

口頭指示の引き継ぎ忘れ

- ・退院の患児に内服させるK2シロップを医師より口頭にて指示を受けた。その後、内服確認を受け持ち看護師に伝達しなかった為に内服薬を持たずに、患児は退院してしまった(2004-00166095)。
- ・受け持ち患児の酸素を中止するよう医師より口頭にて指示を受ける。しかし、看護記録に記載し忘れ、他の看護師が酸素を中止になったと分からず、酸素を再開してしまった(2004-00166101)。

注意分割の問題 注意分割を行うと展望的記憶エラーが増える(Marsh and Hicks, 1998)。医療では、注意分割場面が頻繁に生じるため、できるだけ記憶に頼った部分を減らすことが望ましい。特に、指示変更が多岐にわたる場合は、変更により生じる仕事に注意を奪われ、報告が忘れられることが多い。

《例》

- ・術中に追加で50枚ガーゼを出した時に最初の出し数を聞いていないことに気が付いたが、他の用事で声をかけられ、後で聞こうと思いそのまま忘れてしまった(2004-00241783)。
- ・24時更新の持続点滴を12時と間違えて、点滴速度を速めた。そのことを当直者に申し送りするのを忘れた。速度を速めた時点で主治医又は上司に報告していれば未然に防げたかもしれないが、当日は大変忙しく休憩時間も30分ほどしかとれなかった(2004-00161986)。
- ・外来にて手術の説明を患者様に行った。その後病棟へ連絡する為の伝達版に記載する手順となっていたが、他の業務も一緒に行っていた為、記入するのを後回しにしてしまい、結局、記載するのを忘れてしまった(2004-00227755)。
- ・日常的に至急検体が多く、また、項目の変更および追加などの電話対応も多いことから、日常の担当部署以外の至急検体への対応が遅れたり、忘れてしまったりすることもある(2005-00269200)。

【対策・ガイドライン】

○後で、をなくす(展望的記憶を必要とする場面を作らない)

対策の第一は展望的記憶を必要とする場面を作らないことである。このためには、業務管理上は、不定期な指示変更等の発生をなくすことや報告・引き継ぎまでの時間間隔ができるだけあかないような工夫がいる。もちろん、これらを完全になくすことは不可能かもしれないが、指示変更の時機をある程度限定することやユビキタス、ネットワークシステムなどを利用し報告事象が発生した場合に、すぐに報告可能なシステムを構築することなどで展望的記憶に依存した報告を減少させることはできる。しかし、指示変更等の時機を限定することは、患者の病状にあわせた細かいケアを制限することでもあり、医療効率は低下する。コミュニケーションエラーにより発生するコストと効率低下によるコストを勘案することによりバランスをとる必要がある。

また、作業者自身の対策としては、すぐにできる報告を後回しにすることがないように意識して業務にあたることも重要である。

《例》

後回しにしたために生じた報告忘れ

- ・リーダー業務を行い抗生剤の指示を受けたが、注射係に伝えるのを忘れ、2回分投与されなかった。朝に指示を確認し翌日の注射のことであつたため、急がなくていいと思つて後回しにしてしまった(2004-00199377)。
- ・外来にて手術の説明を患者様に行った。その後病棟へ連絡する為の伝達版に記載する手

順となっていたが、他の業務も一緒に行っていた為、記入するのを後回しにしてしまい、結局、記載するのを忘れてしまった(2004-00227755)。

- ・蓄尿測定の手続きがあり蓄尿していたが蓄尿袋に「蓄尿検査あり」の紙を後から貼ろうと思いきや、忘れて処分してしまった(2005-00300013)。
- ・午前中、ソーシャルワーカー氏から電話があり、A氏のことで保健センターの方が14時頃に来るので、来棟されたらB看護師と主治医に電話をするようにという内容で、すぐにクラーク氏に伝えようとしたが不在のため後で伝えようとした。13時30過ぎからのカンファレンス中、クラーク氏に伝えようと思ったが、カンファレンス後にしようと思った。しかし、14時から講義があり、そのことに気を取られて伝えるのを忘れていた。私がない間に上記の方が来棟され、誰も知らないうちに話が終わっていた(2004-00149009)。

指示時機の問題による報告忘れ

- ・医師より以前提出された患者様の薬物濃度カルバマゼピンの問い合わせがあり、確認したが測定されていなかった。当直時に汎用依頼書で提出されていたために引継ぎがうまくなされなかった。休日に出来ない検査であった(2004-00170805)。

○手がかりの利用

いつ、誰(と誰)に、何(と何)を報告する必要があるのかを報告する必要のある場面で適切に想起することができるよう、展望的記憶を必要とする報告事象(後で報告しなければならない場面)が発生したときに、手がかりを準備する体制を整えておく必要がある。

このうち、報告されたインシデントでは、特に誰(と誰)に報告するのかを想起させる手がかりが欠落している場面が多く見られた。報告すべき対象者が複数いる場合に、一部の対象者に報告し、他の対象者を想起できなかったために、報告忘れが発生している。

特に口頭指示の引き継ぎについては、手がかりを残さない事例がいくつか見られている。口頭で指示された内容を引き継ぐ必要がある場合には、指示を受けた時点で、必ずメモをとるなど手がかりを用意する手順を徹底する。メモには、上述の、いつ、誰に、何を報告するのかが明示されている必要がある。

手がかりのうち、いつに関する手がかりは形として残しにくい。後で思い出せるようにメモしておいても、メモ自体を適切な時機に見るとは限らない。したがって、メモを用いて「いつ」に関する手がかりを残すのであれば、定期的にメモをみる習慣を身につけなければならない。この意味では、アラーム付きのタイマーが有効であるが、これは逆に「いつ」に関する想起は促すが、他の「誰に」と「何を」という情報の手がかりにはならない。また、複数の事象の手がかりを同時に設定し分けるのも困難な場合が多い。「誰に」、「何を」伝えるべき必要があるのかという情報を入力可能で、それらが適切な時機にアラームにより知らされ、そのような情報が複数設定し分けられるような電子機器を利用することが対策のひとつとなる。

また、場面としては、急な作業交替や休憩時の引き継ぎや報告が安易におこなわれている。基本的に作業途中での交替はないようにすべきであるが、やむを得ない場合は引き継ぎ用のチェックリストなどを使用し、作業全体の中での進捗や引き継ぐべき内容に漏れがないようにすべきである。もちろん、作業途中での交替は急な事情が関係するであろうが、逆に事故が発生するのは、このような場面であることを認識し、管理者が引き継ぎ手順を明確にしておくべきである。

(2) 報告間違い(入力間違い、言い間違いなど)

展望的記憶エラーと同様に、「～し間違い」は、注意がやるべきことに十分に向けられていないときに、直前に行っていたことや普段よく行っていることなどが思い浮かびやすいものがうっかり紛

