした事例）を収集し、集計・分析を行うもので、平成13年10月より開始した。平成16年度からは、これに準じて事故事例情報の収集・分析も開始された。分析結果は、広く医療機関が医療安全対策に有用な情報として共有するとともに、国民にも提供され、医療安全対策の一層の推進を図る。

### ■収集・分析・提供体制の概要



### ■日本医療機能評価機構

国、日本医師会、その他医療関係団体および保険関連団体等からの出資により成7年に設立された。独自の基準を用いた医療機関の第三者評価活動とその結果に基づく改善支援活動を行う。行政、医療機関、患者それぞれから中立した立場をとる。

### ■報告範囲の考え方

原因等	患者への影響			軽微な処置・治療 影響なし
	A 死亡	B 障害残存 (恒久)	C 濃厚な処置・治療 (一過性)(注1)	
1. 明らかに誤った医療行為や管理上の問題(注2)により、患者が死亡もしくは患者に障害が残った事例、あるいは、濃厚な処置や治療を要した事例	事故(注4)として報告			ヒヤリハット事例として報告 (注3)
2. 明らかに誤った行為は認められないが、医療行為や管理上の問題(注2)により、予期しない形で、患者が死亡もしくは患者に障害が残った事例、あるいは、濃厚な処置や治療を要した事例				
3. その他、警鐘的意義が大きいと医療機関が考える事例(ヒヤリハット事例を含む)	事故(注4)として報告			
○医療行為や管理上の問題とはなんら関係もなく予期せぬ結果となった場合(薬剤による副作用・アナフィラキシーショックや医療機器の誤作動によるもの等)	報告対象外			

注1) 濃厚な処置・治療を要す場合とは、バイタルサインの変化が大きいため本来予定されていなかった処置や治療(消毒、湿布、鎮痛剤投与等の軽微なものを除く)が新たに必要となった場合、新たに入院が必要となったり、入院期間が延長した場合等

注2) 管理上の問題には、療養環境の問題のほか、医療行為を行わなかったことに起因するものも含む

注3) 軽微な処置・治療を要した事例も含み、従来のヒヤリハット報告対象外であった項目

注4) 事故とは、過誤を伴うもの、過誤を伴わないものの両方を含む

## 看護・医療における事故防止のための教育方法の開発に関する研究

分担研究者 丸山美知子 厚生労働省看護研修研究センター所長

### 研究要旨

2001年度より3年計画で、「看護基礎教育に適した看護・医療事故予防のためのシミュレーション教材の開発、及びその教材を用いた教育方法の効果を明らかにする」ことを目的として研究を開始した。2002年度までに、看護学生に適したシミュレーション教材の開発を行い、そのシミュレーション教材を用いた教育方法の効果を検証した。

2003年度は、当研究で開発したシミュレーション教材を用いた教育方法の普及を推進し、看護・医療事故予防教育の充実を図る必要から、看護師学校養成所(以下看護学校とする)における看護・医療事故予防に関するカリキュラムの定着状況と看護・医療事故予防教育を推進していくために求められる看護教員の能力に関する実態を明らかにし課題を見出すことを研究目的とした。

研究方法は、調査研究で自記式無記名質問紙調査とした。全国の看護学校(3年課程、2年課程、保健看護統合カリキュラム校)の全数の教務責任者746人を対象に「看護・医療事故予防に関するカリキュラムの定着状況についての調査」、看護教員1084人(無作為抽出)を対象に「看護・医療事故予防を推進していくために看護教員に求められる能力に関する実態調査」を行った。2つの調査より、以下のことが明らかになった。

1, 看護・医療事故予防教育の実態:「看護・医療事故予防に関するカリキュラムの定着状況についての調査」は296校(回収率39.7%)より回答があり、有効回答は296(100.0%)であった。①看護・医療事故予防について教育理念、教育目的・目標に記述があると回答した学校が10数%であり、看護・医療事故予防に関して独立した科目を設定している看護学校は3.7%であった。また70%以上の学校がカリキュラム上の改善の必要性を認識していたという結果が得られた。「看護・医療事故予防を推進していくために看護教員に求められる能力に関する実態調査」は422人(回収率38.9%)より回答があり、有効回答数421(99.8%)であった。①「事故の分析方法」「労働条件・組織との関連」「安全文化」については教授状況が低率であり、教育方法は依然として説明を主とした講義が中心であった、②学生の事故・インシデント事例に関しては事例分析が実施されているのは20~30%であり、事故を起こした学生への対応として「事故状況を詳しく表現するように促す」が約36.8%で高率だった。③臨地実習において、看護教員は事故の予測および予防行為の実施はだいたいできると認識しており、学生の実習場面で事故を予測した時には「学生の援助を継続させながら一部を代行する」指導方法を高い頻度で行っていた、④臨地実習に関する臨地実習施設との取り決めの有無については、「学生が事故を起こした場合の具体的な対応」、「受けもち患者に対する同意書による同意」が20%台という結果がえられた。