れ込んでしまうために生じる(Baas, 1992; Norman, 1981; Reason, 1990; 重森, 2005)。注意に関しては、展望的記憶と同様、複数の仕事が並列に行われていたり、別の仕事が気になっていたり、仕事上のこと以外にも、家庭のことや体調のことなどに注意がそれている場合には、目の前の作業に注意が十分向けられておらず、うっかりミスを冒しやすい状況といえる。

また作業場所が整理されていなかったり、機器のスイッチ類が見にくかったりする場合には、同様に必要とする対象以外に注意がそれてしまいやすい状況といえる。

《例》

割り込みやすいものが割り込む

- ・予約の入っているはずの患者様の予約が入っていないとの連絡が受付からあり、当日予約をしていただいた。予約表を確認してみると、同姓同名の患者様を間違えて入力していたことに初めて気が付いた。(2004-00188481)
- ・同日退院される2名の患者のサマリーの記載が逆だった。無意識に書間違えた、同時に2名の記載をしようとしていたため入れ違ってしまった。(2004-00140381)
- ・名前のよく似た薬“バナール”と“ハルナール”を処方箋に医師が書き間違えた。(2004-00167734)

慌て、注意欠如

- ・医師より未入力を指摘され、慌てて入力しているが、手入力時、入力ミスをしてしまった。緊急用の検査システムのプログラムの順番が異なり、RLTの項目にMCVのデータを入力してしまった。(2004-00256992)
- ・入院中の臨時処方を調剤していて処方箋に合わせ薬袋を作成(手書き)した。そのときに名前を書き間違えた。点滴管理が多い療養型病棟で看護師の業務が多忙であり、注意力に欠けたと思われる。(2004-00143951)
- ・医師より点滴の指示があり、リーダーナースと指示薬剤を確認し作成したが、薬剤記載の量を書き間違えてしまった。余裕がなく、ゆとりを持って薬剤準備できず、薬剤の量を書き間違えてしまった。(2004-00169393)

電子カルテやオーダーリングシステムにおける入力間違い

- ・妊娠検査のため採尿したが、検査依頼入力項目を間違え、妊娠検査が実施されなかった。(2004-00164759)
- ・ダウン時のデータをコンピューターへ入力する際の間違い。測定機器の表示単位とコンピューター上の単位が違うために入力時に単位を間違え入力した。(2004-00149622)
- ・検査データの数値が低い事で、再検しているが、手入力するのを忘れてしまった。医師より未入力を指摘され、慌てて入力しているが、手入力時、入力ミスをしてしまった。緊急用の検査システムのプログラムの順番が異なり、RLTの項目にMCVのデータを入力してしまった。(2004-00256992)
- ・レントゲン検査(注腸造影検査)の際に患者さんの名前入力を誤り、本来検査すべき患者さんの取り違えは生じなかったものの、別人の名前が表示された状態で撮影が行われた。(2004-00140141)

【対策・ガイドライン】

○並列作業の禁止

複数の指示や伝達や入力を並列して行うことにより、相互の情報が割り込みやすくなる(入れ替わりやすくなる)。指示や伝達、入力は、ひとつの作業が完了してから次のものを継時的に行う手順とする。

○作業時間同定

短時間に作業を行おうとすると、直面している作業への注意が不足する。急いでできる作業

であっても、安全上の必要最低限の作業時間や手順を決め、緊急の場合でも決められた作業時間や手順が省略されることがないように管理する。

○機器のユーザビリティ

十分に注意すれば間違えないが、急いでいたり、注意が何かにそれていたたりする場合に、入力間違いが発生する可能性のある機器は危険である。ユーザビリティの評価に際しては、急いで扱った場合や注意が十分に向けられていない場面でのエラーの可能性についても評価されている必要がある。また、使用段階で見つけられたインシデントは、医療機器メーカーや厚生労働省で収集し、情報公開や改善要求を行う制度が求められる。

○自由度の低下

現状の薬品数や薬品名の意味などを考慮すると、薬品名の類似度を低下させることは難しい。院内や各科で使用する薬品の数を制限することにより薬品名の類似性を低下させることができる。患者や病状にあわせた細かいケアは、このような自由度の低下により制限されるが、これも効率と安全のバランスを考慮して判断されるべきものである。

2) ミステイク（判断間違い、伝わったと思った、伝えなくてもよいと思った）

発信者側の問題で、伝えるべき内容が伝わらない事象が発生する別の原因に、ミステイク（判断間違い）がある。これは、発信者は伝えたと思っていたが、実際には受信者に伝わっていなかったというものである。これには、発信者の伝え方の問題と伝わった内容が伝わったかどうかの確認が十分にできていない問題の2つの要因が関係する。

伝え方の問題としては、発信者が受信者の立場に立って、受信者が理解しやすい言葉で伝えていないこと。特に、医師から看護師、ベテランから新人、医師・看護師から患者・患者の家族に対する伝達において、伝えたつもりだが伝えていなかったという問題が多く発生している。

また、新たな取り決めをマニュアル化した場合にも、マニュアル内容が周知したつもりで伝わっていなかったことが原因のインシデントがいくつか発生している。

《例》

伝わったと思った

- ・内服薬を配薬している時に違う患者の薬が紛れ込んでいた。担当看護師に伝えたがうまく伝わっていなかったために内服の飲ませ忘れとなった(2004-00166854)。
- ・膀胱留置カテーテルを挿入している患者の24時間尿量で、採尿をする際カメに移していた尿を見落とし、正確な全尿の一部を採取できなかった。前日の勤務者がウロガードからカメに開けておいた尿量の伝達が不十分で、採尿する看護師（新採用者）には伝わっていなかった。リーダーは、新人看護師がカメに尿がある事を知っていると思いこんでいたが、新人は情報収集ができていなかった(2004-00199309)。
- ・γグロブリンを大量投与のため、グロベニンI4バイアルを当日2回に分けて投薬する必要があった。冷所保存の薬なので、夜勤の看護師に解るようにとメモを書いて注射ワゴンに置いたが、紛失してしまった。日勤受け持ち看護師には、口頭で本日2回施行と伝えたが、伝わっていなかった(2004-00160718)。
- ・薬内服継続の指示が患者様に十分伝わっていなかったため内服していなかった(2004-00206915)。
- ・自己抜去の危険性のアセスメントの上、必要最小限の抑制を行っていたが、家族には必要性がきちんと伝わっていなかったようである(2004-00158992)。
- ・外注業者から医療ガスの点検の際2年目看護師に「酸素を使用していないか」質問があった。看護師は業者と一緒に病室を確認し、「ここ（病室を指し）以外は使用していません」と返事をした。外注業者は使用していないと認識し、酸素の元栓を閉鎖して点検を行った。人工呼吸器を使用していた患者のアラームがなり、酸素が止められている事が

発見された。(2004-00167210)

また、主に役割分担が不明確であることに起因した、伝えなくてもよいと思ったという誤った判断による報告漏れも頻繁に発生している。

《例》

伝えなくてもよいと思った (役割分担)

- ・昼後薬を渡しておらず、リーダーに報告は行いが、リーダーからスタッフに伝えてもらえろと思ひこみ、スタッフに直接伝えずに休憩に入る(2005-00296868)。
- ・リハビリ開始の指示があり、指示伝票を提出したと思っていたが、理学療法士に患者の状態を聞いたところ、指示伝票が提出されていないことが、わかった。いつ・誰が、リハビリ指示箋を提出するのか決まっていなかった(2004-00227704)。
- ・配薬前は、リーダーナースと受け持ちナースでダブルチェックを行った。その後指示が変更になり、配薬の時点で患者用PCを見た受け持ちナースは中止薬があることに気づいたが、リーダーが外していると思ひ込み、投与させた。(2004-00155137)

【対策・ガイドライン】

○マニュアル化，電子化

すべての伝達・報告場面で必要な伝達・報告内容の伝え方をマニュアル化し、伝達・報告は伝達・報告書式を用いて、マニュアル通り行う。医師から看護師，看護師同士，医師，看護師から他の医療関係者，医師，看護師から患者などのさまざまな伝達・報告対象に対して、すべての場面の報告・伝達をマニュアル化する。これにより、伝え方にばらつきがなくなり、誰がどういう場面で報告しても、同じ質の報告を行うことができる。

○他者観点取得

すべての伝達・報告をマニュアル化することができればよいが、実際には何をどのように報告すべきか、人の判断に任される曖昧な部分が残ることが多い。この場合には、発信者の情報の提示レベルを上げるか、発信者が受信者にどのように伝わったかを確認することにより、伝達・報告の質を高めることができる。

前者は、伝達や報告について受信者の立場で、考えられなければならない。これに関しては、各種アサーション・トレーニング(平木・野末・沢崎，2002)やコックピット・リソース・マネジメント(Cockpit Resource Management, CRM)訓練(International Civil Aviation Organization, 1989; 相馬，2003)などの訓練が考案されている。このような研修や訓練を受けることを義務化し、コミュニケーション能力を高めることが事故防止に繋がる。

○伝わったかどうかの確認

発信者が提示した情報が、少なくとも表面的に伝わったかどうかを確認する手段として、復唱がある。返事だけは、何が受け取られたか確認することはできない。発信者が提示した情報をそのまま繰り返すことにより、音声的な知覚レベルでは正確に伝わったことが確認できる。

しかし、復唱だけでは、発信者の意図した内容が正確に伝わっているかどうかは確認できない。複雑な内容の場合、単純に提示した情報を繰り返し復唱させるのではなく、確認のための質問を発信者から提供し返答させるなど、内容が正確に伝わっていることの確認も必要である。

特に、規定やマニュアルの改訂や追加が行われたときに、規定やマニュアル類の配布や一方的な講習会だけでは、内容が正確に伝わったことが確認されていない。これらも、質問項目に答えられるかどうか、マニュアル通りに実施できるかどうかを実際に実施させることにより確認する必要がある。

《例》

- ・マニュアルにそった確認ができていなかった。B氏の採血は医師に依頼していたにも関

ならず、検体をまとめておいていた。慌てていた(2004-00149038)。

- ・NIPPVを使用中の患者がいた。昼当番で食後に酸素(経鼻)をNIPPVに代えるようにいわれていた。スタートボタンを押すだけと思っていてチューブをつながなかった。新人でマニュアルの不徹底と先輩看護師の教育不足であった(2004-00160563)。
- ・術中に5枚テグーゼの束をさばいたとき、4枚しかなかった為50枚術野に出していたトータルのガーゼ枚数を1テグーゼ(不足の分)除外し45枚とカウントするべきを46枚とカウントしたため1枚不足と主治医に報告しレントゲン撮影し読影後異物がなく、枚数カウントに不備があった事が判明した。思い込みによるミス。マニュアルを理解していなかった(2004-00177621)。

また、単純な復唱も含めて、規則になっていても次第に行われなくなることも多い。これに関しても定期的に訓練する必要があるかもしれない。

《例》

- ・ブロック施行時に「フェノールブロック」と指示され、本来投与すべきは「5%フェノール注射液」であったが、「15%フェノールグリセリン注射液」を準備している途中で別の医師より指摘され、間違いがわかった。原因として、口頭指示で情報伝達が不十分だったこと、複数の規格が存在しているにもかかわらず薬剤名の復唱確認を怠ったことがあげられる(2004-00141492)。
- ・塩カルシウムのラベルを貼ったと思い込み、注意を怠った。時間がないと焦っていたため、十分な確認をせずに出してしまった。また本来ダブルチェックするはずのつもりも忙しく、麻酔医用の薬が正しい準備されているか確認できなかった。(マニュアル通りしなかった)(2004-00154866)
- ・オキシコンチン20mg 2錠分2投与を調剤時、「9時の一回分だけ先に受けて」と言われて、一錠のみ分包しマニュアルのダブルチェックせずに手渡した。残りを分包しダブルチェックした際、オキシコンチン5mgを間違っただけで分包している事に気づき、病棟へ連絡したがすでに服用した後であった(2004-00155041)。

誰が誰にどういう場面で何を伝えなければならないか、役割分担が明確に決められている必要がある。従来は、このような役割分担が曖昧であっても、その場の状況に合わせて柔軟に対応可能であったかもしれないが、そのような臨機応変な対応は望めなくなりつつある。役割分担を明確にすることは、状況に応じた柔軟性が低下することにもつながり、効率は低下するが、業務の多忙さからくる依存心が楽観的な推測を生むことにより、誰かが伝えてくれているだろうという思い込みを持つ危険を減らすためには、責任の所在を明確にしておく必要がある。

また、伝達事項が発生したという認識を誰もが持つことができるために、マニュアルには誰が見ても的確に状況認識できるよう、伝達・報告が発生する場面は具体的に記す必要がある。

4) 知識不足(報告することを知らなかった)、危険感受性の低下(危険であることを知らなかった)

報告すべきことが、認識されずに報告されないことも複数発生している。特に、問題が発生しているにもかかわらず、問題として認識されていないために報告されない場合が多い。

これらは、報告すべきかどうかの判断の基盤となる知識不足の問題だけではなく、危険であることを感じ取る能力(危険感受性)が低いことにも起因する。

《例》

- ・下血を繰り返し出血したにもかかわらず、緊急であることを判断できず医師への報告が遅れてしまった(2004-00169383)。
- ・通常の状態で呼吸器使用していたが、突然換気量表示がバックアップ表示に切り替わりその後再度換気量表示に戻った。器械の故障が問題器械が作動中異常を発生したが報告の