2, 今後の課題: 上述の結果より次の課題が明らかになった。看護・医療事故予防のカリキュラムへの定着に向けての課題としては、各看護学校が看護・医療事故予防について教育理念、教育目的・目標へ記述しカリキュラム上に明確に位置づけること、看護・医療事故予防教育を推進していくために看護教員に求められる能力の育成に向けての課題としては、看護教員の事故分析能力の育成と看護教員の高度で専門的な看護・医療事故予防に関する教育方法の修得(看護学生が事故やヒヤリ・ハットをリアルに体験できる教育方法の取り入れ、臨地実習における看護・医療事故予防教育の具体的な展開方法の工夫、事故やヒヤリ・ハットを起こした学生に対する教育的な対応ーリフレクション方法の修得)である。さらに、看護教員養成講習会および現任看護教員を対象とした看護・医療事故予防教育に関する研修の検討も望まれる。

## A. 問題の所在及び研究目的

1999年1月に起こった横浜市大病院事故が引き金となって看護・医療事故が大きな社会問題となった。この事故から5年が経過したが、この間に看護・医療事故予防に関するさまざまな研究・実践が臨床・教育の側面から行われている。我々も看護基礎教育における看護・医療事故予防教育の課題を教育方法の開発におき、2001年度より3年計画で「看護基礎教育に適した看護・医療事故予防のためのシミュレーション教材の開発、およびその教材を用いた教育方法の効果を明らかにする」ことを目的に研究に取り組んできた。

2001年度は、看護学生に適したシミュレーション教材の開発をめざす前段階として、現任看護師を対象に、「誤薬」ならびに「転倒・転落」のヒヤリ・ハットや事故が体験できるシミュレーションを開発した。併せて、開発したシミュレーションによる体験内容を分析し、事故予防についての学びを取り出し、その構造を明らかにした。さらに、体験内容の分析過程を通して体験者が事故体験をリフレクションできる方法を明らかにした。

2002年度は、看護学生に適したシミュレーション教材の開発と、臨地実習における援助場面での、看護学生の看護・医療事故予防に関する認知と行動の分析を通してシミュレーション教材を用いた教育方法の効果の検証を行った。

一方、研究者が所属する看護研修研究センターは看護教員養成を目的としていることから、上記の研究結果を活用し、看護・医療事故予防教育を実践できる看護教員を育成するための研修内容・方法を検討した。これをもとに2002年度より(2004年度までの3年計画)当センターにおいて全国の看護教員を対象に「看護基礎教育における医療安全推進のための教員研修」を開始した。

当研究で開発したシミュレーション教材を用いた教育方法の効果は、最終的には全国の看護学校において、実践され検証されることが望まれる。

我々が実施している上記の研修の成果は研修終了時に行っているアンケート結果から確認はできているが、研修に参加した看護教員は2年間で150名であり、平均すると各都道府県3名弱に留まっている。また、看護・医療事故の報道からは、看護・医療事故の減少の兆しがあるとはとらえにくい現状である。したがって、開発したシミュレーション教材及び教育方法の普及・啓発をさらに全国的に推し進めること、これらの教育方法を活用する看護教員の能力を育成することが早急に望まれる。

そこで、現時点で全国の看護学校における看護・医療事故予防教育の実態、つまり看護・医療事故予防に関するカリキュラムの定着状況および看護・医療事故予防教育を推進するために求められる看護教員の能力に関する実態を明らかにし、看護・医療事故予防教育を推進していくための課題を明らかにすることを2003年度の研究目的とした。

## B. 研究方法

研究デザインは調査研究である。

調査方法は郵送法による無記名自記式質問紙調査とした。全国の看護学校の教務責任者を対象にした「看護・医療事故予防に関するカリキュラムの定着状況についての調査」と看護教員を対象にした「看護・医療事故予防教育を推進していくために看護教員に求められる能力に関する実態調査」の2つの側面から調査をおこなった。