- 遅れがある。報告が必要との認識がない。(2004-00154357)
- ・麻酔導入前に麻酔科のA医師よりボルタレン座薬50mgの指示あり実施した。手術終了間近、麻酔科B医師よりボルタレン62, 5mgの指示があった。2人の麻酔科医師が座薬の使用の事を知っていると思い、少し量が多いことや、時間間隔が短いと不安に感じたがB医師に手術前の50mgの実施は報告せず62, 5mg挿入した。(2004-00165434)
 - ・受け持ちのスタッフが忙しく血糖チェックができないため、かわりにチェックしたところ59で低血糖症状みられなかった。患者様のワークシートにスケールが記載してあり、確認したところ70以上100未満は処置なし以降の項目しか確認できなかった。患者様に確認したところ低血糖症状もみられないため、低めだなと感じたがすぐに食事が来るため何も処置せずいた。その後、受け持ちのスタッフに血糖値を伝えたところ、70以下の場合には50%ブドウ糖の静脈注射の指示があったことを伝えられた。(2004-00242071)

【対策・ガイドライン】

○具体的な知識教育とテスト

報告すべき重要な事象であるかどうかを知識不足により判断できないという問題を補うのは、知識を教育することである。ただし、抽象的な知識では、重要な事象に遭遇しても、それが重要な事象であるかどうか判断できない。学習される知識は具体的なものであり、かつそれらの知識が利用可能な程度に学習されたかどうかを現実に近い場面でテストし確認する必要がある。

○危険感受性向上

危険感受性は、年齢や経験などにより個人差がある(重森・原田, 2004; 蓮花, 2000)。危険に対する意識を高めるためには、何が危険であるかを知識として具体的に教育するとともに、事故やインシデント情報が事故原因や兆候などの情報とともに周知されることが必要である。また、危険感受性そのものを高める訓練として、危険予知訓練(KYT)(田辺, 1992; 東京医科大学病院看護部安全対策委員会, 2003)や前述のコックピット・リソース・マネジメント(CRM)訓練などが用いられることが多い。また事故やインシデントの分析自体を実施することも危険感受性を高める効果があると考えられる(重森, 2002)。

2. 受信者の問題

受信者の問題は、すでに、発信者の問題で述べたことと重複することが多い。したがって、特に受信者の問題として取り上げられるべき点についてのみ考察する。

1) 見逃し, 聞き逃し, 見間違い, 聞き間違い

見逃しや確認忘れ, 聞き間違い, 見間違いなどが発生する要因は、すでに展望的記憶エラーや報告間違いで考察したことと同様である。

焦っていたり、何か他のことに気をとられていたり、同時に複数の仕事をこなしているなど、注意が情報の受け取りに十分に向けられていないときに、見るべきものが省略されたり、確認することが忘れられたり、また目につきやすいものや普段よく目にしていたり耳にしていたりする情報が見えたり、聞こえたりする。

したがって、ガイドラインも発信者の展望的記憶エラーや報告間違いと共通する。

《例》

見逃し

- ・手術終了し帰室直後に血糖測定の指示が出ていたが、見落としてしまい、血糖測定しなかった。(2005-00297278)

- ・入院時、患者が持参した抗血栓薬の内服中止の指示を見落とし、6日間内服が続行された。(2004-00199320)
- ・急性虫垂炎OP当日の患児が、17時ナースコールあり訪室すると痛みを強く訴えられた。その日の受け持ちNsに伝えナースステーションに戻り2人でワークシートに書かれている疼痛時の指示ボルタレンSP(25)を確認した。その時16:30ボルタレンSP(25)挿入の記述があったにも関わらず見落とししていた。(2004-00188505)
- ・小腸透視の前処置として、眼前にマグコロールを与薬すべきところ、処置を見落とし与薬しなかった。(2004-00215819)

聞き逃し

- ・op室NSより「Tピースを用意して迎えに来てください」と連絡を受けたが、Tピースが何か分からずパニックになり「Tピースですね。」と復唱したが「迎えに来てください」という言葉を聞き逃してしまった。その後他のNSに「Tピース準備してくださいと言われました」と伝えてしまったため、誰もOP室へ迎えに行かずICUでTピースの準備をしてしまった。(2004-00211056)
- ・心カテ後に透析を行うことになっていたが、止血が困難であり透析を1時間後に施行する、という医師間の会話を聞き逃し申し送りしなかった直後に透析が行われた。(2005-00261370)

見間違い

- ・本日ヒューマカートRを朝16単位・昼14単位・夕12単位・眠前ヒューマカートN6単位の指示がでていたが、準夜の情報収集時夕16単位と間違った情報収集していた。又実施時電子カルテの注射欄を確認せず、注射伝票の見間違いで16単位皮下注してしまった。(2004-00143928)
- ・150mg投与するところを指示箋の見間違いにより、50mgしか投与しなかった。(2004-00159467)
- ・看護ワークシートに記載しているエンシュアとエンシュアHを見間違えて注入した。40ml入った時に気づき医師に報告し残量を破棄しエンシュアHにつなぎ変えて注入した。(2004-00163318)
- ・サイレースをセレネースと見間違えアンプルカットした(2004-00167456)。

聞き違い

- ・「RP」検査のある患者様に対し前投薬を打つことなく「RP」検査に行った。検査に呼ばれたことを電話報告を受けた看護師から「RI」に行くように聞き違いそのまま、他看護師に「RI」に行くよう伝え患者様とカルテをおろした。(2004-00238667)
- ・準備作業を引き継ぐ際に申し送りを聞き違い、すでにヘパリンを混注済みであったヘパリン加生理食塩水に記入されたヘパリン30000をヘパリン30000単位分混注すると誤解した。この作業の前に急に病棟から呼吸器の回路交換が入り、あせりがあった。(2004-00157128)
- ・日勤から準夜勤で患者の尿量の申し送りを受けたが、560ml.を160ml.と聞き違えた。(2004-00171351)
- ・夕方の血糖チェックの結果でインシュリンのヒューマリンR6単位を注射するのを、聞き違えてノボリンR6単位を注射してしまった。(2004-00176055)

2) 未確認(確認しなくてもよいと思った)

マニュアルや指示箋等を確認せずに作業を行い、伝わるべき情報が伝わっていない事例が目立った。マニュアルに関しては、マニュアルの内容が分かっていると思っていることによって生

じる場合と、面倒なために生じる場合、もしくはその両方が原因で発生する。

指示箋等に関しては、いつも通りだろうという判断で省略される場合が多い。本来、通常とは異なる指示があったかもしれないという記憶や判断が生じたときのみ、作業前に指示等を確認するという手順自体が間違っている。

《例》

マニュアルの未確認

- ・緊急輸血が必要となり、どの様に血液を取り寄せるかの方法を看護師に確認して、当直事務を通し血液センターからMAPを取り寄せた。事務当直は、そのまま届いた血液を病棟へ払い出した。伝票は1単位であったが、2単位払い出され、クロスマッチ試験も実施されないまま、病棟にわたった。主治医はクロスマッチがされていないので、検査課に連絡してクロスマッチを実施し、輸血が行われた。休日の場合の輸血実施のマニュアルがあったが、マニュアルを確認していなかった。検査技師はマニュアル通りでないと思ったが、問題にしなかった。(2004-00166415)
- ・医師より「ケナコルト準備して」と言われ、蒸留水1mlをバイアルに刺した後でマニュアルを確認すると溶解済みのバイアルであることが分かった。(2004-00229736)
- ・マグコロール服用の指示あったが2Lで1袋を溶かしラキソベロンを入れ与薬してしまった。マニュアルを確認せず自己の思い込みにより行動してしまった。(2005-00262275)

指示箋等の未確認

- ・抗生剤が1日2回投与する指示に対し、時間設定を1回しかしなかった。指示の読み方の不備。前日開始となっており、開始日は1日1回であったため、投与回数をきちんと見ずに、時間設定だけを行った。(2004-00139967)
- ・全身麻酔手術のため、病棟より抗生剤を持参されていた。申し送りの際に、病棟看護師と、その物を指示表で指差しながら照らし合わせ確認をした。実際溶解する時に、指示表を見ずにセフマゾン0.8gのところを1g溶解し施行した。(2004-00148994)
- ・1日2回の指示の利尿剤の注射を忘れ、翌日の受け持ち勤務者が気づいた。日勤帯では注射はないという思い込みで、指示書をよく見ずに処理してしまった。(2004-00154509)
- ・腰椎麻酔による手術の際には、アナペインが必ず必要と思い、医師の薬品オーダーを見ず準備していた。患者入室直前に麻酔科医より指示していないことを指摘された。(2004-00158079)

【対策・ガイドライン】

○マニュアルの簡便化

作業手順や機器の取り扱いの詳しいマニュアルとは別に実際に作業前や作業中に参照可能な簡便なマニュアルが機器や手順に付随して配備されていると、マニュアルを見なかったというような自体は発生しにくい。その際にも、多くの機器や手順に共通ではない部分、通常の手続きとは異なる部分のみを強調し、瞬時に必要事項に目を通せるような工夫がいる。

○作業手順の遵守

指示等を見ずに作業を行うこと自体が、間違いであり、判断ミスというよりも違反に近い。手順の遵守の徹底が求められる。

このような作業手順の省略等は、効率的な作業を意識的にも無意識的にも追求するために生じるものと考えられる。無意識の省略は、本人も気づきにくいものであり、作業員同士や管理者がお互いの作業の中の省略に気づき、指摘しあうことが防止につながる。このためには、前述のアサーション・トレーニングやCRMトレーニングなどが有効である。

3) 違う意味に理解した

知識不足から伝えられた情報を誤って理解するケースが見られる。伝えられた内容が分からない場合には、指示通りに作業することができないために、受信者からの内容確認が自ずと生じるが、誤って理解された場合には、エラーが発生するまで問題が明らかにならないことが多い。

したがって、伝達・報告の際には、必ず復唱を行うこと、複雑な内容の伝達・報告の際には、正しく理解されたかどうか、発信者が伝達した内容に関連する質問をいくつかするなどして確認する必要がある。

《例》

- ・電気治療実施日は、治療終了後に朝薬を内服するよう医師より指示があり、ワークシートのケア項目に「ECT日の朝薬は覚醒してから服用」と入力。しかし、当日の深夜看護師（新人）が「覚醒してから服用」の意味を朝起きてから服用と解釈し、起床後に内服させた。(2004-00207981)
- ・ワーファリンを3錠分1朝食後と医師はカルテに記載していたが医事課員が処方箋入力の際に1錠分1朝食後と思い込んで入力し、実際過少投与となった。(2004-00163980)
- ・患者様が検査後に目の下がピクつくと言われたので、主治医から口頭でアタラックスPを注射するように指示を受けた。入力は後で行うからと言われ、アタラックスPを急いで筋注した。しかし、後で指示シートを確認したところアタラックスPは静注の指示であった。(2005-00300289)

参考文献

- Baas, B. J. 1992 The many uses of error: Twelve steps to a unified framework. In B. J. Baars (Ed.), *Experimental slips and human error: Exploring the architecture of volition*. NY: Plenum Press, Pp.3-34.
- Brandimonte, M. A., Einstein, G. O., & McDaniel, M. A. (Eds.) 1996 *Prospective memory: Theory and applications*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Einstein, G. O. and McDaniel, M. A. 1990 Normal aging and prospective memory. *Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory, and Cognition*, 16, 717-727.
- Einstein, G. O. and McDaniel, M. A. 1996 Retrieval processes in prospective memory: Theoretical approaches and some new empirical findings. In M. Brandimonte, G. O. Einstein, & M. A. McDaniel (Eds.), *Prospective memory: Theory and applications*, Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Pp.115-141.
- Einstein, G. O., McDaniel, M. A., Richardson, S. L., Guynn, M. J., and Cunfer, A. R. 1995 Aging and prospective memory: Examining the influences of self-initiated retrieval processes *Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory, and Cognition*, 21, 996-1007.
- Harris, J. E. 1984 Remembering to do things: A forgotten topic. In J. E. Harris & P. E. Morris (Eds.), *Everyday memory: Actions and absent-mindedness*, NY: Academic Press, Pp.71-91.
- 平木典子・野末聖香・沢崎達夫 2002 ナースのためのアサーション・トレーニング講座. 金子書房.
- International Civil Aviation Organization 1989 Human factor digest No.2 Flight crew training: Cockpit Resource Management (CRM) and Line-Oriented Flight Training (LOFT). ICAO Circular, CIRCULAR 217-AN/132, International Civil Aviation organization, Montreal, Canada.
- 小林敬一 1996 展望的記憶にいかによりアプローチするか? -研究の現状と課題-. *心理学評論*, 39,

205-222.

- Marsh, R. L., and Hicks, J. L. 1998 Event-based prospective memory and executive control of working memory. *Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory, and Cognition*, 24, 334-349.
- McDaniel, M. A. and Einstein, G. O. 1993 The importance of cue familiarity and cue distinctiveness in prospective memory. *Memory*, 1, 23-41.
- Norman, D. A. 1981 Categorization of action slips. *Psychological Review*, 88, 1-15.
- Reason, J. 1990 *Human error*. Cambridge University Press.
- 蓮花一己 2000 ハザード知覚とリスク知覚. 高木修 (監)・蓮花一己 (編), *交通行動の社会心理学*, 北大路書房, Pp. 36-48.
- 相馬孝博 2003 CRM(Crew Resource Management)の医療分野への応用について. *病院*, 62.
- 重森雅嘉 2003 医療事故防止にクリティカルシンキングをどう用いるか. *看護教育*, 43, 933-938.
- 重森雅嘉 2006 ヒューマンエラーの起こしやすさを測る. 太田信夫 (編), *記憶の心理学と現代社会*, 有斐閣 (印刷中) .
- 重森雅嘉・原田悦子 2004 経験が教える危険ーリスク認知における職業経験・スポーツ経験の効果ー. *看護研究*, 37, 69-75.
- 田辺肇 1992 テキスト危険予知訓練. 中央労働災害防止協会.
- 東京医科大学病院看護部安全対策委員会 (監) 2003 こうすればできる安全な看護. *ディジットブレーション*.
- 梅田聡・小谷津孝明 1998 展望的記憶研究の理論的考察. *心理学研究*, 69, 317-333.