### 1. 調査内容

2つの調査の調査内容を以下のように設定した。  
1) 医療事故予防に関するカリキュラムの定着状況についての調査内容: 調査内容の設定にあたっては、我々が2000年度におこなった「看護・医療における事故防止のための看護基礎教育に関する研究」<sup>1)</sup>でのカリキュラムに関する調査結果と



比較ができるように次の内容を設定した。

- ①看護・医療事故予防に関するカリキュラム実態と改善の必要性
  - ②看護・医療事故予防に関する教育内容及び教育方法(過去1年間及び次年度)
  - ③看護学生が起こした事故及びインシデントの把握・分析方法・活用状況
  - ④学生が事故を起こしたときの対応
  - ⑤臨地実習施設との看護・医療事故予防についての学校としての取り組み状況
  - ⑥学校と主たる実習施設間における看護・医療事故予防に関する取り決めの状況
  - ⑦臨地実習施設と学校の間で、看護・医療事故に関し現在の取り決めや対処できない出来事の有無と内容
  - ⑧看護・医療事故のための教育を押し進めていくに当たった課題
- 属性については所属する施設の種類、設置主体、性別・年齢、教育経験年数、現在の職位及び職位年数を設定した。

2)看護・医療事故予防教育を推進していくために看護教員に求められる能力に関する実態調査の調査内容:「看護・医療事故予防教育を推進していくために看護教員に求められる能力」についてはさまざまな考え方ができることから、この能力を「看護・医療事故予防教育の意義を理解し、看護・医療事故予防教育に関する情報を不断に獲得し自らの授業に活用し展開していく能力」と定義した。さらにこの定義を充足する能力を次ぎのような手続きを踏んで抽出した。

まず、我々が2000年におこなった「看護・医療における事故防止のための看護基礎教育に関する研究」<sup>2)</sup>で明らかにした「看護教員のための看護・医療事故防止に関する教育内容」<sup>3)</sup>について、過去5年間の文献を用いて検討した。同時に2002年から当センターで開催している「看護基礎教育における医療安全推進のための教員研修」を受講した看護教員75名が、研修中に記述、作

成したシミュレーション・リフレクション体験記録内容・授業案の分析をした。さらに研修を終了し看護・医療事故予防に関して教育実践をしている看護教員で協力が得られた4名に対する聞き取りをおこなった。

以上より「医療事故予防教育を推進するため看護教員に求められる能力」として5つの能力とその能力を構成する内容を以下のように設定した。

(1)看護・医療事故予防教育について新しい知識・技術を獲得・追求しようとする能力

①看護・医療事故予防についての知識・技術を不断に獲得することができる。

②知識・技術を獲得・蓄積することによって、看護・医療事故予防についての価値観の転換を自覚できる。

(2)看護・医療事故予防についての教育内容・教育方法を追求し実施する能力

①原因追求の思考で事故が分析できる。

②新しい価値観で教育内容の精選ができる。

③看護実践の中から事故を教材化できる。

④看護・医療事故教育の特徴を捉えた教育方法の選択ができる。

⑤学生が事故及びインシデントを起こした場合、学生の学びにつながる対応ができる。

(3)看護・医療事故予防教育をカリキュラムに取り入れる能力

①「安全」を教育課程編成上の主要概念として位置づけることができる。

②看護・医療事故予防に関する卒業時の到達状況について提示できる。

③看護・医療事故予防に関する内容を教育課程上にどのように位置づけるか系統的に思考できる。

(4)看護・事故予防に関する授業計画を実現するための企画・運営能力

①授業計画実施に向けて人的、物的、経済的な側面から必要な協力を得るための企画・立案ができる。

②授業計画実施に向けて人的、物的、経済的な

側面から必要な協力を得るための働きかけができる。

(5)看護・医療事故予防教育に関して臨床と協働していく能力

①看護・医療事故予防について臨地実習施設と協力して取り組むことができる。

②学生の臨地実習における事故予防及び事故発生時の指導についての共通理解を図り、連携をとることができる。

この5つの能力から調査内容を以下のように設定した。

- ①看護・医療事故予防に関する知識の学習方法・獲得状態・知識を学ぼうとした理由
- ②医療現場での看護・医療事故予防に関する取り組みに関する情報収集状況
- ③看護・医療事故予防に関する技術の学習手段、機会・内容、学習しようとした理由
- ④所属する学校の看護・医療事故予防に関するカリキュラムの実態と改善の必要性
- ⑤担当している領域での看護・医療事故予防に関する教育内容及び教育方法(過去1年間及び次年度)
- ⑥看護学生が起こした事故及びインシデントの把握・分析方法・活用状況
- ⑦臨地実習における看護・医療事故予防に関する関わりの状況
- ⑧学生が事故を起こしたときの対応
- ⑨学校における看護・医療事故予防教育についての教員としての取り組み方
- ⑩臨地実習施設との看護・医療事故予防についての教員としての取り組み状況
- ⑪学校と主たる実習施設間における看護・医療事故予防に関する取り決めの状況
- ⑫看護・医療事故のための教育を押し進めていくに当たっての課題