II. 医療用具の選定, 見直し, 管理を効率的に行うための組織 (患者が療養上使用する用具を含む)

横井 郁子 首都大学東京 健康福祉学部看護学科

1. 目的

医療用具を選定する委員会には医師, 看護師などの医療スタッフが委員として加わる必要がある。医療用具に関する事故, インシデントが発生した場合は, 委員会での用具の見直しについて検討する。委員会で使用が認められた用具については, 病院内スタッフ, あるいはアウトソース会社に管理を委託する。管理についてチェックする項目は, 委員会が定める。

2. 上記提案の必要性を明らかにする現状分析

都市部にある 500 床以上の 2 病院の看護師を対象に転倒・転落対策に絡めた療養環境調整の現状に関して質問紙調査を行った(平成 17 年度厚生労働科学研究費補助金 医療技術評価総合研究事業「安全な療養環境を構築するための物的対策に関する研究」主任研究者: 寛淳夫 より)。その結果の一部を下記に示す。

1) 看護師による転倒・転落対策としての物的対策実施状況

(1) 患者の状態に合わせた物的対策

回答した看護師の約 9 割が患者の状態に応じた転倒・転落対策としての物的対策を実施していると回答した。

表 1. 「私は転倒・転落対策として, 患者に合わせたベッド周辺の物品の配置や動きやすい福祉機器の導入など, 療養生活上物的な調整を行っている」

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	全くそうだ	79	12.5	12.5	12.5
	おおむねそうだ	318	50.2	50.4	62.9
	ややそうだ	167	26.4	26.5	89.4
	どちらともいえない	53	8.4	8.4	97.8
	ややそうではない	7	1.1	1.1	98.9
	おおむねそうではない	5	0.8	0.8	99.7
	全くそうではない	2	0.3	0.3	100.0
	合計	631	99.7	100.0	
欠損値	システム欠損値	2	0.3		
合計		633	100.0		

表 2. 「私は患者の認知・理解の程度の査定をもとに療養生活上の物的な調整を行っている」

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	全くそうだ	69	10.9	10.9	10.9
	おおむねそうだ	318	50.2	50.4	61.3
	ややそうだ	197	31.1	31.2	92.6
	どちらともいえない	36	5.7	5.7	98.3
	ややそうではない	7	1.1	1.1	99.4
	おおむねそうではない	4	0.6	0.6	100.0
	合計	631	99.7	100.0	
欠損値	システム欠損値	2	0.3		
合計		633	100.0		

表 3. 「私は患者の動作能力の査定をもとに療養生活上の物的な調整を行っている」

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	全くそうだ	69	10.9	10.9	10.9
	おおむねそうだ	303	47.9	48.0	59.0
	ややそうだ	212	33.5	33.6	92.6
	どちらともいえない	35	5.5	5.5	98.1
	ややそうではない	9	1.4	1.4	99.5
	おおむねそうではない	3	0.5	0.5	100.0
	合計	631	99.7	100.0	
欠損値	システム欠損値	2	0.3		
合計		633	100.0		

表 4. 「私は患者が転倒・転落による傷害を予測しながら、転倒・転落対策の環境調整を行っている」

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	全くそうだ	114	18.0	18.0	18.0
	おおむねそうだ	328	51.8	51.9	69.9
	ややそうだ	166	26.2	26.3	96.2
	どちらともいえない	17	2.7	2.7	98.9
	ややそうではない	6	0.9	0.9	99.8
	おおむねそうではない	1	0.2	0.2	100.0
	合計	632	99.8	100.0	
欠損値	システム欠損値	1	0.2		
合計		633	100.0		

(2) 用具の取り扱いに対する負担感と効率性

一方、用具の取り扱いに対する負担感について、約3割の看護師が感じていることが示された。

ME 機器以外の療養具に関する設置および保守点検の明確な担当部署はなく、各病棟看護師に任されているのが現状である。すでに用具に対する負担感を3割程ではあるが感じている看護師に任せ

るよりは、それら療養具の修繕，電気系の専門家に委託するほうが効率的であり，今後より高度医療が提供される場となる病院においては有効な人的活用と考える。

表 5. 「私は療養具など用具を取り扱うことに負担は感じない」

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	全くそうだ	85	13.4	13.6	13.6
	おおむねそうだ	206	32.5	32.9	46.4
	ややそうだ	153	24.2	24.4	70.8
	どちらともいえない	139	22.0	22.2	93.0
	ややそうではない	27	4.3	4.3	97.3
	おおむねそうではない	15	2.4	2.4	99.7
	全くそうではない	2	0.3	0.3	100.0
	合計	627	99.1	100.0	
欠損値	システム欠損値	6	0.9		
合計		633	100.0		

(3) 効率の良い用具選定

①一般に行う患者アセスメントと用具使用者としてのアセスメントのずれ

転倒・転落インシデントで報告される患者の多くは高齢患者である。また、環境適応に時間を要することが予測されるのも高齢患者である。そこで高齢者のアセスメントの中から認知、視覚、動作、起立性低血圧に関する項目を取り上げ質問紙に加えた。これら選択した項目は用具の使用に影響する基礎情報と考える。その結果、認知・理解に関するアセスメントツールに関する知識・実践、視覚評価に関する知識・実践が低かった。それに対し、動作能力、起立性低血圧の知識については高かった。このことはI.で示した環境調整の実施状況の内容として、病状による動作、身体状況に合わせた調整が行われていることが推測されるが、その人に認識されやすい物か、使いやすいかといったユーザビリティに関わると思われるアセスメントは希薄であることが示された。

これらの結果から、看護師だけでは「物を使用する患者」を総合的にみているとは言い難い。今回の結果では看護師の動作能力の把握率が高く、これは看護師自身が患者をどう介助すべきかが重要課題であるためではないかと推測される。治療の経過とともに患者の状態が短期間で変化する急性期病院、臨床経験が5年未満という看護師が半数を占める状況では、物の評価までは至らないのが現実であろう。したがって、意識的に「物を使用する患者」という視点をもった医療スタッフで用具の選定、評価に関わる委員会を設置することが効率的であると考えられる。

表 6. 「認知や理解力に関するアセスメントツールを知っている」

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	はい	371	58.6	59.2	59.2
	いいえ	256	40.4	40.8	100.0
	合計	627	99.1	100.0	
欠損値	システム欠損値	6	0.9		
合計		633	100.0		

表 7. 「認知や理解力に関するアセスメントツールを使っている」

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	はい	244	38.5	38.9	38.9
	いいえ	384	60.7	61.1	100.0
	合計	628	99.2	100.0	
欠損値	システム欠損値	5	0.8		
合計		633	100.0		

表 8. 「ベッドサイドで行う視力や視野のアセスメント方法を知っている」

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	はい	170	26.9	27.1	27.1
	いいえ	458	72.4	72.9	100.0
	合計	628	99.2	100.0	
欠損値	システム欠損値	5	0.8		
合計		633	100.0		

表 9. 「支持基底面と重心の関係が身体のバランスに影響するメカニズムを知っている」

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	はい	381	60.2	61.0	61.0
	いいえ	244	38.5	39.0	100.0
	合計	625	98.7	100.0	
欠損値	システム欠損値	8	1.3		
合計		633	100.0		

表 10. 「高齢者の身体のバランスの変化について知っている」

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	はい	460	72.7	73.4	73.4
	いいえ	167	26.4	26.6	100.0
	合計	627	99.1	100.0	
欠損値	システム欠損値	6	0.9		
合計		633	100.0		

表 11. 「高齢者は起立性低血圧が生じやすくなるメカニズムを知っている」

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	はい	472	74.6	75.5	75.5
	いいえ	153	24.2	24.5	100.0
	合計	625	98.7	100.0	
欠損値	システム欠損値	8	1.3		
合計		633	100.0		

②個人の調整範囲を超えた環境 -問題意識の高いトイレ-

転倒事故の発生場所として比較的多く報告されているのがトイレである。トイレ環境に対する問題を共有トイレ、車椅子介助用トイレごとに質問をした。質問内容は照明、広さ、扉、便座の高さ、便座の形状、手すり、水洗バー、トイレットペーパーホルダー、ナースコールに及んだ。それぞれの設置状況に対し約半数が何らかの問題があると指摘していた。このことはI.で述べた約9割の「環境調整を実施している」という回答が「実施しているが問題解決には至っていない」と解釈できる。トイレのしつらえの変更は容易なことではない。問題点および改修方法などはその病棟の特殊性が反映されることが予測され、その特殊性を評価できるためには全体を知る必要がある。専門委員会の評価がその役割を果たすと考える。

③コンサルテーションの効率

看護師の患者の動作能力のアセスメント実施状況は高いことが示されたが、その能力に応じた物の提供にはばらつきがみられる。車椅子、歩行器、杖といった移動用具については理学療法士が多くの情報と実践経験を積んでいるので専門委員のメンバーに含まれることが望ましい。その一方で、これら用具の選定に関する理学療法士、作業療法士への相談が現状では「担当看護師→受け持ち医師→リハビリテーション依頼」という手続きをとっている場合がある。診療報酬上の手続きと考えるが、療養上の世話に関するものとして看護師から直接、理学療法士、作業療法士へのコンサルテーションが円滑に行われることは効率性に寄与するのではないかと考える。

表 12. 「私は車椅子の座り心地までアセスメントしている」

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	全くそうだ	11	1.7	1.8	1.8
	おおむねそうだ	41	6.5	6.6	8.4
	ややそうだ	126	19.9	20.3	28.7
	どちらともいえない	152	24.0	24.5	53.1
	ややそうではない	139	22.0	22.4	75.5
	おおむねそうではない	108	17.1	17.4	92.9
	全くそうではない	44	7.0	7.1	100.0
	合計	621	98.1	100.0	
欠損値	システム欠損値	12	1.9		
合計		633	100.0		

表 13. 「私は歩行器や杖を患者に合わせて調整できる」

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	全くそうだ	66	10.4	10.6	10.6
	おおむねそうだ	96	15.2	15.5	26.1
	ややそうだ	161	25.4	26.0	52.1
	どちらともいえない	150	23.7	24.2	76.3
	ややそうではない	67	10.6	10.8	87.1
	おおむねそうではない	54	8.5	8.7	95.8
	全くそうではない	26	4.1	4.2	100.0
	合計	620	97.9	100.0	
欠損値	システム欠損値	13	2.1		
合計		633	100.0		

表 14. 「私は福祉機器の設定や選択の知識があるほうだと思う」

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	全くそうだ	18	2.8	2.9	2.9
	おおむねそうだ	27	4.3	4.3	7.2
	ややそうだ	63	10.0	10.1	17.3
	どちらともいえない	245	38.7	39.2	56.5
	ややそうではない	122	19.3	19.5	76.0
	おおむねそうではない	104	16.4	16.6	92.6
	全くそうではない	46	7.3	7.4	100.0
	合計	625	98.7	100.0	
欠損値	システム欠損値	8	1.3		
合計		633	100.0		

4) おわりに

2 病院の看護師を対象にした調査であり一般化には限界はあることを前提に述べる。

療養環境整備に関係する用具は患者個々に合わせる必要性から各スタッフの裁量にゆだねられることが望ましいと考える。しかし、急性期病院という治療を主目的とする医療機関においては治療内容とそれに伴う患者の変化に看護師の業務優先度が高くなることは必然である。今の状況にさらに福祉機器等の知識、用具の使用評価技術を各スタッフに教育し、保守点検業務を加えることは効率的とは言い難い。用具の有用性等、総合的評価のための専門委員会の設置、用具の保守点検等の管理においては部分的にアウトソース会社へ委託することが現状においては効率的ではないかと考える。

Ⅲ. せん妄などの判断能力を損なう精神症状への対応ツール

NTT東日本関東病院医療安全管理室長	秋山 剛
NTT東日本関東病院精神神経科医師	本堂徹郎
NTT東日本関東病院外来看護主任	曾根原純子
NTT東日本関東病院ICU病棟看護主任	大貫夏代
NTT東日本関東病院6A病棟看護主任	吉田佐知子
NTT東日本関東病院6A病棟看護リスクマネジャー	松山郁美
NTT東日本関東病院7B病棟看護リスクマネジャー	沓澤直子
NTT東日本関東病院CCU看護師	新井修子
NTT東日本関東病院専任医療安全管理担当者	栗原博之
NTT東日本関東病院医療安全管理室クラーク	服部麻水
NTT東日本関東病院看護部副看護部長	葛西圭子
NTT東日本関東病院CCU看護長	堀川慶子
NTT東日本関東病院外来看護長	前田美保
東京医療保健大学講師	秋山美紀
首都大学東京健康福祉学部准教授	横井郁子

I. 背景

医療が進歩するにつれて、高齢の患者、多くの疾患を合併している患者が診療の対象となる例が増加している。これに伴い、(精神科ではない)一般の診療科で患者にせん妄などの判断能力を損なう精神症状が発生し、転倒・転落やチューブ自己抜去が発生するインシデントが多く起きている。(NTT東日本関東病院では、平成18年7月～19年2月までに報告されたインシデントレポート1148例のうち、転倒・転落に関するレポートが292例(全体の25.4%)、チューブ自己抜去に関するレポートが74例(6.4%)であった。)