属性については所属施設の種類・設置主体、回答者の性別・年齢、専門領域、教育経験年数、医療安全推進のための看護教員研修の参加状況を設定した。

## 2. 質問紙の妥当性の確保

「看護・医療事故予防に関するカリキュラムの定着状況の調査」に用いる質問紙の妥当性については、当センター幹部看護教員養成課程の研修生(教員経験3年以上、教務責任者の経験がある者を含む)8名を対象に、プレテストをおこなった。「看護・医療事故予防教育を推進していくために看護教員に求められる能力の実態調査」に用いる質問紙の妥当性については当センター幹部看護教員課程および看護教員養成課程において看護教員の経験のある研修生18名を対象にプレテストを行った。

## 3. 具体的調査方法

### 1) 調査対象者

(1)「看護・医療事故予防に関するカリキュラムの定着状況に関する調査」については全国の看護学校(3年課程・2年課程保健看護統合カリキュラム校)全数の教務責任者746人とした。

(2)「看護・医療事故予防教育を推進していくために看護教員に求められる能力に関する実態調査」については全国の看護学校(3年課程・2年課程・保健看護統合カリキュラム校)に勤務する看護教員1084人(無作為抽出)とした。

2) データ収集方法: 教務責任者に対しては看護学校宛に質問紙を郵送した。看護教員に対しては個人宛に質問紙を郵送した。両者とも紙面上で研究の目的を説明し、協力を依頼した。

3) 調査期間: 2004年2月12日～2月25日

### 4. 分析方法

教育課程別に集計し記述統計量をもとめ、統計解析には統計ソフトSPSS10.0forWindowsを用いた。

保健看護統合カリキュラム校7校は3年課程の中に含めてデータ処理をした。

## 5. 倫理的配慮

調査においては、紙面により調査への協力依頼をし、承諾を得た。データの分析および成果の発表にあたっては、対象を特定するすべてのデータを排除し、匿名性を保障することを明記した。

## C. 研究結果

両調査とも課程別の結果に顕著な差を認めなかったため合計値を主に結果を述べる。

### I. 看護・医療事故予防に関するカリキュラムの定着状況(教務責任者を対象に実施)

296校(回収率39.7%)より回答があり、有効回答は296(100.0%)であった。課程別の内訳は3年課程が189校(63.9%)、2年課程が107校(36.1%)であった。

#### 1. 回答者の背景

##### 1) 所属施設の状況

回答者の所属施設は、国立、公立は39.2%であり、続いて私立(医師会)が15.9%、私立(学校法人)が10.8%であった。3年課程でみると国立、公立は44.4%であり、私立(学校法人)が10.1%、私立(医療法人)が10.6%であり、2年課程では国立、公立が29.8%、私立(医師会)が32.7%、私立(医療法人)が10.3%であった。3年課程と2年課程とでは設置主体に大きな差が見られる。

##### 2) 性別・年齢

回答者の性別は99.3%が女性であり、年齢構成は50～59歳が183人(61.8%)、40～49歳が88人(29.7%)、60歳以上が18人(6.1%)であった。3年課程も2年課程も年齢構成はほぼ同じような割合であった。

##### 3) 教育経験年数

教育職経験年数については、10年～19年が132人(44.6%)、次いで20年以上が125人(42.2%)であった。3年課程では10年～19年が90人(47.6%)、20年以上が78人(41.3%)であり、2年課程は20年以上が47人(43.9%)、10年～19年が42人(39.3%)であった。

##### 4) 現在の職位及び職位年数

職位は全体で見ると教務に関する責任者が248人(83.8%)、次いで副学校長32人(10.8%)であった。現在の職位年数は全体で見ると、現在の職位年数は3年未満が93人(31.4%)が最も多く、次いで10～19年が88人(29.7%)、5～9年が68人(23.0%)であった。