せん妄などの精神症状が発生した場合、精神科医師が往診し、向精神薬の処方、抑制の指示を行うことがある。この際、いくつかの問題となる点がある。

1. 患者はもともと、精神症状ではなく、身体疾患の診療のために入院しており、向精神薬の投与や抑制の施行は、入院当初、想定されていなかった診療的介入——言い換えれば、患者や家族にとっては不本意な診療的介入である。
2. 患者に、向精神薬の投与、抑制の施行に同意する判断能力がない。
3. せん妄などの精神症状は発生を予測しにくく、患者への危険性が突然発生するために、向精神薬の投与、抑制の施行について、家族への事前説明を行うことが、通常不可能である。
4. 患者の診療に関する包括的な責任は、一般の診療科の主治医が負うと考えられるが、主治医は、向精神薬の投与や抑制の必要性について、「診療を必要とする症状」「診断」「予想される効果」「起こりうる副作用や併発症」「副作用や併発症への対処」「効果、副作用、併発症に影響しうる患者の個人的要因」「代替の診療方法」「診療を行わなかった場合の危険性」について、十分に説明できないことが多い。
5. 精神科医は、往診を突然依頼されて対応しており、患者や家族とのそれまでの治療関係がない。また、患者が他の診療科の病棟に入院しているため、家族に説明する場を設けることが困難である。
6. 向精神薬の投与、抑制の施行を行った場合には、多くの副作用、併発症が高い頻度で発生し、一方、向精神薬の投与、抑制の施行を行わない場合には、患者に、転倒・転落、チューブ自己抜去など、生命を脅かしかねない危険性が発生する。

7. そのため、患者に向精神薬の処方や抑制の指示が行われた後、重篤な副作用が出現し、家族から、「十分な説明を受けていなかった」と抗議される場合がある一方、向精神薬の投与や抑制の指示を行わないまま対応して、転倒・転落、チューブ自己抜去が発生し、家族から、「病院の対応が十分でなかった」と抗議される場合がある。
8. 抑制についての判断する責任は医師にあるとされるが、一般の診療科の医師には、日々浮動する患者の精神症状を観察している余裕、精神症状に対する抑制の必要性を判断する能力がない。一方、日々浮動する患者の精神症状を観察しているのは看護師であるが、看護師には、抑制の必要性を判断する権限が与えられていない。
9. 看護師が、精神症状を観察、記載する項目が標準化されておらず、看護師の観察記録から、抑制の必要性を、妥当性をもって判断できない場合がある。
10. 現状では、看護師が、自分なりの経験で精神症状を観察、記載し、医師の指示か看護判断であるかという判断責任があいまいなままに、抑制を施行したり、解除している例が多い。抑制について家族は通常ネガティブな感情的反応を示し、こういった感情的反応を示された看護師が、危険性について十分な説明をすることなく、抑制を解除し、インシデントが発生することもある。
11. これらの、やや混乱した状況が、患者にインシデントが発生した場合の家族の抗議をさらに強めている。

II. 目的

これらの、状況を改善するために、今回の研究では、

1. 一般の診療科に入院している患者にせん妄などの精神症状が発生し、診療上の介入が必要であるが、これに同意する能力がない状態になった場合に、家族に危険な事態の発生を知らせ、向精神薬の投与、抑制の施行に関する説明を適切に行うためのフローを作成する。
2. 向精神薬の投与、抑制の施行に関する説明書を作成する。
3. 抑制の施行に家族が強く反対する場合に、抑制を施行しないことに関する危険性についての説明し、説明に基づいて同意をうるための書式を作成する。
4. 看護師が、精神症状を観察、記載するためのチェックリストを作成し、チェックリストの内の一貫性、評価者間の信頼性、抑制の必要性との関連について検討する。

III. 対応フロー

資料1に、一般診療科に入院している患者にせん妄などの精神症状が発生し、診療上の対応が必要であるが、これに同意する能力がない状態になった場合のフローを示す。このフローでは、

1. 主治医から家族に対して、簡単な事前説明を、精神科医の診察前に行う。
2. 向精神薬の投与を行なう場合には、精神科医が作成する資料2に示す説明書を、家族との面談時に主治医が手渡す。
3. 抑制を施行した場合には、資料3に示す説明書を、家族との面談時に、主治医が手渡す。
4. 家族が、精神科医から直接説明を聞くための場を設ける。

という形で、説明が行われる。つまり、

1. 必要最小限の説明は、全例、主治医から家族に伝える
2. 詳細な説明は、希望する家族に対して、精神科医が伝える という体制の確保を目的としている。

IV. 抑制不使用危険性説明

まれに、家族が、「転倒・転落の危険性があっても、患者に抑制を施行しないでほしい」と希望す

ることがある。抑制には、からだの動きを制限されているという強い心理的な不快感のほかに、様々な副作用、併発症が発生しうるので、こういった家族の要望に沿って、抑制を解除する状況も考えられる。しかし、抑制を使用しない場合には、患者に、転倒・転落、チューブ自己抜去など、生命を脅かしかねない危険性が発生するので、この点について十分に説明する必要がある。資料4はこういった場合に使用するための書式である。

V. 看護師が精神症状を観察、記載するためのチェックリスト

資料5に、看護師が精神症状を観察、記載するためのチェックリストとして、今回作成されたものを示す。このチェックリストの各項目は、

1. 就職後、3年程度の経験がある看護師が判断できる
2. 内容が抑制の必要性に関連している

を基準に、選択されたものである。

VI. チェックリストに関する調査

1. 目的

- ① チェックリストの、内的一貫性を検証する。
- ② 経験3年以上の看護師がチェックリストの評価を行った場合、精神科リエゾンナースの評価と一致するか、評価者間信頼性を検証する。
- ③ チェックリストの項目が、抑制の必要性と関連しているか、妥当性の検討を行う。

2. 対象

平成18年12月～平成19年2月の間に、研究協力者が配属されていた病棟で、

- ① 話のつじつまがあわない
- ② 場所、人が分からない
- ③ 指示に従えない（必要な安静が保てない／指示をしても、ルート、チューブなどに触ってしまう／ナースコールが押せない／看護や介護に抵抗する）
のいずれかの症状がみられ、経験3年程度の看護師（チームリーダー）に評価が依頼された患者である。

3. 調査方法

- ① チームリーダー（看護師経験3年程度）が、資料5のチェックリストに従って精神症状を評価した。チームリーダーには、チェックリストについて、特に訓練は行わなかった。
- ② 精神科リエゾンナースが、①とは独立に資料5のチェックリストに従って精神症状を評価した。精神科リエゾンナースは、チェックリストの作成作業に一貫して関わっており、また日本看護協会の認定精神科専門看護師の資格を持っている。
- ③ 調査対象の患者に、①、②の評価時に抑制が施行されていたかを確認した。
- ④ 調査対象の患者に、①、②の評価後に抑制が施行されたかを確認した。

4. 分析方法

- ① チェックリストの内的一貫性について、精神科リエゾンナースの評価に基づいて、Cronbachの α 係数を求めた。
- ② チームリーダーと精神科リエゾンナースの評価者間信頼性について、級内相関係数を求めて検討した。