#### 2. 看護・医療事故予防についてのカリキュラム上の位置づけ

看護・医療事故予防に関するカリキュラムの実態と改善の必要性に関する考え方について6つの項目について回答を求めた。

##### 1) 看護・医療事故予防に関するカリキュラムの実態

「臨地実習の目的・目標に看護・医療事故予防に関する内容の記述がある」と回答したものは99校(33.4%)で最も多く、次いで「看護・医療事故予防に関する教育内容が、一定の考えのもとに一貫性を持って配置されている」が86校(29.1%)、「看護・医療事故予防に関する卒業時の到達目標がある」が71校(24.0%)であった。

「看護・医療事故予防に関して『看護安全学』のように独立した科目がある」は11校(3.7%)と最も少なく、「教育理念に『安全』や『事故予防』に関する内容の記述がある」についても36校(12.2%)、「教育目的・目標に看護・医療事故予防に関する内容の記述がある」は43校(14.5%)と低かった。

##### 2) 看護・医療事故予防に関するカリキュラムの改

### 善の必要性

看護・医療事故予防に関するカリキュラムの改善の必要性について最も回答が多かったのは「看護・医療事故予防に関する教育内容がある一定の考えのもとに一貫性を持って配置されている」が 226 校(76.4%)、次に「看護・医療事故予防に関する卒業時の到達目標がある」で 215 校(72.6%)、「臨地実習の目的・目標に看護・医療事故予防に関する内容の記述がある」214 校(72.3%)であった。

一番回答が少なかったのは「教育理念に『安全』や『事故予防』に関する内容の記述がある」で 166 校(56.1%)だった。

実態として最も少ない回答であった「看護・医療事故予防に関して『看護安全学』のように独立した科目がある」については 199 校(67.2%)が改善が必要であると回答していた。

### 3. 看護・医療事故予防に関する授業展開

看護・医療事故予防に関する授業展開については、「過去一年間」、「次年度」別に教育内容と教育方法についての実施および次年度実施予定状況についてたずねた。看護・医療事故予防に関する授業は、主に基礎看護学を中心に実施されており、教育内容としては「看護・医療事故の概念」278 校(93.9%)、「看護・医療事故を予防するための方法」276 校(93.2%)、「関係法規における看護業務範囲と責任」273 校(92.2%)、「看護・医療事故の種類と構造」267 校(90.2%)、「看護・医療事故発生時の対処」267 校(90.2%)に関しては 90%以上の学校で実施されていた。「看護・医療事故の分析方法」については、「次年度」に向けて実施予定の学校が多かった。

教育方法については「過去一年間」においては「説明を主にした講義」が主であるが「次年度」においては減少傾向にあり、逆にシミュレーション(記述・紙上事例、ロールプレイング、模擬患者を用いる)、グループワークは増加傾向にあった。

### 4. 学生が起こした事故やヒヤリ・ハットについての対応・指導

#### 1) 学生が起こした過去 1 年間の事故及びインシデント事例についての情報把握

学生が起こした事故及びインシデント事例について把握している情報は、「事故の種類」が最も多く 277 校(93.6%)であり、次いで「事故の原因」が 277 校(93.6%)、「教員の指導過程」270 校(91.2%)、「学生の反応及び経過」268 校(90.5%)と 90%台であり、他の 2 項目「事故の件数」「臨地実習施設への対応」も 80%台であった。3 年課程 2 年課程とも同じ傾向を示していた。

情報収集の方法は、「学生に事故及びインシデントレポートを書かせている」が 258 校(87.2%)、「教員から聞く」が 249 校(84.1%)、「会議で報告するようにしている」が 200 校(67.6%)、「学生から直接聞く」が 176 校(59.5%)であった。3 年課程 2 年課程とも同じ傾向を示していた。

#### 2) 学生が起こした事故及びインシデントの分析状況

「事例について分析をしている」が 97 校(32.8%)であり、そのうち「SHEL モデルによる方法を用いている」が 24 校(24.7%)、「4M-4E 法」は 8 校(8.2%)、「その他」61 校(62.9%)であった。

#### 3) 学生が起こした事故及びインシデント事例の情報及び分析結果の教育活動への活用状況

「臨地実習における援助場面での学生指導の見直し」が 253 校(85.5%)、「臨地実習指導者との連携」が 245 校(82.8%)、「実習オリエンテーションの検討」が 243 校(82.1%)であった。回答が少なかったのは「教員の確保・配置」39 校(13.2%)、「臨地実習病棟または実習施設の選択」21 校(7.1%)、「カリキュラムの見直し」58 校(19.6%)であった。3 年課程と 2 年課程の違いを見ると、両課程とも上位 3 位は同様の傾向であったが、「カリキュラムの見直し」「講義・演習・実習の教育内容の検討」「講義・演習・実習の評価の検討」の項目につい